

Aus dem Institut der Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorstand: Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH

**Degeneriert die moderne Zahnmedizin zu einem
gewinnorientierten Dienstleistungsunternehmen?
Eine Bestandsaufnahme und ethische Bewertung
der „Cosmetic Dentistry“**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnheilkunde
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
André Wassermann

aus
Klagenfurt

2021

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Karin Huth
Prof. Dr. Daniel Edelhoff
Prof. Dr. Andrea Wichelhaus

Dekan: Prof. Dr. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 09.12.2021

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
1 Einleitung	5
1.1 Bedeutung der Zähne in der Geschichte	6
1.1.1 Die Assyrer und die Babylonier.....	6
1.1.2 Die Ägypter	7
1.1.3 Die Phönizier	8
1.1.4 Die Etrusker.....	8
1.1.5 Die Griechen und die Römer.....	8
1.1.6 Die Zahnmedizin im Mittelalter	9
1.2 Modifikationen im Orofazialbereich	11
1.2.1 Die einfache Zuspitzung der Zähne.....	11
1.2.2 Die Zacken- und Lückenfeilung	12
1.2.3 Das Entfernen der Zähne.....	12
1.2.4 Die Horizontalfeilung und Amputation der Zahnkrone	13
1.2.5 Die künstliche Färbung der Zähne	13
1.2.6 Das Ausschmücken der Zähne mit Metall und Edelsteinen.....	14
1.2.7 Die Veränderung der Zahnstellung.....	14
1.3 Die Entwicklung der ästhetischen Zahnmedizin im 20. Jahrhundert	15
1.3.1 Die Bedeutung der Ästhetik in der Zahnheilkunde.....	15
1.3.2 Neue Trends in der Zahnheilkunde	17
1.4 Fragestellung	19
2 Methodisches Vorgehen	21
3 Die Bedeutung der Ästhetik in der Zahnheilkunde	24
3.1 Möglichkeiten ästhetischer Veränderungen am Gebiss	25
3.1.1 Ästhetik in der Zahnerhaltung.....	26
3.1.2 Ästhetik in der zahnärztlichen Prothetik.....	28
3.1.3 Ästhetik in der Kieferorthopädie.....	30
3.1.4 Ästhetik in der zahnärztlichen Chirurgie	32
3.2 Entwicklung in den letzten Jahren	34
3.3 Die Zahnmedizin als „Wellnessidee“	40
3.4 Zusammenfassende Darstellung der Entwicklungen	44

4	Grundlagen einer normativen Bewertung der kosmetischen Zahnheilkunde	46
	4.1 Entwicklung der Ethik in der Zahnmedizin	47
	4.2 Das Berufsethos des Zahnarztes	55
	4.3 Rechtliche Grundlagen und Vorgaben	57
	4.4 Ethische Diskussion zur präferenzorientierten Medizin.....	63
5	Stellungnahme der Zahnärzteschaft zur kosmetischen Zahnheilkunde	70
	5.1 Einschätzungen aus der Zahnärzteschaft	70
	5.2 Diskussionsbeiträge in der Literatur	73
	5.3 Befragung der Zahnärzteschaft	76
	5.4 Resümee.....	81
6	Synthese: Übergreifende ethische Bewertung der kosmetischen Zahnheilkunde	82
	6.1 Ausgangspunkte der ethischen Bewertung	82
	6.2 Ethische Bewertung der „Cosmetic Dentistry“	84
	6.3 In welche Richtung verändert sich die Zahnmedizin?	91
	Zusammenfassung	93
7	Literaturverzeichnis	96
8	Abkürzungsverzeichnis	112
9	Anhang	113
10	Danksagung	152
11	Affidavit	153

1 Einleitung

Der Trend, den Körper durch Schmuck, Tätowierungen, Bemalungen oder Piercings in Szene zu setzen, ist keineswegs ein neuer. Seit jeher versuchen Menschen, sich durch Verwendung künstlicher und natürlicher Materialien zu schmücken. Oft sind diese Rituale religiöser Natur. Doch ein Blick in die Literatur verrät, dass schon unsere Vorfahren einen eigenen Sinn für Ästhetik hatten, der mit unserem heutigen subjektiven Empfinden für das Schöne nicht immer viel gemeinsam hat.

Die „Sucht“, den Körper zu schmücken und zu kennzeichnen liegt offenbar in der Natur des Menschen und geht so weit, dass sogar „Schmerz und Torturen“ ertragen werden, nur um ein bestimmtes Ansehen in der Bevölkerung zu erlangen.¹

In nahezu allen Kulturen ist zu erkennen, dass der Stellenwert der Zähne ein ganz besonderer ist. Schon *Hermann Schröder* beschrieb in seiner zahnärztlich-ethnologischen Studie (1906) die Bedeutung der Zähne für das menschliche Erscheinungsbild:

„Ein auffallendes Objekt gewaltsamer Eingriffe und Umgestaltungen im Dienste des subjektiven Schönheitsgefühls bilden die Zähne. Dass sie in dieser Richtung eine besondere Rolle spielen, ist leicht erklärlich, denn sie sind ein so wichtiges und vor allen anderen auffallendes Organ, dass selbst die kleinsten Veränderungen, mögen sie rein physiologischen oder pathologischen Ursprungs oder durch äussere [sic] Einflüsse erworben sein, eine sichere Gewähr leisten, als Merkmal eines Individiums [sic] zu gelten. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Zähne für sich allein betrachtet, den Gesichtsausdruck wesentlich beeinflussen, mehr noch bei farbigen Völkern, als bei der weissen [sic] Rasse.“²

Aber nicht nur das Aussehen war es, was den Menschen an den Zähnen so faszinierte. Auch der Zahnschmerz, der seit Bestehen der Menschheit die Zähne immer wieder in den Fokus der Bevölkerung rücken ließ, trug dazu bei, dass sich schon die Urvölker mit den Zähnen und der Mundhöhle beschäftigten.

¹ Vgl. Ratzel (1887), S. 89

² Schröder (1906), S. 2

An jahrtausendealten Schädeln sind Verletzungen und Zahnerkrankungen zu erkennen. Pathologische Befunde wie Zahnkaries, Parodontopathien, Abrasionen, Fehlstellungen von Zähnen, aber auch traumatische Einwirkungen und pyogene Prozesse lassen sich nachweisen.³

Die folgenden Kapitel bieten einen kurzen Einblick in die geschichtliche Bedeutung der Zähne, in die verschiedenen Modifikationen, die an den Zähnen und dem Kauorgan angewendet wurden und auch heute noch angewendet werden, sowie einen Überblick über die Entwicklung der ästhetischen Zahnheilkunde im 20. Jahrhundert. Ausgehend von aktuellen Kontroversen zur ästhetischen bzw. kosmetischen Zahnheilkunde wird dann die Fragestellung der vorliegenden Arbeit entwickelt.

1.1 Bedeutung der Zähne in der Geschichte

Zahnmedizinische Funde reichen bis weit vor den Beginn unserer Zeitrechnung zurück. Medizin und Zahnmedizin hatten in vielen Epochen einen erkennbar hohen Stellenwert.

1.1.1 Die Assyrer und die Babylonier

Von den 282 in altbabylonischer Sprache verfassten Rechtssätzen betreffen zehn Paragraphen die Medizin.⁴ In den Paragraphen 200 und 201, welche die Zahnmedizin betreffen, liest man: „Wenn jemand, so heißt es im §200, die Zähne von einem anderen seines gleichen ausschlägt, so soll man seine Zähne ausschlagen, schlägt er jedoch einem Freigelassenen Zähne aus, so soll er 1/3 Mine Geld zahlen.“⁵

Ferner liest man in den Rechtssätzen, dass ein Auge dreimal so viel wert war wie ein Zahn. Bedenkt man, welche Bedeutung das Augenlicht für den Menschen hat, so wurde dem Zahn enorme Wichtigkeit zugesprochen. Es gab auch genau vorgegebene Richtlinien, wie Zahnerkrankungen zu heilen sind. In Assur wurde eine Tafel mit 16 Verordnungen gefunden, die u. a. Therapiepläne für Zahnerkrankungen, für gelockerte, für ausgefallene Zähne oder Ratschläge zur Zahnreinigung beinhalteten.⁶

³ Vgl. Will (2001), S. 71

⁴ Vgl. Lässig & Müller (1983), S. 15

⁵ Schröder (1906), S. 3

⁶ Vgl. Lässig & Müller (1983), S. 16; Vgl. Köcher (1963)

In den Keilschrifttexten des alten Babyloniens wurde auch der wahre Schuldige für den Zahnschmerz, der Zahnwurm, zum ersten Mal erwähnt. Diese Wurmtheorie hielt sich mehr als 3500 Jahre als gültige Lehrmeinung.⁷

Zur Bekämpfung des Zahnwurmes und zur Linderung der Schmerzen wurden sogar zahnmedizinische Arzneimittel hergestellt. Bilsenkrautsamen, obwohl von einer hochgiftigen Pflanze gewonnen, wurde im Mittelalter unter dem Namen „Herba dentaria“⁸ bekannt und galt bis ins 18. Jahrhundert als zahnmedizinisches Pharmakon.⁹

1.1.2 Die Ägypter

Die Medizin genoss schon zur Zeit des Alten Ägyptischen Reiches hohes Ansehen. In den 1822 n. Chr. entzifferten Hieroglyphen fand man eine Reihe zahnmedizinischer Aufzeichnungen, welche für die Geschichte der Zahnmedizin von großer Bedeutung waren.

Die zum Teil hoch komplizierten Mixturen zur Behandlung von Zahnerkrankungen, wie sie im Papyrus Ebers beschrieben werden, legen eine Besonderheit der ägyptischen Zahnmedizin dar: die Übermacht der Arzneimittel gegenüber allen anderen zahnärztlichen Therapiemethoden. Ob prothetische, konservierende oder chirurgische Eingriffe in zahnmedizinischen Bereichen vorgenommen wurden, ist nicht eindeutig dokumentiert.¹⁰

Jedoch kam der Prophylaxe in Ägypten große Bedeutung zu. Zur täglichen Morgenwäsche gehörte auch die Mundpflege und Mundspülung, welche mit Natron durchgeführt wurde.

Die Ägypter legten großen Wert auf das äußere Erscheinungsbild. Auch nach dem Tod wollten sie die letzte Reise voll bezahlt antreten. Mit Golddraht wurden die Zähne postmortal wieder an ihrem Platz befestigt. Der Körper wurde für die Ewigkeit wiederhergestellt. Allerdings waren die Leichenbestatter streng von den Ärzten getrennt. Kein Zahnarzt, sondern vermutlich ein Leichenbalsamierer, schuf den Zahnersatz. Ob diese prothetischen Maßnahmen mit Draht auch am lebenden Menschen

⁷ Vgl. Flemming & Breyer (2000), S. 2

⁸ Lässig & Müller (1983), S. 17

⁹ Vgl. Will (2001), S. 79

¹⁰ Vgl. Lässig & Müller (1983), S. 18-19

durchgeführt wurden, oder reine Vorkehrungen im Rahmen des Totenkults waren, konnte nicht nachgewiesen werden.¹¹

1.1.3 Die Phönizier

Literarische Quellen zur Zahnmedizin in Phönizien fehlen völlig. Aus einschlägigen Funden geht hervor, dass die Phönizier zumindest eine Golddrahtschienung kannten. Im Deutschen Medizinhistorischen Museum in Ingolstadt befindet sich eine Golddrahtschienung zum Ersatz zweier Unterkiefer Frontzähne eines Phöniziers.¹²

1.1.4 Die Etrusker

Den Grabfunden nach zu urteilen, besaßen die Etrusker den höchstentwickelten Zahnersatz der damaligen Zeit. Es wurden nicht, wie in anderen Kulturen üblich, Golddrahtbindewerke, sondern bis zu 5 mm breite und ca. 1 mm starke Goldstreifen verwendet. Sie dienten der Fixierung von Ersatzzähnen, der Befestigung von Brücken und der Fixierung parodontal gelockerter Zähne. Als Ersatzzähne dienten Tierzähne, die für ihre neue Funktion zurechtgeschliffen wurden.¹³

Der Zahnersatz diente nicht nur der Funktion, sondern war auch Schmuckstück und sozialer Bedeutungsträger. Die vielen Schädelfunde mit Goldstreifenwerk erlauben die Schlussfolgerung, dass die etruskische Oberschicht den Zahnersatz als Statussymbol trug und damit ihren gesellschaftlichen Rang unterstrich.¹⁴

1.1.5 Die Griechen und die Römer

Im 8. Jahrhundert v. Chr. begann sich in Griechenland die Medizin von den Dämonen- und Götterglauben zu trennen.¹⁵

Viele auch heute zum Teil gültige ethische Grundsätze der medizinischen Behandlung gehen auf Hippokrates (460-375 v. Chr.) zurück. In seinen Werken wird, zumindest im alten Griechenland, nicht mehr der Zahnwurm für den Zahnschmerz verantwortlich gemacht, sondern Schleim und Nahrung. In vielen anderen Kulturen existierte er aber bis ins 19. Jahrhundert weiter. Kariöse Zähne wurden ausgebrannt und

¹¹ Vgl. Will (2001), S. 82-83

¹² Vgl. Lässig & Müller (1983), S. 21

¹³ Vgl. Lässig & Müller (1983), S. 21; Vgl. Tabanelli (1963)

¹⁴ Vgl. Will (2001), S. 101; Vgl. Tabanelli (1963)

¹⁵ Vgl. Flemming & Breyer (2000), S. 3

lockere Zähne entfernt.¹⁶ Selbst gegen Mundgeruch gab es Rezepte, die bis ins 18. Jahrhundert in den zahnärztlichen Lehrbüchern zu finden waren.

Als wahre Großmeister galten die griechischen Ärzte auf dem Gebiet der Kieferbruch- und Kieferluxationsbehandlung. Die Beschreibungen des Hippokrates über die Repositionierung und Schienung gebrochener Kiefer sind bemerkenswert. Manche Behandlungsansätze finden auch heute wieder Verwendung in der modernen Zahnmedizin.¹⁷

„Der überragende Ruf der griechischen Ärzte war naturgemäß in Rom ebenso bekannt wie die hierzu vergleichsweise mangelhaften Leistungen römischer Ärzte.“¹⁸ So wurden bis zum 2. Jahrhundert viele medizinische Weisheiten der Griechen übernommen und in Rom weiterentwickelt. Ein Name taucht in der Literatur immer wieder auf: Galenus Galen (129-199 n. Chr.). Er griff die Lehren Hippokrates‘ auf und erweiterte das Wissen über die Zähne. Galen führte auch eine Art Wurzelkanalbehandlung durch, indem er den Zahn aufbohrte, aufbereitete und ihn mit Medikamenten füllte.

Um die Zähne sauber zu halten, wurden Zahnpasten und Mundwässer verwendet. Zum Bleichen und Verschönern der Zähne verwendete man portugiesischen Urin, der in Fässern importiert wurde.¹⁹

1.1.6 Die Zahnmedizin im Mittelalter

Nach dem Untergang der römischen Hochkultur gerieten auch viele medizinische Kenntnisse in Vergessenheit. Zahnmedizin wurde im Mittelalter außerhalb der damaligen Schulmedizin betrieben und von Schmieden, Badern, Barbieren und Zahnbrechern ausgeübt. Viele dieser Personen waren umherziehende Scharlatane mit geringen zahnmedizinischen Kenntnissen. Die Behandlungen wurden meist öffentlich auf Plätzen oder Märkten durchgeführt, um gleichzeitig auch Werbung zu machen.²⁰

Vielerorts glaubte man, die Zahnmedizin sei nicht würdig, von einem akademisch ausgebildeten Arzt ausgeübt zu werden, und der Zahnschmerz wurde nicht selten als gottgewollte Prüfung angesehen. Mit Hilfe von Feuer versuchte man den

¹⁶ Vgl. Will (2001), S. 91

¹⁷ Vgl. Lässig & Müller (1983), S. 24-25

¹⁸ Will (2001), S. 95

¹⁹ Vgl. Will (2001), S. 96-99

²⁰ Vgl. Will (2001), S. 139

Zahnwurm auszubrennen oder zu räuchern, was naturgemäß nicht den erwünschten Erfolg brachte. Auch Hildegard von Bingen (1098-1179) riet nur zu unwirksamen Kräuterextrakten, um den Zahnwurm zu bekämpfen. Erst gegen Ende des Mittelalters und zu Beginn der Neuzeit lösten praktische Erfindungen und experimentelle Analysen das mittelalterliche Denken ab.²¹

Der Zahnbehandler begann eine bedeutendere Rolle einzunehmen und sich niederzulassen. Der Franzose Pierre Fauchard (1678-1761) legte die Grundlage für eine neue Zahnheilkunde. Sein Werk „Le Chirurgien Dentiste“ wird als Grundstein der Zahnmedizin in der Neuzeit betrachtet.²²

Auch Philipp Pfaff (1713-1766) wird im Zusammenhang mit der Entstehung der „modernen“ Zahnheilkunde in Deutschland immer wieder erwähnt. *Rolf Will* schreibt in seinem Buch „Zähne, Menschen und Kulturen“: „Pierre Fauchard und Philipp Pfaff treten als außergewöhnliche, fleißige, hellwache Persönlichkeiten hervor. Durch ihre Werke wurde das Fundament für eine selbstständig gewordene Zahnmedizin und deren hohen Standard im ausgehenden 20. Jahrhundert gelegt.“²³

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts erlebte die Zahnmedizin einen beachtlichen Aufschwung. Durch neue technische Möglichkeiten wurde das therapeutische Spektrum enorm erweitert. Die Folgen schlechter Zähne rückten ins Bewusstsein vieler Ärzte und Patienten. Man hatte erkannt, dass viele Krankheiten auf ein defektes Gebiss zurückzuführen sind, und damit stieg die Bereitschaft der Bevölkerung, zum Zahnarzt zu gehen. In dieser Zeit entstanden auch die ersten zahnmedizinischen Fachzeitschriften, die eine wissenschaftliche Diskussion auf breiter Basis ermöglichten. Das Berufsbild des Zahnarztes wandelte sich vom „Zahnreißer“ zum Experten in Sachen der Zahnbehandlung.²⁴

Resümierend kann man an dieser Stelle festhalten, dass sich die Zahnheilkunde schon in sehr frühen Phasen der Geschichte um die beiden grundlegenden Belange gekümmert hat – die Funktion und die Ästhetik der Zähne. Dies lässt sich u.a. durch die Bedeutung schöner oder zumindest guter Zähne begründen. Aufgrund der ästhetischen Bedeutung der Zähne wurden und werden auch verschiedene Modifikationen im

²¹ Vgl. Flemming & Breyer (2000), S. 4

²² Vgl. Hoffmann-Axthelm (1985), S. 224

²³ Will (2001), S. 171

²⁴ Vgl. Locher (1998), S. 20-21

Orofazial-Bereich durchgeführt, auf welche im anschließenden Kapitel genauer eingegangen wird.

1.2 Modifikationen im Orofazialbereich

Modifikationen am menschlichen Körper erfreuen sich seit einigen Jahren besonderer Beliebtheit. Insbesondere Manipulationen an den Zähnen oder permanenter Hautschmuck in Form von Tätowierungen oder Piercings sind wahrscheinlich so alt wie die menschliche Kultur selbst. Sie werden und wurden in verschiedenen Epochen und Zivilisationen angewandt und durchgeführt.²⁵ Gerade Veränderungen im orofazialen Bereich sind in vielen Kulturen der Welt teilweise bis heute weit verbreitet. Vor allem in Südostasien, Mittel- und Südamerika sowie in Zentralafrika haben dentale und orale Modifikationen aus religiösen, aber auch aus ästhetischen Gründen eine sehr lange Geschichte.²⁶

Durch die zunehmende Globalisierung und Migration aus Ländern der so genannten Dritten und Vierten Welt, ist es nicht erstaunlich, dass sich der Trend, Zähne zu verändern, auch in unserer Kultur in den letzten Jahren und Jahrzehnten immer weiter verbreitet hat.²⁷

Bereits vor über hundert Jahren beschäftigte sich der Privatdozent *Hermann Schröder* intensiv mit „künstlichen Deformationen des Gebisses“. In seinem gleichnamigen Buch²⁸ teilte er die Eingriffe im Bereich der Zähne in sieben Kategorien ein, die man auch heute noch für sinnvoll erachten würde, da es diese Modifikationen zum größten Teil auch heute noch gibt.

1.2.1 Die einfache Zuspitzung der Zähne

Die häufigste und am weitesten verbreitete Form dentaler Veränderungen ist das einfache Zuspitzen der Zähne.²⁹ In der Regel werden nur die Schneidezähne des Oberkiefers, seltener auch die beiden Oberkiefer Eckzähne oder die gesamte Zahnreihe, einer Zuspitzung unterzogen. Die Muster der Zuspitzungen sind sehr vielfältig und am

²⁵ Vgl. Schäfer (2008), S. 305-306

²⁶ Vgl. Groß & Schäfer (2011), S. 530-531

²⁷ Vgl. Grave (2008), S. 26

²⁸ Schröder (1906)

²⁹ Vgl. Kanner (1928), S. 233

häufigsten unter der Naturbevölkerung Afrikas verbreitet.³⁰ Bei manchen Völkern dient die Zuspitzung als „Stammeszeichen“³¹, bei anderen sollen die zugespitzten Zähne als Waffe im Kampf gegen Feinde dienen.³²

Die beeindruckendste Zahnzuspitzung führen wohl die Mentawaier (Bewohner der indonesischen Mentawai-Inseln) durch. Meist vor Eintritt in die Pubertät werden den Jungen und Mädchen die oberen und unteren Inzisivi angespitzt. Die schmerzhafteste Prozedur dauert in der Regel nicht länger als eine halbe Stunde und hat ihre Wurzeln in einer etwa 5000 Jahre alten neolithischen Kultur. Dieser dentale Eingriff gilt für die Jugendlichen als Eintritt in die Würde des Erwachsenseins und wird auch heute noch durchgeführt.³³

1.2.2 Die Zacken- und Lückenfeilung

Bei der Lückenfeilung werden die mesialen Ecken der oberen mittleren Schneidezähne abgeschliffen, sodass eine kleine Lücke entsteht. Dieser Typus der dentalen Modifikation ist sehr häufig mit der Extraktion von zwei oder vier unteren Schneidezähnen verbunden und scheint auf Afrika begrenzt zu sein.³⁴

Häufig dient diese Art der Zahnfeilung auch als Pubertätsritus und wird bei beiden Geschlechtern durchgeführt, wie etwa bei den Bantu. Bei vielen Bantu-Stämmen wird die Lücke zwischen den oberen Schneidezähnen als Ausdruck von „Macht“, „Kraft“ oder „Stärke“ angesehen, bei anderen als „Zeichen des Todbringers“.³⁵

1.2.3 Das Entfernen der Zähne

Die Extraktion oder das Ausbrechen von intakten Zähnen hat ein sehr weites Verbreitungsgebiet. Meist handelt es sich bei den Zähnen um die oberen mittleren Inzisivi. Vor allem die Naturvölker Afrikas und Australiens bedienten sich dieser Methode, um nationale Anerkennung zu erlangen.³⁶

Bei manchen Völkern, unter anderen den östlichen Polynesiern, wurde eine rituelle Zahnextraktion im Rahmen von Trauerfeiern durchgeführt. Ähnlich wie bei den

³⁰ Vgl. Schröder (1906), S. 26

³¹ Schröder (1906), S. 27

³² Vgl. Kanner (1928), S. 234

³³ Vgl. Zahorka (2001), S. 40-42

³⁴ Vgl. Schröder (1906), S. 35

³⁵ Vgl. Schäfer (2008), S. 309

³⁶ Vgl. Schröder (1906), S. 48

Dani in Neuguinea, wo den Frauen ein Fingerglied abgeschnitten wurde, das dann genau wie der ausgeschlagene Zahn als Grabbeigabe genutzt wurde.³⁷

Bei den Frauen der Toraja auf Sulawesi war es bis weit in das 20. Jahrhundert üblich, die beiden oberen Frontzähne vollständig zu entfernen und bei den Männern die Zähne am Zahnhals abzubrechen.³⁸ Das Motiv für dieses brachiale Vorgehen: „Weiße, bleckende Zähne wirken aggressiv und könnten hilfsbereite Geister oder Götter provozieren.“³⁹

1.2.4 Die Horizontalfeilung und Amputation der Zahnkrone

Diese Art der Modifikation wird normalerweise an den oberen vier Schneidezähnen, manchmal auch an den Eckzähnen und Prämolaren durchgeführt. Die Zähne im Unterkiefer werden für gewöhnlich nicht behandelt.⁴⁰

Das horizontale Einkürzen der Oberkieferzähne wird bis heute bei den hinduistischen Jungen und Mädchen in Bali als Initiationsritus durchgeführt. In der Regel wird die Beschleifung der Inzisivi und der Canini von einem Priester vorgenommen. Verwendete man früher oft Meisel, Hammer oder Steine, so bedient man sich heute walzenförmiger Fräsen, um die Zähne abzufeilen. Nach balinesischem Recht ist eine Hochzeit erst nach dieser obligatorischen Zahnbeileilung erlaubt. Sollte die Beileilung beim Lebenden nicht durchgeführt worden sein, so wird sie beim Verstorbenen vor der Beisetzung nachgeholt, um der Seele den Zugang zum Himmel zu ermöglichen.⁴¹

1.2.5 Die künstliche Färbung der Zähne

Die Zähne künstlich zu färben oder zu bleichen, ist keineswegs eine Erfindung des 20. Jahrhunderts. Das Einfärben der Zähne ist vor allem aus Regionen in Asien, Australien, Afrika sowie in Mittel- und Südamerika bekannt und hat neben dem religiösen Hintergrund auch teilweise einen ästhetischen Aspekt.⁴²

³⁷ Vgl. Grave (2008), S. 30

³⁸ Vgl. Zahorka (2001), S. 42

³⁹ Zahorka (2001), S. 42

⁴⁰ Vgl. Schröder (1906), S. 67

⁴¹ Vgl. Zahorka (2001), S. 42-43

⁴² Vgl. Schäfer (2008), S. 309; Vgl. Kanner (1928), S. 252-257

Da in manchen Teilen Südost-Asiens natürlich belassene, weiße Zähne als aggressiv, tierisch und unmenschlich gelten, wurden sie geschwärzt. Diese Zahnschwärzung wurde unter anderem durch das Kauen von Sirih-Betel erreicht.⁴³

In Japan galten schwarze Zähne bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Schönheitsmerkmal und waren unter den Geishas weit verbreitet. In vielen anderen Teilen der Erde, vor allem bei den Indianerstämmen in Mittel- und Südamerika, wurde neben der schwarzen Farbe auch die Farbe Rot verwendet, um Zähne einzufärben.⁴⁴

Manche Hindu-Völker verwendeten beispielsweise Rot zum Zahnfärben, weil diese Farbe als den Göttern besonders gefällig angesehen wurde. Vor Hochzeiten färbte man daher die Zähne von der Braut und vom Bräutigam rot, um Glück in der Ehe zu haben.⁴⁵

1.2.6 Das Ausschmücken der Zähne mit Metall und Edelsteinen

Bei dieser Zahnmodifikation wurden künstliche Kavitäten erzeugt, die mit individuellen Schmuckeinlagen aus Gold, Steinen oder Diamanten gefüllt wurden. Vielerorts galt und gilt diese Ausschmückung der Zähne nicht nur als Dekoration sondern auch als Statussymbol.⁴⁶

Diese besondere Art der Zahnmodifikation ist uns heute, in den westlichen Industrienationen, nicht unbekannt, doch noch vor hundert Jahren schrieb *Hermann Schröder* in seiner zahnärztlich-ethnologischen Studie (1906): „Wie die Japanerin die Goldeinlage in den Vorderzähnen schätzt, so liebt es die reiche Amerikanerin oder Pariserin, Diamanten in ihren Schneidezähnen zu tragen, zum Schmucke natürlich. Doch findet sich diese Unsitte nur ganz vereinzelt, sie wird nie ‚Mode‘ werden, da man in Kulturländern den Wert intakter Zähne doch genügend zu würdigen weiss [sic].“⁴⁷

1.2.7 Die Veränderung der Zahnstellung

Eine wenig verbreite, vorwiegend auf Afrika beschränkte Modifikation der Zähne ist das Herbeiführen einer künstlichen Prognathie der Maxilla.⁴⁸ Schon im Kindesalter

⁴³ Vgl. Zahorka (2001), S. 42

⁴⁴ Vgl. Kanner (1928), S. 255-256

⁴⁵ Vgl. Kanner (1928), S. 256

⁴⁶ Vgl. Schäfer (2008), S. 310; Vgl. Kanner (1928), S. 258-262

⁴⁷ Schröder (1906), S. 95

⁴⁸ Vgl. Schröder (1906), S. 96

werden die Milchinzisivi des Oberkiefers entfernt. Mit der Zunge und den Fingern wird anschließend auf die durchbrechenden bleibenden Zähne Druck ausgeübt, um sie gemeinsam mit dem Alveolarknochen nach vorne zu schieben.⁴⁹

Bei der ostafrikanischen Volksgruppe der Massai wird durch das Setzen von bestimmten Keilen eine künstliche Lücke zwischen den beiden Oberkiefer Frontzähnen geschaffen. Diese Art von Zahnfehlstellung stellt ein Schönheitsideal dar und wird gegenüber der natürlichen Position der Zähne bevorzugt.⁵⁰

1.3 Die Entwicklung der ästhetischen Zahnmedizin im 20. Jahrhundert

Nach diesem kurzen Rückblick in Geschichte und Kultur soll im Folgenden kurz die Entwicklung der ästhetischen und kosmetischen Zahnmedizin im 20. Jahrhundert dargestellt werden.

1.3.1 Die Bedeutung der Ästhetik in der Zahnheilkunde

Wollte man in der Vergangenheit eher die Kaufunktion der Zähne wiederherstellen, um seine Nahrung aufnehmen zu können, so begann man sich mit Beginn des 20. Jahrhundert vermehrt auch mit der Ästhetik auseinanderzusetzen. Eine der ersten zahnmedizinischen Publikationen, die sich mit dem Thema ästhetische Zahnmedizin beschäftigte, wurde im *Dental Cosmos* im Jahre 1872 abgedruckt. Schon damals wusste man über die Wichtigkeit der Zähne für den Gesamteindruck des Gesichtes, Bescheid:

„No matter how anatomically correct, or how skillfully adapted for speech and mastication, an artificial denture may be, yet if it bear not the relation demanded by age, temperament, facial contour, etc., it cannot be otherwise than that its artificiality will be apparent to every beholder.“⁵¹

Erst durch die Verwissenschaftlichung der Zahnheilkunde, die Erkenntnis über die Entstehung von Karies und die Entdeckung der Röntgenstrahlung durch Wilhelm Conrad Röntgen erschlossen sich viele weiße Flecken auf der zahnmedizinischen

⁴⁹ Vgl. Schäfer (2008), S. 310

⁵⁰ Vgl. Kanner (1928), S. 264

⁵¹ White (1872), S. 144

Landkarte. Die dadurch neu entwickelten Behandlungsmethoden kamen den Patienten und auch der Ästhetik zugute.⁵²

Eine regelrechte Welle der Zahnputzeuphorie schwappte in den 50er Jahren aus den USA nach Europa. In Nordamerika wurde Prophylaxe und Prävention schon viel früher als wichtig empfunden. Die Folgen waren klar erkennbar: Erkrankungen der Zähne wurden weniger, der Wunsch nach Zahnprophylaxe nahm zu, und Lachen in der Öffentlichkeit galt ab diesem Zeitpunkt als stilvoll und elegant.⁵³

Der kalifornische Zahnarzt *Charles Pincus* war Pionier auf dem Gebiet der „Cosmetic Dentistry“ und galt auch als Gründer der „American Academy of Esthetic Dentistry“. Der Begriff „Hollywood Smile“ wurde von ihm geprägt, weil er den Filmstars zu einem strahlenden Lächeln verhalf.⁵⁴ Bei einem Treffen der California State Dental Association im Jahre 1937 sagte er:

„Der durchschnittliche Zahnarzt denkt immer an Artikulation und Funktion und sehr wenig an Ästhetik. Wir sollten aber nicht vergessen, dass wir es mit einem Organ zu tun haben, das die gesamte Persönlichkeit eines Individuums prägt und auch verändern kann. Ein strahlendes Lächeln, eine ebenmäßige Reihe natürlich weißer Zähne sind ein wichtiger Bestandteil eines schwer fassbaren Merkmals einer Persönlichkeit.“⁵⁵

In den folgenden Jahrzehnten entwickelte sich ein neuer Sinn für schöne, makellose Zähne. Zu diesem Trend trug in Deutschland neben der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung⁵⁶ auch die heute mittlerweile rund 130 Jahre alte Schulzahnpflege⁵⁷ bei. Sie bildete die Basis für die noch heute aktuelle Gruppenprophylaxe, immer mehr Bürgern wurde dadurch eine regelmäßige Zahnbehandlung und Zahnpflege angeboten.⁵⁸

Die Wissenschaft konzentrierte sich auf die ständige Weiterentwicklung und bot immer neuere Möglichkeiten zur zahnärztlichen Diagnostik und Therapie. Intraorale Kameras zur Patientenaufklärung, Operationsmikroskope im Rahmen der

⁵² Vgl. Kluckhuhn (2003), S. 37

⁵³ Vgl. Kluckhuhn (2003), S. 37-38

⁵⁴ Vgl. Schmidseher (2009), S. 167

⁵⁵ Pincus (1937), zitiert nach Schmidseher (2009), S. 167

⁵⁶ Vgl. Groß (2006b), S. 129

⁵⁷ Vgl. Groß (2006a), S. 151

⁵⁸ Vgl. Kluckhuhn (2003), S. 37

Wurzelbehandlung und Oralchirurgie und Laserstrahlung zur Kariesentfernung erweitern das zahnärztliche Spektrum gegen Ende des 20. Jahrhunderts.⁵⁹

Die Ästhetische Zahnheilkunde hat in der letzten Zeit zunehmend an Bedeutung gewonnen. Ein schönes Lächeln spielt in unserer Gesellschaft, die zunehmend größeren Wert auf ein perfektes Erscheinungsbild legt, eine immer größere Rolle. Folglich stieg auch die Nachfrage nach Ästhetik in der Zahnheilkunde. Auch darüber hinausgehende kosmetische Verbesserungen und Veränderungen im Orofazialbereich wurden immer beliebter. Es entstanden neue Trends und Modeerscheinungen, die heute eine erhebliche Rolle in der Zahnmedizin spielen.

1.3.2 Neue Trends in der Zahnheilkunde

Kosmetische oder verändernde Maßnahmen im Orofazialbereich gibt es in unterschiedlichsten Formen und Angeboten. Bei genauerer Betrachtung erkennt man bei so manchen Modifikationen noch Verbindungen zu alten Traditionen, teilweise gehen die Angebote aber in eine komplett neue Richtung.

Ein Beispiel für Modifikationen an den Zähnen ist das Bleichen der natürlichen Zähne, auch als „dental bleaching“ bekannt. Hier werden zur oberflächlichen Entfärbung des Zahnschmelzes Sauerstoffbleichmittel auf Carbamidperoxidbasis oder Wasserstoffsuperoxide eingesetzt.⁶⁰

Eine weitere Möglichkeit der kosmetischen Veränderung ist das Aufbringen von „Zahn-Tattoos“, hierbei handelt es sich um kleine Klebebildchen, die lediglich wenige Stunden halten und von selbst wieder abgehen.⁶¹

Zu den traditionellen Zahnschmuckarten, die minimal invasiv angebracht werden, zählt man heute Schmucksteine aus Glas, Diamanten, Brillanten und diversen anderen Materialien. Diese werden mit Hilfe der Säure-Ätz-Technik und mittels Bonding⁶² auf die Zahnoberfläche geklebt. Diese Art von Schmuck ist im Handel unter anderem unter folgenden Namen zu finden: „Blizzer“, „Brillance“, „Skyce“, „Twinkles“, und „Twizzler“. Durch das Schmelz-Bonding-Verfahren lassen sich neben

⁵⁹ Vgl. Flemming & Breyer (2000), S. 7

⁶⁰ Vgl. Rosentritt, Lang, Plein, Behr, & Handel (2003), S. 256

⁶¹ Vgl. Groß & Schäfer (2011), S. 533

⁶² Bonding ist ein Ausdruck aus der Zahnheilkunde, man umschreibt damit die Klebprozedur bei Kunststoff-, oder Keramikfüllungen.

den Schmucksteinen auch Goldfolien in unterschiedlichster Form und Größe auf den Zähnen fixieren.⁶³

Vor allem in den USA, insbesondere in der Rapper-Szene, sind „Zahn Caps“ und „Grills“ besonders beliebt. Bei den „Zahn Caps“ wird der Zahn wie bei einer künstlichen Zahnkrone zuvor beschliffen, um später ein Käppchen aus Gold aufkleben zu können.⁶⁴ „Grills“ sind künstlich hergestellte Schmuckspangen, die mithilfe von Halteelementen an den Zähnen befestigt werden. Sie werden meist aus Gold hergestellt und mit Edelsteinen und Diamanten besetzt.

Zu den invasiven kosmetischen Maßnahmen gehören orofaziale Piercings, die unter anderem neben der Haut auch die orale Mukosa, Muskeln und Bindegewebe penetrieren.⁶⁵ Auch das sogenannte Zungensplittig erfreut sich zunehmender Aufmerksamkeit. In der Regel wird dabei die Zungenspitze mit einem Skalpell in der Mitte gespalten.⁶⁶

In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass die ästhetische bzw. kosmetische Zahnheilkunde einen massiven Aufwärtstrend erfährt. Durch die Zunahme sogenannter „Dentalstudios“, „Wellnessoasen“ und „Dental SPAs“ und die steigende Nachfrage der Bevölkerung nach kosmetischen Maßnahmen entsteht ein neuer Markt, sowohl für Zahnärzte als auch für nicht approbierte Dienstleister. Es ist bis heute nicht klar, wer für dieses neue Absatzgebiet zuständig ist. Der „Interessensverband der Zahnkosmetik e.V.“ sieht die Zahnkosmetik als sein Tätigkeitsgebiet an. Auf seiner Homepage wirbt er unter anderem mit folgenden Slogans: „Schöne gepflegte Zähne auf kosmetischer Basis. Das Wellnessstudio für die Zähne!“ und bietet folgende Leistungen an: Zahnpflegereinigung, Zahnaufhellung, Zahnschmuck, Prothesenreinigung, Glanzpflegepolitur.⁶⁷ Zum heutigen Zeitpunkt existieren deutschlandweit unzählige solcher Unternehmen, welche die oben (Punkt 1.3.2) genannten kosmetischen bzw. ästhetischen Leistungen mit nicht approbiertem Personal durchführen.

Diese Tatsache führt seit Jahren zu kontroversen Diskussionen zwischen Zahnmedizinern, Rechtswissenschaftlern und Ethikern. Es stellt sich die Frage, ob wir

⁶³ Vgl. Schäfer (2008), S. 312

⁶⁴ Vgl. Schäfer (2008), S. 315

⁶⁵ Vgl. Groß & Schäfer (2011), S. 534

⁶⁶ Vgl. Schäfer (2008), S. 312

⁶⁷ "Interessenverband der Zahnkosmetik e.V.: Was ist Zahnkosmetik"

es hier nur mit einem vereinzelt auftretenden Phänomen, oder gar mit einem umkämpften Wachstumsmarkt zu tun haben? ⁶⁸ Befindet sich „die moderne Zahnmedizin auf einer gefährlichen Klippe zum Schönheitssalon“⁶⁹ oder handelt es sich dabei um ein ganz neues Betätigungsfeld außerhalb der Zahnheilkunde? Welche Leistungen dürften Zahnärzte im kosmetischen Bereich legitimerweise anbieten?

Schon 2003 beschäftigte sich der damalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (kurz DGZMK genannt), *Georg Mayer*, mit dieser Thematik. Er sah sogar „die große Gefahr, dass der Berufsstand des Zahnmediziners aus der (universitären) Medizin entlassen wird“, wenn sich die Zahnmedizin weiter „in die rein ästhetisch/kosmetische Ecke“ drängen lässt.⁷⁰

1.4 Fragestellung

Die vorliegende Dissertation geht der übergreifenden Frage nach, wie die in den letzten Jahren zunehmenden Möglichkeiten der ästhetischen/kosmetischen Zahnheilkunde aus ethischer Sicht zu bewerten sind. Mit den modernen Methoden der Zahnheilkunde können Defekte im Zahnbereich nicht nur funktional behoben, sondern auch ästhetisch wieder dem früheren Aussehen entsprechend hergestellt werden. Diese Techniken werden jedoch zunehmend nachgefragt, um kosmetische bzw. ästhetische Veränderungen an den Zähnen durchführen zu lassen, ohne dass zuvor ein Defekt oder eine Abweichung vom normalen Zustand vorliegt. Diese Verbesserung körperlicher Eigenschaften wird als Enhancement bezeichnet. Hierbei stellt sich dann die Frage, ob solche Eingriffe, die ihrerseits mit Belastungen und gesundheitlichen Risiken verbunden sein können, überhaupt mit dem beruflichen Selbstverständnis des Zahnarztes vereinbar sind. Sofern man diese Frage nicht generell verneint, gilt es zu klären, unter welchen Voraussetzungen es legitim ist, dass ein Zahnarzt solche kosmetischen Eingriffe, also Eingriffe, die ein Enhancement darstellen, durchführen darf. Zudem stelle sich die Frage, ob auch Nicht-Ärzte solche kosmetischen Leistungen anbieten dürfen. Nicht nur die Zahnärzte spezialisieren sich auf neue Behandlungsmethoden und Trends der Zahnkosmetik, auch viele Nicht-Zahnärzte betreiben mittlerweile sogenannte

⁶⁸ Vgl. Groß (2011), S. 906

⁶⁹ Maio (2009a), S. 413

⁷⁰ Mayer (2003), S. 12

Dentalstudios und möchten an dem neuen Markt partizipieren. Die Ausbildung solcher Dentalstudiobetreiber ist jedoch nicht einheitlich und der Beruf des „Zahnkosmetikers“ ist nicht geschützt.⁷¹ Meist handelt es sich dabei um zahnmedizinisches Personal, aber auch Personen ohne zahnmedizinische Qualifikation werden unter den Betreibern gefunden.

Zur berufsrechtlich adäquaten Einordnung des Bereiches der ästhetischen/kosmetischen Zahnheilkunde müssen verschiedene Fragen geklärt werden. Wer darf zahnmedizinische bzw. zahnkosmetische Tätigkeiten ausführen? Sollte es bei diesen kosmetischen Eingriffen auf jeden Fall einen Zahnarztvorbehalt geben? Verstößt der Zahnarzt gegen die Musterberufsordnung⁷², nach der er kein Gewerbe ausüben darf, wenn er nicht kurativ, sondern ausschließlich kosmetisch tätig wird?⁷³ Wenn sich dieses Anbieterspektrum der „Cosmetic Dentistry“ weiter so rasant vermehrt, könnte sich dieser Trend auch „auf die zahnärztliche Profession und das Berufsethos“ auswirken.⁷⁴

Ferner gilt es in der Dissertation zu klären, wofür der Zahnarzt in Zukunft stehen soll bzw. möchte. Was passiert mit dem uns heute bekannten kurativ ausgerichteten Zahnarzt? Wird es ihn auch in Zukunft noch geben oder entsteht eine völlig neue Berufssparte von „Zahnbehandlern“, die als Dienstleistungsunternehmer ihre „Kunden“⁷⁵ betreuen? Wie steht die Zahnärzteschaft zu diesem scheinbar nicht aufzuhaltenden Phänomen? Welche ästhetischen/kosmetischen Veränderungen werden hierzulande noch toleriert und wo liegt die ethische Grenze? Dabei ist auch zu prüfen, inwieweit die Diskussion über die präferenzorientierte Medizin in der Humanmedizin für den Bereich der kosmetischen Zahnheilkunde fruchtbar gemacht werden kann.

⁷¹ Vgl. Groß (2012), S. 175

⁷² Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer(2010)

⁷³ Vgl. Groß (2012), S. 176

⁷⁴ Groß (2011), S. 910

⁷⁵ Quernheim (2010), S. 15

2 Methodisches Vorgehen

Die Dissertation befasst sich mit der übergreifenden Frage, wie der zunehmende Trend einer Cosmetic Dentistry“ aus ethischer Sicht zu bewerten ist. Das methodische Vorgehen der Arbeit gliedert sich im dabei in drei Teile:

1. Literaturbasierte Analyse
2. Sozialempirische Untersuchung
3. Synthese

Die Literaturbasierte Analyse

In einem ersten Schritt wurde die deutschsprachige Literatur, die es zur Ethik in der Zahnheilkunde allgemein und zur ethischen Bewertung der „Cosmetic Dentistry“ gibt, recherchiert und durchgearbeitet. Zudem wurde ein Überblick über die ethische Diskussion zur präferenzorientierten (Human-)Medizin erstellt, um die dortige Diskussion zu ethischen Grenzen einer nicht-krankheitsbezogenen Medizin (Enhancement) für den Bereich der kosmetischen Zahnheilkunde fruchtbar zu machen. Insgesamt liefert die literaturbasierte Analyse die normativ-ethischen Grundlagen für die abschließende ethische Bewertung im dritten Abschnitt der Synthese.

Die Literatursuche erfolgte über die OPAC Kataloge der Bayrischen Staatsbibliothek und der Universitätsbibliothek der LMU München, über das Gateway Bayern im Verbundkatalog des Bibliotheksverbundes Bayern (BVB), über BELIT, die integrative Literaturdatenbank des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE, Bonn), über PubMed, der biomedizinischen Datenbank der National Library of Medicine der Vereinigten Staaten, und Google. Gesucht wurde nach folgenden Schlüsselwörtern: Kosmetische Zahnheilkunde/Zahnmedizin, ästhetische Zahnheilkunde/Zahnmedizin, Ethik in der Zahnheilkunde/Zahnmedizin, Dilemma in der Zahnheilkunde/Zahnmedizin, Cosmetic Dentistry, Enhancement in der Zahnheilkunde, Zahnschmuck, Geschichte der Zahnheilkunde, präferenzorientierte Medizin.

Die sozialempirische Untersuchung

Eine wesentliche Zielsetzung der vorliegenden Arbeit bestand darin zu untersuchen, inwieweit die kosmetische Zahnheilkunde mit dem professionellen Selbstverständnis der Zahnärzte vereinbar ist. Diese Frage lässt sich nicht allein auf Grundlage der analytisch-normativen Überlegungen im ersten, literaturbasierten Hauptteil der Arbeit klären, da das professionelle Selbstverständnis der Zahnärzte wesentlich auch davon abhängt, wie die Zahnärzte selbst ihre Tätigkeit beurteilen und wo sie die Grenzen legitimer zahnärztlicher Tätigkeit verorten. In Ergänzung der literaturbasierten Analyse sollten deshalb mit einer sozialempirischen Untersuchung Einschätzungen aus der Zahnärzteschaft zur „Cosmetic Dentistry“ ermittelt werden: Wie stehen die Zahnärzte zu diesen erweiterten Möglichkeiten in ihrem Bereich? Wo sehen sie die Grenzen der legitimen zahnärztlichen Tätigkeit?

Die Meinungen der Zahnärzteschaft wurden aus bereits veröffentlichten Diskussionsbeiträgen (Interviews und Aufsätze) sowie aus einer Befragung unter Zahnärzten ermittelt. Als Befragungsform wurden sowohl die mündliche Befragung (Interview) als auch die schriftliche Befragung (Fragebogen, den der Befragte offen beantworten konnte) gewählt. Der Interviewleitfaden und der Fragebogen enthielten dabei dieselben Fragen. Die Einzelinterviews wurden als Leitfaden gestützte Interviews durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine offene, teilstandardisierte Befragung. Der Befragte hat die Möglichkeit, seine Meinung frei und „offen“ zu äußern und das wiederzugeben, was ihn zu diesem Thema wichtig erscheint. Als teilstandardisiert bezeichnet man die Vorgangsweise der Befragung. Der Interviewer orientiert sich an einem Leitfaden, um in jeder Befragung auch verlässlich die gleichen relevanten Punkte abzudecken.⁷⁶

Die Auswahl der Befragten erfolgte nicht nach Repräsentativitätskriterien, sondern nach dem Prinzip des „maximum variation sampling“. Dabei wird versucht, durch eine bewusste Auswahl der Interviewpartner ein möglichst breites Spektrum unterschiedlicher Perspektiven auf den Untersuchungsgegenstand zu gewinnen. Dazu wurden Zahnärzte aus unterschiedlichen Kontexten befragt: Klinikdirektoren, niedergelassenen Zahnärzte aus Stadt und Land, Kammerfunktionäre. Der Anteil der Personen, die nicht bereit waren, einem Interview zuzustimmen, lag bei ca. 60 Prozent.

⁷⁶ Vgl. Mayring (2002), S. 66

Die anderen Zahnärzte interessierten sich für das Thema und waren gerne zu einem Interview bereit.

Die aufgezeichneten Interviews wurden im ersten Schritt der Auswertung transkribiert, d.h. nach klar definierten Regeln von der gesprochenen Sprache in eine schriftliche Form übertragen.⁷⁷ Als Protokollierungstechnik wurde die wörtliche Transkription gewählt, jedoch mit Einschränkungen: Floskeln und Sprechpausen wurden nicht transkribiert. Dialekt wurde soweit als möglich in normales Schriftdeutsch übertragen.⁷⁸

Die Auswertung erfolgte nach *Mayring* und orientierte sich an seinem Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse: *„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“*⁷⁹ Auf diese Weise konnte die Fülle des Materials aus den Interviews auf zentrale Aussagen verdichtet werden.

Die Synthese

In der anschließenden Synthese wurden die in der literaturbasierten Analyse und in der sozialemprischen Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse verbunden, um zu einer übergreifenden ethischen Beurteilung der kosmetischen Zahnheilkunde zu gelangen. Insbesondere sollte die Frage beantwortet werden, wie mit den erweiterten Möglichkeiten der „Cosmetic Dentistry“ aus ethischer Sicht angemessen umgegangen werden sollte. Dabei wurde auch versucht, die ethische Diskussion zur präferenzorientierten (Human-)Medizin fruchtbar zu machen.

Zunächst soll im folgenden Kapitel dargestellt werden, welche Bedeutung ästhetische Eingriffe bzw. Maßnahmen aktuell in der Zahnheilkunde haben. Dabei werden die Möglichkeiten ästhetischer Modifikationen in den verschiedenen Bereichen der Zahnheilkunde erläutert und die Abgrenzung zwischen therapeutisch-ästhetischen und ausschließlich ästhetischen (=kosmetischen) Maßnahmen erörtert.

⁷⁷ Vgl. Mayring (2002), S. 89

⁷⁸ Vgl. Mayring (2002), S. 91

⁷⁹ Mayring (2003), S. 58

3 Die Bedeutung der Ästhetik in der Zahnheilkunde

Ästhetik bezeichnet zum einen die Wissenschaft, Lehre vom Schönen, zum anderen das stilvoll Schöne, die Schönheit oder auch den Schönheitssinn.⁸⁰ Körperliche Schönheit muss eigentlich niemandem erklärt werden. Dennoch bleibt es rätselhaft, nach welchen Gesetzen sich diese Merkmale in uns manifestieren: Woher wissen wir, was schön ist? Unbestritten ist, dass sich Schönheitsideale im Laufe der Zeit immer wieder verändern. Waren es einst die fettleibigen Körper, die den Menschen in der europäischen Frühgeschichte gefielen und ein Symbol für Fruchtbarkeit waren, sind es heute oft abgemagerte, junge Frauen, die von den Medien und von den Modezeitschriften zum Schönheitsideal stilisiert werden. Nicht selten dienen diese Modefiguren als Vorbilder, denen man nacheifern will. Viele möchten ihrem Ideal gleichen und nicht wenige nehmen es auch in Kauf, ihren Körper durch entsprechende Eingriffe dem Schönheitsideal anzunähern.

Hier sollte man zwischen den rein ästhetischen und den therapeutisch-ästhetischen Eingriffen unterscheiden. Rein ästhetische Eingriffe, nur um den Körper bzw. die Zähne ohne jegliche medizinische Indikation zu verschönern, kann man auch als kosmetische Eingriffe bezeichnen. Kosmetik ist die Kunst der Verschönerung. In der Zahnheilkunde hat sich deshalb auch der Begriff „Cosmetic Dentistry“ etabliert. Die kosmetische Zahnheilkunde bezeichnet in erster Linie ästhetische Modifikationen, die nicht aus ärztlicher Sicht angezeigt sind, um eine Pathologie, einen Defekt oder eine Normabweichung zu korrigieren, sondern aufgrund von Patientenwünschen durchgeführt werden (*Wunscherfüllende Zahnmedizin*).⁸¹ Die Bezeichnung ist auch im Englischen gebräuchlich (*Wish-fulfilling medicine or dentistry*). Die „wunscherfüllende“ Zahnmedizin oder Medizin verfolgt das übergreifende Ziel, bestimmte körperliche Eigenschaften zu verbessern, um damit die emotionalen Befindlichkeiten des Patienten zu steigern. Diese Maßnahmen, die keinen

⁸⁰ DUDEN (2014), S. 199

⁸¹ Vgl. Groß (2012), S. 173

therapeutischen Hintergrund haben, werden auch mit dem Begriff „Enhancement“⁸² bezeichnet.

Im Gegensatz zu den rein ästhetischen bzw. kosmetischen Eingriffen liegt dem therapeutisch-ästhetischen Eingriff eine Indikation zugrunde. Die Wiederherstellung und Erhaltung der oralen Gesundheit und Funktion sollte idealerweise ästhetisch geschehen. Kontrovers diskutiert wird, inwieweit auch psychische Erkrankungen eine Indikation für rein ästhetische Eingriffe in den Körper wären.⁸³

Durch die stetige Forschung und Entwicklung neuer und innovativerer Methoden und Möglichkeiten auf dem Gebiet der ästhetischen Medizin sind den Wünschen der zahlenden „Kunden“⁸⁴ immer weniger Grenzen gesetzt. Vor allem das Gesicht und die Zähne spielen in diesem Bereich eine große Rolle. Durch die modernen Techniken und Materialien in der Zahnheilkunde lässt sich vieles umsetzen, was noch vor Jahren undenkbar gewesen wäre. Die folgenden Kapitel bieten einen Überblick über die verschiedenen rein ästhetischen und auch therapeutisch-ästhetischen Eingriffe in den unterschiedlichen zahnärztlichen Disziplinen.

3.1 Möglichkeiten ästhetischer Veränderungen am Gebiss

Es gibt heutzutage unzählige Möglichkeiten, ein Gebiss zu verändern. Im beginnenden 21. Jahrhundert scheint es in der modernen Zahnheilkunde unabdingbar zu sein, der Ästhetik einen besonderen Wert zukommen zu lassen. Gerade bei einem so wichtigen Organ wie den Zähnen ist es von großer Bedeutung, dass das Erscheinungsbild des Menschen auch nach einer Zahnrestauration ein harmonisches ist.

Die Ästhetik zieht sich heute durch alle Disziplinen der Zahnmedizin, sei es die Zahnerhaltung, die Prothetik, die Kieferorthopädie oder die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Neben der Wiederherstellung der Funktion nimmt die Herstellung eines ästhetischen äußeren Erscheinungsbildes eine hohe Priorität ein.

⁸² Vgl. Maio (2012), S. 322

⁸³ Vgl. Finckenstein (2000) S. 157 - 159

⁸⁴ Quernheim (2010), S. 15

3.1.1 Ästhetik in der Zahnerhaltung

Der erste Schritt zu einer spürbaren und sichtbaren Ästhetik ist die professionelle Prophylaxe. Durch die modernen und schonenden Methoden ist es dem Zahnarzt mit Hilfe spezieller Schallaufsätze und Pulverstrahlgeräte möglich, Zähne zu reinigen und von unschönen Verfärbungen zu befreien. Die Zähne werden glatter und weißer und der Patient bekommt wieder neue Sicherheit beim Lachen und Sprechen. Die professionelle, aber auch die häusliche Prophylaxe ist die Grundlage für jede weitere zahnerhaltende oder prothetische Maßnahme. Schon die Pioniere der modernen Zahnheilkunde wie *Miller*, *Witzel* und *Black* machten auf die Prophylaxe und Prävention von Erkrankungen sowie auf eine lebenslange Nachsorge aufmerksam.⁸⁵

In das Gebiet der Zahnerhaltung fällt auch die Füllungstherapie kariöser Defekte. Sollte es doch einmal trotz intensiver Pflege zu einer kariösen, therapiebedürftigen Läsion am Zahn gekommen sein, gab es schon früh die Möglichkeit, diese Defekte zu sanieren: 1888 verbesserte *Warnekros* die Technik der Goldhämmerfüllung. Wer sich das teure Gold nicht leisten konnte, musste sich mit einer Amalgamfüllung zufriedengeben, einer weniger schönen silbrig-grauen Masse. Seit der Entwicklung der Schmelzätztechnik (SÄT) für Komposite im Jahre 1955 durch *Buonocore* besitzt der Zahnbehandler die Möglichkeit, zahnfarbene Füllungen aus Kunststoff zu legen. Knapp 20 Jahre später wurde durch *Wilson* und *Kent* eine neue Materialklasse entwickelt, die der Glasionomere. Erst durch die Entwicklung zahnfarbener Materialien, die mit ausreichendem Halt an der Restzahnschicht verankert werden konnten, wurden auch entsprechend ästhetische Ergebnisse erreicht, insbesondere im Frontzahnbereich.⁸⁵

In den letzten Jahren sind auch die dentalen Vollkeramiken in der Zahnerhaltung immer mehr in den Fokus gerückt. Man spricht auch von den zwei Welten der Dentalen Vollkeramike⁸⁶: Zum einen gibt es die Silikatkeramiken, zum anderen die Oxidkeramiken. Obwohl die beiden Keramiken werkstofflich und klinisch sehr verschieden sind, haben sie Folgendes gemeinsam: Beide lassen sich mehr oder weniger zahnähnlich hinsichtlich Farbe und Transluzenz gestalten und gelten somit als fast optimales Material zum Ersatz der Zahnhartsubstanz.

⁸⁵ Vgl. Gängler (2010), S. 5

⁸⁶ Vgl. Schmidseher & Munz (2008), S. 150

Wie bereits erwähnt, war *Pincus*, der den Begriff „Hollywood Smile“ prägte, der Erfinder der sogenannten Veneers. Dies sind dünne Keramikverblendschalen, die auf die vorbehandelten Zähne geklebt werden. Zur damaligen Zeit konnten sich diese teure Technik aber nur die Wenigsten leisten. Erst durch die Einführung neuer Klebmethoden Mitte der 1980er Jahre und die Weiterentwicklung der Keramiken konnte diese Methode auch erfolgreich am Patienten angewandt werden. Form, Farbe und Oberflächengestaltung eines Veneers kann individuell angepasst werden. Beim Zementieren verwendet man verschiedene Zementfarben, um leichte Farbkorrekturen durchzuführen. All diese Einflüsse tragen zu einem ästhetisch perfekten Ergebnis bei, welches mit Kronen nur schwer zu erreichen ist.⁸⁷

Keramikinlays sind schon seit dem 19. Jahrhundert bekannt. Aufgrund der schlechten Passgenauigkeit und der unbefriedigenden Befestigung wurde diese Restaurationsmethode jedoch nicht sehr häufig angewandt. Die Adhäsivtechnologie, die eine dauerhafte Verbindung zwischen Keramik und Zahn ermöglichte, brachte dem Keramikinlay einen neuen Aufschwung. Heute könnte man sagen, dass Keramikinlays die ästhetische Alternative zu Goldinlays sind.

In das Gebiet der Zahnerhaltung fällt auch das zahnärztliche Bleichen der Zähne mit Hilfe von Tiefziehschienen, das sogenannte Home-Bleaching. 1968 beschrieb der Parodontologe *Murno* erstmals, dass nach der Anwendung eines von ihm entwickelten Verfahrens zur Gingivaantiseptik als Nebenwirkung weißere Zähne beobachtet wurden. Das Mittel, das er dazu verwendete, war Carbamidperoxid. Auf der Grundlage seiner Erkenntnisse wurde Ende der 1980er Jahre das erste Bleichmittel auf den Markt gebracht. *Haywood* veröffentlichte 1990 die erste Studie zum Einfluss der Bleaching-Mittel auf den Zahnschmelz.⁸⁸ In den letzten Jahren kamen immer mehr Möglichkeiten, sich die Zähne aufzuhellen, auf den Markt. Unter ihnen Hightech-Verfahren des In-Office-Bleachings, aber auch verschiedene zahnärztliche und nicht zahnärztliche Systeme und vor allem auch viele Produkte, die im Einzelhandel zu beziehen sind.⁸⁹

Zusammenfassend kann man sagen, dass heute im 21. Jahrhundert die Ästhetik in der modernen Zahnerhaltung einen hohen Stellenwert hat. Den überwiegenden Teil

⁸⁷ Vgl. Schmidseider & Munz (2008), S. 168

⁸⁸ Vgl. Haywood (1990), S. 9

⁸⁹ Vgl. Schmidseider & Munz (2008), S. 54

der Eingriffe in der Zahnerhaltung kann man den therapeutisch-ästhetischen zuordnen. Rein ästhetische Eingriffe sind vor allem das Bleichen der Zähne und das Schmücken der Zähne mit z.B. Steinchen. Durch die innovativen Methoden und Materialien in der Füllungs- und Restaurationstherapie lassen sich ästhetische Ergebnisse zahnerhaltend und minimalinvasiv umsetzen.

3.1.2 Ästhetik in der zahnärztlichen Prothetik

Die zahnärztliche Prothetik beschäftigt sich mit dem Ersatz von verlorengegangenen Zähnen, dem Verlust des Kieferkammknochens und dem dazugehörigen Weichgewebe. In der Zahnheilkunde wird das Fach der Prothetik auch Zahnersatzkunde genannt. Die Prothetik im eigentlichen Sinne ist die Wissenschaft und Kunst, die sich mit der Entwicklung und Fertigung von Prothesen, also dem künstlichen Ersatz von verloren gegangen oder von Geburt an nicht vorhandenen Körperteilen beschäftigt. Die zahnärztliche Prothetik beschäftigt sich vor allem mit dem funktionellen Ersatz verlorener Zähne, fehlendem Weich- und Knochengewebe und der damit verbundenen funktionellen und ästhetischen Beeinträchtigung.

Die zahnärztliche Prothetik hat sich in den letzten Jahren zu einem Fach mit breitem Anwendungsspektrum in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entwickelt. Dabei steht unter anderem die Wiederherstellung des Erscheinungsbildes und die Rekonstruktion der geschlossenen Zahnreihe und somit der Funktion durch z.B. künstliche Zahnkronen, Brücken oder herausnehmbare Zahnprothesen im Vordergrund. Ästhetik, Sprache und Kaufunktion des Patienten werden somit rekonstruiert und gleichzeitig wird eine weitere Zerstörung des Kauorgans verhindert.⁹⁰

Wie in der Zahnerhaltung hat auch in der Prothetik die Prophylaxe eine zunehmende Bedeutung gewonnen. War es früher häufig die Einzelzahnkrone, die als Therapiemittel der Wahl galt, so erlauben heute minimal invasive Präparationsverfahren in Verbindung mit modernen zahnärztlichen Werkstoffen eine maximale Schonung der Zahnschubstanz bei dauerhafter Teilrekonstruktion.

Auch in der Brückenprothetik spielen ästhetische Gesichtspunkte eine Rolle. Durch die Prävention und Prophylaxe und der sich daraus immer öfter ergebenden

⁹⁰ Vgl. Alt (2010), S. 21-22

kariesfreien Situation im Mund können häufig adhäsiv befestigte Klebebrücken eingesetzt werden. Der große Vorteil dieser Technik liegt im Wegfall der massiven Beschleifung der Pfeilerzähne. Durch den Einsatz von hochfesten Keramiken scheinen auch vollkeramische Klebebrücken im Front- und Seitenzahnggebiet als dauerhaftes Therapiemittel möglich zu sein.⁹¹

Neben der oben beschriebenen festsitzenden Prothetik ist auch der herausnehmbare Zahnersatz in der zahnärztlichen Prothetik ein wichtiger Bestandteil. Teil- und Vollprothesen sollten nicht nur sicher und fest sitzen, sondern gleichzeitig auch komfortabel sein und zu einem ästhetischen, natürlichen Gesamteindruck des Gesichtes beitragen.

Zahnimplantate erweitern das Therapiespektrum in der Prothetik ganz entscheidend. Es werden sowohl Zahnwurzel als auch Zahnkrone ersetzt. Somit kommt dieser Zahnersatz dem natürlichen Vorbild sicherlich am nächsten. In allen Teilgebieten der Zahnersatzkunde können Implantate sowohl die Therapieplanung als auch die Therapie vereinfachen. Durch Implantate gelingt es in vielen Fällen einen herausnehmbaren Zahnersatz zu vermeiden.

Ohne die intensive Forschung und Entwicklung in der zahnärztlichen Werkstoffkunde wären die erwähnten Erfolge undenkbar. Schon am Ende des 19. Jahrhunderts wollte man Zahnersatz aus einem zahnähnlichen Material herstellen. Erste Versuche, Zähne aus Geschirrporzellan herzustellen, schlugen fehl. Auch die Entwicklung der sogenannten Jacketkrone durch *Charls Land* Anfang des 20. Jahrhunderts brachte nicht den gewünschten ästhetischen Erfolg. Die Krone hatte eine geringe Festigkeit und eine hohe Kostenintensität. Erst in den 1960er Jahren gelang es, durch Modifizierung der Rezeptur eine Jacketkrone herzustellen, die dem natürlichen Zahn sehr ähnlich sah. Doch aufgrund des hohen Substanzabtrages, der nötig war, um eine ausreichende Stabilität der Krone zu gewährleisten, und der damit verbundenen Gefahr, den Zahn zu devitalisieren, führte die Jacketkrone weiterhin ein Nischendasein. Die Metallkeramikkrone mit ihrer komplikationslosen Verarbeitung, ihrer entsprechend hohen Fraktursicherheit und ihrer tolerierbaren Ästhetik konnte sich durchsetzen. In den

⁹¹ Vgl. Gernet & Biffar (2011), S. V

80er Jahren konnte sich die Glaskeramik langsam am Markt etablieren und behaupten, zunächst nur bei der Einzelzahnrestauration, heute auch in der Brückenprothetik.⁹²

Eine der größten Entwicklungen in der zahnärztlichen Prothetik ist wohl die CAD/CAM-Technologie. Mit diesem computergestützten Fertigungsverfahren ist es möglich, Zahnstümpfe am Modell oder direkt im Mund des Patienten zu scannen, die Versorgung am Computer zu konstruieren und mit Hilfe einer Fräse zu erzeugen.⁹³ Auf diesem Gebiet wird sich wohl auch in naher Zukunft noch einiges tun.

Auch in der zahnärztlichen Prothetik ist zusammenfassend betrachtet die therapeutische Ästhetik wichtig. Neben dem Schutz gesunder Zahnhartsubstanz und der Wichtigkeit der Biokompatibilität zahnmedizinischer Werkstoffe ist auch der Ästhetikanspruch der Patienten von großer Bedeutung bei der Entwicklung neuer, moderner Dentalmaterialien. Dies gilt gleichermaßen für festsitzende Kronen oder Brücken als auch für herausnehmbare Teil- oder Totalprothesen. Rein ästhetische Maßnahmen finden in der zahnärztlichen Prothetik kaum Anwendung.

3.1.3 Ästhetik in der Kieferorthopädie

Die Kieferorthopädie (KFO) ist eine Sparte der Zahnmedizin, die sich mit der Prävention, der Erkennung und der Therapie von Zahnfehlstellungen befasst. Der Begriff „Orthodontie“ wird im deutschsprachigen Gebiet eher selten verwendet, findet aber in den nichtdeutschsprachigen Ländern häufig Anwendung.⁹⁴

Die kieferorthopädische Therapie kann mit herausnehmbaren oder mit festsitzenden Geräten erfolgen. Ausschlaggebend dafür ist neben dem Alter des Patienten auch der Schweregrad der Zahn- bzw. Kieferfehlstellung. Ist es im Kindesalter oft die Beeinträchtigung der Funktion, die den jungen Erwachsenen dazu bewegt, sich kieferorthopädisch behandeln zu lassen, so ist es im Erwachsenenalter eher die Ästhetik, die den Betroffenen beeinträchtigt. Vor jeder kieferorthopädischen Behandlung sollte in jedem Fall eine ausführliche Aufklärung und Diagnostik erfolgen. Nach der Aufnahme der Krankengeschichte (Anamnese) folgt die klinische

⁹² Vgl. Gernet & Biffar (2011), S. 68-69

⁹³ Vgl. Schmidseher & Munz (2008), S. 228

⁹⁴ Vgl. Harzer (2011), S. 2

Untersuchung, die Funktionsanalyse, die Modellanalyse und die radiologische Untersuchung. Mit Hilfe dieser Untersuchungen wird die Kieferrelation, die Lagebeziehung zwischen dem Oberkiefer und dem Unterkiefer, beurteilt.

Wie schon erwähnt, ist bei Erwachsenen in erster Linie die dentofaziale Ästhetik das Behandlungsmotiv.⁹⁵ Natürlich ist es aber auch wichtig, gleichzeitig die Funktion zu stabilisieren oder zu verbessern. Ein Lächeln mit schönen, korrekt sitzenden Zähnen ist ein entscheidender Faktor der körperlichen Attraktivität. Vor allem in der Altersgruppe der 15- bis 40-Jährigen sind der Bedarf und die Nachfrage am höchsten. Die Betroffenen erhoffen sich von einem attraktiven Gesicht oft beruflichen Erfolg, Prestige und eine erleichterte Kontaktaufnahme.⁹⁶

Die kieferorthopädische Behandlung von Erwachsenen geht im Gegensatz zur Behandlung von Kindern mit Besonderheiten einher. Aufgrund der Altersinvolution beim Bindegewebe kommt es zu einer Reduktion der Zelldichte, zu einer Faserbündelverdickung und in weiterer Folge zu einer verzögerten Fibroblastenproliferation und einer geringeren Vaskularisierung. Daraus resultiert eine langsamere Zahnbewegung, verbunden mit einer verzögerten Knochen- und Gewebereaktion. Spezifische parodontale Befunde und fehlendes Suturenwachstum machen eine kieferorthopädische Therapie im Erwachsenenalter besonders anspruchsvoll. Deshalb ist die ästhetisch orientierte Kieferorthopädie beim Erwachsenen üblicherweise interdisziplinär ausgerichtet.⁹⁷

Die Kriterien der interdisziplinären Kieferorthopädie beinhalten neben der ästhetischen Verbesserung auch eine funktionelle Verbesserung sowie die Stabilisation des Ergebnisses. Der Behandlungsablauf sollte mit parodontaltherapeutischen Maßnahmen beginnen, übergehen in die orthodontische Behandlung, gegebenenfalls mit gingivalchirurgischen Maßnahmen unterstützt werden und mit der prothetischen Therapie enden. Dabei ist die Compliance des Patienten, d.h. seine Kooperationsbereitschaft und seine Belastbarkeit, kritisch zu bewerten, weil eine Multibracketapparatur im Alltagsleben oft als störend empfunden wird.⁹⁸

⁹⁵ Vgl. Bettin, Spassov, & Werner (2015)

⁹⁶ Vgl. Sander, Schwenzer, & Ehrenfeld (2011), S. 328

⁹⁷ Vgl. Schmidseher & Munz (2008), S. 315

⁹⁸ Vgl. Nezar & Hussein (2011), S. 42

Um die festsitzende kieferorthopädische Behandlung im Erwachsenenalter möglichst unsichtbar zu gestalten, gibt es neben zahnfarbenen Keramikbrackets für die Außenseite der Zähne auch eine besonders unauffällige Lingualtechnik. Bei dieser Technik werden die Brackets auf die Lingualseite der Zähne geklebt und sind somit nicht auf dem ersten Blick zu sehen. Geringe Korrekturen der Zähne kann man durch nahezu unsichtbare, herausnehmbare Schienen besonders schonend durchführen.

Zusammenfassend betrachtet ist der Trend, die Zahnstellung aufgrund von rein ästhetischen Beweggründen zu korrigieren, kein neuer. In erster Linie beschäftigt sich die Kieferorthopädie aber mit der therapeutischen Ästhetik. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen zahnmedizinischen Fachrichtungen lassen sich auch im Erwachsenenalter schnelle Erfolge erzielen. Dank der Entwicklung neuer Materialien wie, z.B. der NiTi-Drähte in der Multibandtechnik, konnte eine enorme Verbesserung in der Behandlung erreicht werden. Die richtige Auswahl der Apparaturen, die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und die Kenntnis über die Materialien ist die Voraussetzung für ein zufriedenstellendes Therapieergebnis.

3.1.4 Ästhetik in der zahnärztlichen Chirurgie

Unter zahnärztlicher bzw. oraler Chirurgie versteht man chirurgische Eingriffe, die im Mund des Patienten durchgeführt werden. Dabei handelt es sich um Eingriffe welche die Zähne, den Kiefer und die umliegenden Weichgewebe betreffen. Neben der operativen Entfernung von verlagerten Zähnen oder Weisheitszähnen, der Zystostomie oder Zystektome, der endodontischen Chirurgie oder der Lippen- und Zungenbandkorrekturen gehören auch die Parodontalchirurgie sowie die Implantologie in das Fach der zahnärztlichen Chirurgie. Letztere dienen vor allem der funktionell und ästhetisch langfristigen Wiederherstellung der Kaufunktion.

In den letzten dreißig Jahren entwickelte sich die Implantologie so weit, dass man heutzutage in der Lage ist, Zähne zu ersetzen, bei denen man zum natürlichen Zahn keinen Unterschied mehr erkennen kann. Vor allem bei der Implantation im Frontzahnbereich ist die Ästhetik entscheidend und deshalb immer eine große Herausforderung für den behandelnden Oralchirurgen. Es gilt, den Wunsch des

Patienten und das tatsächlich Machbare in Einklang zu bringen. Dazu ist eine eingehende klinische und radiologische Untersuchung notwendig.⁹⁹ Der Zeitpunkt, wann ein Implantat gesetzt werden sollte, ist oft ein entscheidender Faktor für den Patienten und den späteren Erfolg des Implantates. Vor allem bei Lücken im Frontzahnbereich ist es sehr wichtig, eine sofortige Rehabilitation zu ermöglichen. Man unterscheidet heute zwischen der Sofortimplantation, der verzögerten Sofortimplantation und der Spätimplantation. Der Vorteil der Sofortimplantation ist, dass unmittelbar nach Extraktion das Implantat gesetzt werden kann und somit für den Patienten keine ästhetische Beeinträchtigung besteht. Voraussetzung dafür ist eine intakte Alveole, genügend Knochenrestsubstanz und eine gute Qualität der Schleimhäute. Ist dies nicht zur Gänze der Fall, sollte zwischen einer Sofort- oder einer verzögerten Sofortimplantation abgewogen werden.¹⁰⁰ Um von einem perfekten Zahnersatz zu sprechen, ist es notwendig, eine intakte Papille und einen harmonischen, girlandenförmigen Verlauf der Gingiva zu erhalten. Bei fehlender Interdentalpapille spricht man von einem „Black triangle dilemma“¹⁰¹, welches es in der modernen restaurativen Zahnheilkunde zu vermeiden gilt.

Neben der Implantologie nimmt auch die ästhetische Parodontalchirurgie ein großes Gebiet in der zahnärztlichen Chirurgie für sich in Anspruch. Im angloamerikanischen Raum spricht man von „Cosmetic And Reconstructive Periodontal Surgery“¹⁰². Es handelt sich um Eingriffe im Mundraum, deren Ziel es ist, abnormale Strukturen zu korrigieren. Der Grund solcher Operationen kann viele Ursachen haben, welche von Entwicklungsstörungen oder angeborenen Defekten bis zu Traumata, Infektionen und Tumoren reichen. Hierbei gilt es, die Funktion und das Aussehen wiederherzustellen bzw. zu verbessern. Vor allem in der wiederherstellenden Parodontalchirurgie gibt es heute eine große Anzahl von Verfahren wie z. B. das Bedecken der Wurzeloberfläche, das Freilegen von Zähnen, das Tiefersetzen der Umschlagfalte - die sogenannte Vestibulumplastik, das Wiederherstellen der Papille oder der Aufbau von Kieferkamm. Diese verschiedenen Techniken dienen nicht nur

⁹⁹ Vgl. Schmidseher & Munz (2008), S. 282

¹⁰⁰ Vgl. Watzek, Fürhauser, & Mailath-Pokorny (2009), S. 238-239

¹⁰¹ Singh, Uppoor, Nayak, & Shah (2013), S. 296

¹⁰² Cohen, E. S. (2007)

alleine kurativen Zwecken, sondern sind zum Teil auch rein kosmetische Eingriffe mit dem ausschließlichen Ziel, das Aussehen zu verbessern.¹⁰³

Zusammenfassend betrachtet, gibt es auch in der zahnärztlichen Chirurgie neben den vielen wichtigen, wiederherstellenden, therapeutischen und kurativen Behandlungsmöglichkeiten eine Reihe an Therapien, die in erster Line rein das äußere Erscheinungsbild, die Ästhetik verändern. Der ästhetische Aspekt ist im 21. Jahrhundert in allen wichtigen Disziplinen der Zahnheilkunde zu erkennen und hat einen festen Platz im zahnärztlichen Behandlungsspektrum eingenommen. Egal ob in der Zahnerhaltung, der zahnärztlichen Prothetik, der Kieferorthopädie oder der zahnärztlichen Chirurgie, das Aussehen und Wirken auf sein Gegenüber ist dem Patienten wichtiger denn je.¹⁰⁴

3.2 Entwicklung in den letzten Jahren

In den letzten Jahren ist es der ästhetischen Zahnheilkunde gelungen, sich zunehmend als eigenständige Disziplin zu etablieren. Die Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ) wurde in die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) aufgenommen und dadurch auch als wissenschaftliche Fachgesellschaft akzeptiert.¹⁰⁵ In einer Aussendung der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde heißt es, dass es ein ganz spezielles Anliegen der DGÄZ ist, der weit verbreiteten Meinung, die ästhetische Zahnheilkunde befasse sich nur mit oberflächlichen Verschönerungen und ähnlichen Inhalten, entgegenzutreten.¹⁰⁶ Die DGÄZ spricht auch nicht von Kosmetik, sondern bewusst von Ästhetik. Hier gilt es, wie oben schon beschrieben, zwischen den beiden Begriffen zu differenzieren. Die DGÄZ verwendet die Begriffe Ästhetik und Kosmetik wie folgt: „Kosmetik folgt kurzlebigen Modetrends und kosmetische Manipulationen sind üblicherweise reversibel. Ästhetik basiert auf Grunderhaltung der natürlichen Zähne, also auf der

¹⁰³ Vgl. Schmidseeder & Munz (2008), S. 247

¹⁰⁴ Vgl. proDente-Umfrage (2005)

¹⁰⁵ Vgl. Bermann (2009)

¹⁰⁶ Vgl. Trautmann (2009), S. 188

Prophylaxe. Bei notwendigen Rekonstruktionen steht gleichwertig neben der weißen Ästhetik die rote Ästhetik, also gesundes Weichgewebe.“¹⁰⁷

Ästhetik ist heute in vielen Bereichen der Medizin von großer Bedeutung, nicht nur in der Zahnmedizin. Um auch ästhetisch ansprechende Arbeiten herzustellen, bedarf es einer genauen Planung und Analyse, aber auch der Kenntnis über die verwendeten Materialien und ein hohes Maß an handwerklichem Geschick von Zahnarzt und Zahntechniker. Die DGÄZ hat ein strukturiertes Fortbildungsprogramm entwickelt, damit sich der Zahnarzt in den heute angebotenen Möglichkeiten optimal zurechtfinden kann.

Auf dem Gebiet der ästhetischen Zahnheilkunde gibt es drei verschiedene Abschlüsse, die aufeinander aufbauen:

1. Curriculum Ästhetische Zahnheilkunde in der Akademie Praxis und Wissenschaft – APW
2. Masterstudiengang „Zahnmedizinische Ästhetik und Funktion“
3. Prüfung zum „Spezialisten für Ästhetische Zahnheilkunde in der DGÄZ“¹⁰⁸

Wenn man das Curriculum erfolgreich abgeschlossen hat, darf man einen Tätigkeitsschwerpunkt „Ästhetische Zahnheilkunde“ ausweisen und es wird in Teilen auch für das Masterstudium angerechnet, welcher mit dem akademischen Titel MSc – Master of Science abschließt. Der Titel des „Spezialisten für Ästhetische Zahnheilkunde in der DGÄZ“ ist der höchste Qualifikationsnachweis, den ein Zahnmediziner im Bereich der ästhetischen Zahnheilkunde erwerben kann. In der Ausbildung zu diesem werden nicht nur wissenschaftliche Kenntnisse, sondern auch herausragende praktische Fähigkeiten beigebracht und geprüft.¹⁰⁹

Eine Umfrage zum Thema Zahnästhetik im Jahre 2005 ergab, dass Patienten für dieses Thema im hohen Maße sensibilisiert sind. Immer mehr Menschen wünschen sich ein strahlendes Lächeln mit einem schönen Gebiss. In einer Umfrage wurden 1012 Personen im Alter zwischen 14 und 50 Jahren befragt. Mehr als zwei Drittel der Interviewten gaben an, dass schöne Zähne für sie einen hohen Stellenwert haben. Zwei Drittel sind bereit, in ein perfektes Lächeln zu investieren, und ein Viertel ist oder war

¹⁰⁷ Trautmann (2009), S. 188

¹⁰⁸ Trautmann (2009), S. 188

¹⁰⁹ Vgl. Bermann (2009), Vgl. Trautmann (2009), S. 188

deshalb schon in Behandlung. Knapp 60 Prozent zeigen eine hohe Bereitschaft, Geld in einen schönen Zahnersatz zu investieren.¹¹⁰ Die Zahlen deuten darauf hin, dass sich die Bereitschaft der Bevölkerung, ästhetische Maßnahmen am Gebiss vornehmen zu lassen, ähnlich zum wissenschaftlichen Fortschritt in der Zahnheilkunde entwickelt hat. War es vor zwei Jahrzehnten vor allem die Funktion, auf die es beim Zahnersatz ankam, ist es heute viel mehr die Ästhetik, auf die der Patient Wert legt. Vom Patienten wird heute oft eine Schönheit angestrebt, die in der Realität nur schwer zu erreichen ist. Auch die Auffassung der Massenmedien zur Schönheit ist oft eine andere als die der ästhetischen „Spezialisten“. Durch die immer größere Nutzung der neuen Medien hat sich unser Zugang zu Wissen verändert. Durch das Smartphone mit Internetzugang ist es heute nicht schwer, Bildmaterial abzurufen, auszutauschen oder zu verändern.¹¹¹ „Bilder spielen eine wichtige Rolle, weil wir ständig aus der Außenwelt Bilder wahrnehmen und ergänzen.“¹¹² Wir haben im täglichen Leben immer wieder Bilder von anderen Menschen vor Augen und nehmen die Gesichter und Körper unserer Mitmenschen wahr, sei es beim Lesen von Zeitungen und Zeitschriften, im Fernsehen und im Kino, in der Werbung oder im Internet. Das ist auch ein Grund, warum das äußere Erscheinungsbild des Menschen heute so wichtig ist.¹¹³

„Das Streben nach Schönheit, Jugend und Gesundheit“ ist ein gesellschaftlicher Trend geworden und die Zähne stehen auch hier im Vordergrund. Selbst *Werner Mang* sagte in einem Interview über kosmetische Zahnmedizin:

„In meiner Sprechstunde lehne ich manchmal einen ästhetischen Eingriff im Gesicht ab, wenn ich bemerke, dass die Zähne im krassen Widerspruch zu den Wünschen des Patienten stehen, und ich bin sogar der Meinung, dass gesunde und strahlende Zähne oft wichtiger sind als eine gerade Nase.“¹¹⁴

Bedürfnisse sind ein elementarer Bestandteil der menschlichen Natur und auch eine treibende Kraft bei jeder Kaufentscheidung. Der Psychologe *Abraham Maslow* beschrieb sie mit Hilfe einer Pyramide. Demnach beginnt der Mensch bei der

¹¹⁰ Vgl. proDente-Umfrage (2005), S. 18

¹¹¹ Vgl. Talarico & Morgante (2013), S. 162

¹¹² Arnheim (1969), zitiert nach; Talarico & Morgante (2013), S. 162

¹¹³ Vgl. Talarico & Morgante (2013), S. 163

¹¹⁴ Mang (2003), S. 16

niedrigsten Bedürfnisstufe und aktiviert nach deren Befriedigung die nächste Bedürfnisebene. Je besser es also einer Gesellschaft geht, desto mehr Bedürfnisse gilt es zu befriedigen. Neben Sicherheit, Liebe, Wertschätzung, Selbstverwirklichung, Wissen stellt auch in aufsteigender Reihenfolge die Ästhetik eine Bedürfnisebene dar.¹¹⁵

Die Bedürfnisse existieren also in unserer Gesellschaft und der Zahnarzt kann folglich auch Einfluss auf die Wünsche der Patienten nehmen. Er weckt nicht die Bedürfnisse, sondern sucht nach Möglichkeiten, diese zu befriedigen. Wir leben heute nicht mehr in einer Zeit, in der der Zahnarzt alle Hände voll zu tun hat, um die Vielzahl von Karies befallenen Gebisse zu behandeln. Durch die Prophylaxe- und die Präventionsmaßnahmen der vergangenen 30 Jahre ist die Zahngesundheit der Bevölkerung so gut wie noch nie. Betrachtet man jedoch den Alltag eines Zahnarztes, so ist von der abnehmenden Behandlungsbedürftigkeit nichts zu spüren. Trotz der gesünderen Zähne der heutigen Generation ist die Zufriedenheit vieler Menschen mit ihrem Aussehen und ihrem Lächeln nicht etwa gestiegen, sondern eher gesunken. Eine große Zahl der Menschen möchte trotz einwandfreier Funktion hellere Zähne, kleinere Zähne, größere Zähne, gleichmäßigere Zähne. Es entsteht fast der Eindruck, als gäbe es kein „natürliches“ Gebiss mehr, das nicht durch eine ästhetische Aufwertung verbessert werden müsse.¹¹⁶

Mit dieser Entwicklung verändert sich auch die Beziehung zwischen dem Zahnarzt und seinem Patienten. War früher das Handeln des Zahnarztes meist kurativ ausgerichtet, so bekommt es heute einen scheinbar geschäftlichen „Beigeschmack“. Immer häufiger stellt sich heute die Frage, ob der Patient zum „Kunden“ und die (zahn-)ärztliche Tätigkeit zum „Gewerbe“¹¹⁷ wird. Natürlich ist die Ästhetik auch ein wichtiger Aspekt in der kurativen Zahnbehandlung. Bei jeder Füllung, die der Behandler legt, ist selbstverständlich ein ästhetisches Endergebnis von großer Bedeutung. Eine Krone kann funktionell einwandfrei sein, doch wenn sie den ästhetischen Anspruch nicht erfüllt, wird sie vom Patienten nicht akzeptiert werden. Es ist also von äußerster Wichtigkeit, die Ästhetik in den ohnehin notwendigen Behandlungsprozess zu integrieren. Aber ist es auch gerechtfertigt, Eingriffe vorzunehmen, nur weil es sich der zahlende „Kunde“ so vorstellt?

¹¹⁵ Vgl. Nemeč, S. (2002), S. 80

¹¹⁶ Vgl. Maio (2009b), S. 47

¹¹⁷ Vgl. Nemeč, S. & Börkirchner (2004), S. 62

Es werden vermehrt nichttherapeutische Maßnahmen angeboten, um in erster Linie die Wünsche des Patienten zu erfüllen, das Wohlbefinden des Patienten zu steigern, oder auch den Patienten an die Praxis zu binden. Immer mehr etabliert sich die „Kosmetische Zahnheilkunde“ bzw. die „Cosmetic Dentistry“. Zu dieser gehören, wie oben beschrieben, alle nicht-therapeutischen, ästhetischen Veränderungen im Orofazialbereich, wie zum Beispiel: Dental Bleaching, Zahn-Tattoo, Zahn-Caps, etc.

Fühlt sich ein Patient in einer Praxis wohl, dann kommt er auch wieder. Angesichts der wirtschaftlichen Aspekte ist es nachvollziehbar, dass viele Zahnärzte auf den Kosmetik- und Wellness-Zug aufspringen. Viele erhoffen sich durch diese Maßnahmen einen Einkommenszuwachs. Der wirtschaftliche Erfolg einer Zahnarztpraxis ist heutzutage in Deutschland aber kein Selbstläufer mehr. Wie an vielen Berufsgruppen haften aber auch am Beruf des Zahnmediziners spezifische Klischees. Zu den hartnäckigsten Klischees gehört zweifelsohne das des finanziell gut gestellten Behandlers, der in nur wenigen Berufsjahren zu erheblichem Wohlstand gelangen kann. Doch die Realität sieht heute anders aus, da man heutzutage mit hohen Investitionskosten bei der Existenzgründung konfrontiert wird.¹¹⁸ „*Während unsere Honorare eingefroren wurden, müssen wir die Kosten des technischen Fortschritts, für Praxis und Personal voll tragen.*“, beklagt sich *Peter Engel*. Er klagt auch über die hohen wirtschaftlichen Risiken, die ein Freiberufler zu tragen hat.¹¹⁹

Es entstehen neue Wachstumsmärkte, an denen viele teilnehmen und verdienen möchten. Mit den neuen Märkten entstehen auch neue Berufsbezeichnungen, wie zum Beispiel die/der Bleachist/in¹²⁰ oder die/der Dentalkosmetiker/in¹²¹. Beide Berufe werden im Fernstudium angeboten und sind auch ohne Vorkenntnisse innerhalb weniger Tage erfolgreich abzuschließen. In den letzten Jahren entstanden immer mehr Zahnarztpraxen, die sich auf die „Cosmetic Dentistry“ spezialisierten. Bis Ende 2005 kam es zu einer Verdoppelung der Zahnarztpraxen, die sich auf diesem Sektor

¹¹⁸ Vgl. Zahnärztliche-Mitteilungen-online (2019)

¹¹⁹ Vgl. "Porsche mit 30? Das war einmal!"

¹²⁰ Die Bezeichnung „Bleachist“ ist beim Deutschen Patentamt mit der Urkunden Nummer 302013037709 eingetragen. Ausbildung im Fernstudium, siehe: http://www.zahnkosmetik-ausbildung.de/zahnkosmetikerin_kursablauf_ausbildungsablauf_bleaching_muenchen.php (Stand: 6.10.2014)

¹²¹ Zahnkosmetik-Kurs ohne Vorbildung: In 5 Tagen zur Dentalkosmetikerin, siehe: http://zahnkosmetik-shop.com/shop/article_2/Zahnkosmetik-Kurs-ohne-Vorbildung.html (Stand: 6.10.2014)

bewegten.¹²² Die Zahl ist vermutlich bis ins Jahr 2014 weiter angestiegen. Aber nicht nur die Branche der Zahnmediziner möchte den neuen Markt erobern, auch außerhalb der Zahnarztpraxen wird „Dentalkosmetik“ angeboten. Oft werden solche „Shops“, „Studios“ oder „Lounges“ von Personen ohne zahnärztliche Approbation betrieben. Die Qualifikation solcher Dental- bzw. Zahnkosmetiker ist aber durchaus nicht einheitlich. Bei manchen handelt es sich um ausgebildete zahnmedizinische Helfer/innen, aber es gibt auch Personen ohne jede formale Qualifizierung in einem zahnmedizinischen Beruf. Wie oben beschrieben, ist es jedem erlaubt, sich diese Kenntnisse im Zuge eines Fernstudiums anzueignen. Ob man sie dann auch am Patienten anwenden darf, ist eine andere Sache. Mit dieser Frage beschäftigt sich Abschnitt 4.3 „Rechtliche Grundlagen und Vorgaben“.

Giovanni Maio sieht in der oben beschriebenen Entwicklung eine Untergrabung des Vertrauens in die Medizin:

„Ästhetische Interventionen am Zahn auf Wunsch vorzunehmen, halte ich nicht per se für unmoralisch. Der moderne Mensch hat die Freiheit, sich solche Leistungen zu kaufen. Aber solche allein wunschorientierten ästhetischen Maßnahmen haben mit Medizin nichts mehr zu tun. Sie können in einem Schönheitssalon von Technikern oder Verkäufern angeboten werden, aber wenn sie von Ärzten in Praxen angeboten werden, dann ist das ein sehr großer Schaden für die gesamte Zahnärzteschaft.“¹²³

Ist es wirklich so, wie Maio es beschreibt? Degeneriert die gesamte Medizin zu einem Dienstleistungsunternehmen, das vor allem nach den Wünschen seiner „Kunden“ handelt? Entstehen so neue Märkte, wo die Behandler als Dienstleister fungieren und primär versuchen, die Wünsche ihrer zahlenden Kunden zu befriedigen? Oder besteht doch noch der überwiegende Teil der Medizin in der Behandlung von Krankheiten? Handelt es sich hier nur um eine Erscheinung am Rande? Auf diese Fragen wird mit Hilfe der Stellungnahmen der Zahnärzteschaft im Kapitel 6 „Synthese“ genauer eingegangen.

¹²² Vgl. Prettin (2005)

¹²³ Maio (2009a)

3.3 Die Zahnmedizin als „Wellnessidee“

Parallel zur Debatte über die kosmetische Zahnheilkunde gibt es eine ähnliche Entwicklung, welche sich über den traditionellen Rand der Zahnmedizin hinausbewegt. Der Zahnarzt als SPA-Betreiber, der Wellnessangebote zur Verfügung stellt, um etwa den Patienten an die Praxis zu binden, oder, um ihm die Angst vor dem Zahnarztbesuch zu nehmen. Besteht letzten Endes auch hier die Gefahr, dass der Zahnbehandler in die „Dienstleistungsecke“ abrutscht? Sind solche Marketingstrategien verwerflich?

Nach der Definition des amerikanischen Arztes *Kenneth H. Cooper*¹²⁴ und des Sozialmediziners *Halbert Dunn*¹²⁵ leitet sich der Begriff Wellness von den Wörtern Well-being und Fitness bzw. Happiness ab und soll auf Wohlfühl, Lebensfreude und eine gute Konstitution abzielen. Oft werden heute unter dem Begriff Wellness vor allem Praktiken und Anwendungen, die das leibliche, geistige und seelische Wohl steigern, angeboten.

In der Zahnmedizin über Wellness zu sprechen birgt ein gewisses Risiko in sich, da es sich um einen oft verwendet, nicht geschützten¹²⁶ und vielfach falsch eingesetzten Begriff handelt. Der Begriff Wellness wird heutzutage im Gesundheitssektor, aber auch im kommerziellen Bereich sehr häufig verwendet.

Wenn eine Zahnbehandlung mit einem Glas Champagner beginnt und im besten Fall mit einer Fußreflexzonen- oder Nackenmassage endet, dann befindet man sich in einem Dental Spa, einer „Wellness-Oase“ für die Zähne - das amerikanische Rezept gegen die Angst vor dem Bohren. Für die meisten Menschen ist schon das Betreten einer Zahnarztpraxis eine psychische Belastung, die durch das Geräusch der Turbinen und Bohrer noch verstärkt wird. Viele möchten spätestens jetzt die Praxis wieder verlassen.

Die Zahnarztangst ist auch heute noch weit verbreitet: Ipsos¹²⁷ führte im Auftrag von ERGO eine repräsentative Umfrage durch und kam zum Ergebnis, dass 61 Prozent

¹²⁴ Vgl. Cooper (1985)

¹²⁵ Vgl. Dunn (1959)

¹²⁶ Vgl. Tams (2010), S. 10

¹²⁷ Vgl. Ipsos-i:Omnibus[TM]-Umfrage (2014)

der Deutschen davon betroffen sind. Die größte Angst der Patienten ist es, dass das Bohren schmerzhaft sein könnte und das allein schreckt schon viele vor einem Besuch beim Zahnarzt ab – bei den unter 50-Jährigen sind dies sogar 65 Prozent. Viele kommen deshalb lieber gar nicht in die Praxis oder gehen erst dann zum Zahnbehandler, wenn die Schmerzen selbst mit Schmerzmittel nicht mehr in den Griff zu bekommen sind. Viele dieser Patienten leiden an einer sogenannten Zahnarzt-Phobie.

Nur sehr wenige Bundesbürger haben tatsächlich ein kariesfreies Gebiss. Drei Viertel aller Deutschen pflegen ihre Zähne regelmäßig und gut – dies erspart jedoch nicht den Besuch beim Zahnarzt.¹²⁸

Es gilt der Grundsatz: Je schlechter die Prophylaxe, desto invasiver und schmerzhafter ist nach einiger Zeit auch die dann notwendige Zahnbehandlung.

Eine extreme Angst vor dem Zahnarztbesuch ist für den Patienten oft schwer in den Griff zu bekommen. Schon allein ein harmloser Kontrolltermin kann Panik auslösen. Die Gründe für die Zahnarztphobie sind oft negative Erfahrungen in der Vergangenheit. Daraus entwickelt sich dann leider oft ein Teufelskreis und es genügt dem Patienten schon der Anblick der Praxis, der in ihm Angst auslöst, und dadurch wird dieser an sich neutrale Reiz mit Schmerz in Verbindung gebracht. So lernt der Patient, dass der Zahnarztbesuch Schmerz bedeutet – diesen Vorgang nennt man in der Psychologie Konditionierung.

Diesen Menschen kann nur geholfen werden, indem sie ihre Angst „verlernen“. Der Patient muss sich seinen Ängsten stellen. Genau aus diesem Grund wurden in den vergangenen Jahren vor allem in den USA sogenannte Dental Spas gegründet. *Margaret Mitchell* ist seit zwei Jahrzehnten Zahnärztin in Chicago und weiß, welche Schrecken allein der Anblick der kalten, harten und spitzen Instrumente und Bohrer verursachen kann. Vor einem Jahr hat *Doktor Mitchell* ihre Praxis sozusagen auf den Kopf gestellt. Wo früher Schmerzen erlitten wurden, herrscht heute Genuss und Wohlgefallen. Die Patienten verkürzen sich die Zeit im Wartezimmer mit einem Glas Champagner und frischen Erdbeeren. Jeder Patient von Dr. Mitchell bekommt gleich nach seiner Ankunft eine zehnminütige entspannende Kopf-, Nacken- und Schultermassage, danach eine

¹²⁸ Vgl. Ipsos-i:Omnibus[TM]-Umfrage (2014)

kühlende Augenmaske oder eine Preiselbeeren-Gesichtsmaske - alles im Preis für den Zahnarztbesuch inbegriffen: „Da vergisst man schnell die Angst vor dem Bohrer.“¹²⁹

Die moderne Zahnheilkunde ist ohne nachhaltige und regelmäßige Prophylaxe nicht denkbar. In den vergangenen Jahren wurde eine Reihe von verschiedenen Prophylaxe-Konzepten vorgestellt und erarbeitet. Primäres Ziel der Konzepte ist es unter anderem, den Therapieerfolg der Parodontologie und Implantologie zu sichern. Heutzutage weiß man, dass eine regelmäßige Kontrolle wichtig ist, doch ist es schwer, den Patienten dazu zu motivieren, diesen jährlichen Recall auch wahrzunehmen und das über Jahre hinweg. Das „Oral Wellness“ Konzept soll neben dem Angstnehmen auch den Patienten motivieren, sich in regelmäßigen Abständen zur Prophylaxe zu begeben. Der Patient soll sich dadurch auf die Zahnbehandlung freuen und es nicht erwarten können, wieder einen Kontrolltermin zu vereinbaren.¹³⁰

„Orales Wellnes“ setzt sich aus zwei Abschnitten zusammen – zum einen aus der professionellen Zahnreinigung (PZR), zum anderen aus der Wellness-Massage. Der Wellness Teil sollte immer erst nach der PZR durchgeführt werden, weil es für den Erfolg der Behandlung relevant ist. Bei der Massage sollte von den Schultern über den Hals hingearbeitet werden. Ruckartige Bewegungen und ein starker Kraftaufwand sind zu vermeiden und der Patient sollte sich in Rückenlage befinden.

Jeder Patient kann zum eigenen Wohlbefinden auch seine eigene Musik mitbringen und in den Prophylaxeräumen während der Behandlung seine Lieblingsmusik genießen. In der PZR-Oase soll den Patienten nichts an eine Zahnarztpraxis erinnern.¹³¹ Durch die „Orale Wellness“ erhält der Patient einen zusätzlichen Nutzen und die Möglichkeit sich „verwöhnen zu lassen“. Der Zahnarzt erhält eine Argumentations- und Überzeugungshilfe, den Patienten an präventive Leistungen heranzuführen. Eine repräsentative Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte zum Thema „Individualprophylaxe bei Erwachsenen“ zeigt, dass 94 % der

¹²⁹ Vgl. USA-Today (2007)

¹³⁰ Vgl. Nemeč, M. (2003)

¹³¹ Vgl. Gersin (2011)

befragten Zahnärzte mehr Spaß am Beruf haben, wenn der größte Teil der Patienten eine gute Mundhygiene betreibt.¹³²

In den USA haben bereits 2007 rund 5 % aller Zahnarztpraxen zu Dental Spas umgerüstet.¹³³ Und der Trend nimmt weiter zu und schwappt auch zunehmend nach Europa über. Verwendet man die Suchmaschine „google“ und gibt den Begriff „Dental Spa Deutschland“ ein, so findet man schnell unzählige Angebote.

In einer Berliner Praxis wurde erstmals das amerikanische Konzept des "Dental Spa" angewendet. Der Zahnarzt lädt in seiner Praxis zum Wellness-Erlebnis in ein goldgelbes Dünenambiente ein. Zuerst gibt es ein Sonnenbad auf der Dachterrasse, dann bekommt der Patient frische Früchte gereicht. Auch eine Ganzkörper-Massage soll hier zum allgegenwärtigen Praxiskonzept gehören. Vor jeder Betäubungsspritze bekommt der Patient ein gutschmeckendes, schmerzstillendes Gel. Während der Behandlung kann man sich mit Bildern aus einer 3-D-Brille ablenken lassen. Für Angstpatienten gibt es die Möglichkeit der Hypnose, um sich vollständig in Trance versetzen zu lassen.¹³⁴ Vielerorts verwandeln sich Zahnarztpraxen zu ganzheitlichen Wohlfühloasen, mit Übernachtungsmöglichkeit. So genießen Patienten zum Beispiel in Duisburg bereits im Warteraum die Lounge-Atmosphäre eines Wellness-Hotels und können sich vor oder nach der Behandlung mit Massagen und Kosmetik verwöhnen lassen. In Nürnberg kann man Kieferorthopädie unter Palmen genießen. Das weitere Angebotsspektrum des Wellness-Tageszentrums beinhaltet Thalasso-Therapie und andere ganzheitliche Pflegekonzepte.¹³⁵

Ralf Dickscheid hat 2011 in Bad Dürkheim das Gesundheitskonzept „Home of Balance“ ins Leben gerufen, um den Patienten beim Zahnarztbesuch ein Gefühl von Sicherheit und Wohlfühlen zu bieten. Dabei verbindet er, wie oben beschrieben Wellness mit Zahnprophylaxe und passt die Therapie den individuellen Bedürfnissen

¹³² Vgl. Schneller, Micheelis, & Hendriks (2001), S. 34

¹³³ "Dental Spa Experts Estimate That Up To 5% of Dental Practices in the USA Currently Offer "Dental Spa" Or Spa Dentistry Services" 2008)

¹³⁴ Zahnarzt24.com (2020)

¹³⁵ Cawi Medical Day Spa, Nürnberg

des Patienten an. Bereits mehr als 1000 „Kunden“ haben sich von seinem Konzept überzeugen lassen und die Meinungen seiner Patienten sind durchwegs positiv.¹³⁶

An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob es gut ist, die Begriffe Wellness, Dental Spa und Zahnkosmetik im selben Atemzug zu nennen. Wird dadurch der Wert der Zahnmedizin, die ja immer noch ein Fachgebiet der Medizin ist, gemindert? Sollte der Zahnarzt zum Wohle des Patienten die Wellness-Maßnahmen nun gutheißen oder sich von diesen distanzieren und sich den kurativen Tätigkeiten widmen? Sind es nicht oft auch finanzielle Gründe, die den selbstständigen Zahnarzt, der ja zweifelsohne auch ein Unternehmer ist, dazu bewegen, Wellness und Zahnkosmetik anzubieten, um mehr „Kunden“ zu gewinnen? Angebote zur Angstvermeidung anzubieten wäre im Grunde ja mit den traditionellen Zielen der Zahnheilkunde vereinbar. Doch ist es nicht ethisch problematisch, den Patienten mit Wellness-Angeboten als „Kunden“ zu gewinnen, da er dann davon ausgeht, er bekomme in der Praxis auch die beste zahnärztliche Leistung? Um es mit den Worten von *Giovanni Maio* zu sagen: *„Befindet sich die moderne Zahnheilkunde auf der gefährlichen Klippe zum Schönheitssalon?“*¹³⁷ Auf diese Fragen wird im Kapitel 6 „Synthese“ genauer eingegangen.

3.4 Zusammenfassende Darstellung der Entwicklungen

Wie in der Medizin gibt es auch in der Zahnmedizin Ansätze, dass sie sich in Richtung einer „Wunscherfüllenden Zahnmedizin“ entwickeln könnte. Immer häufiger werden nichttherapeutische Maßnahmen angeboten, um in erster Linie die Wünsche des Patienten zu erfüllen, das Wohlbefinden des Patienten zu steigern, oder auch den Patienten an die Praxis zu binden. Fühlen sich Patienten in einer Praxis wohl, dann kommen sie auch eher wieder. Die oben beschriebene „Oral Wellness“ oder die „Dental Spas“ werden ebenfalls der wunscherfüllenden Zahnmedizin zugeschrieben, weil sie keinen kurativen Therapieansatz bieten, sondern vielmehr zur Optimierung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens der Patienten dienen.¹³⁸

¹³⁶ Gersin (2011)

¹³⁷ Maio (2009a), S. 413

¹³⁸ Vgl. Groß (2009a), S. 107-109

Angesichts der wirtschaftlichen Bedeutung dieser Angebote ist es verständlich, dass viele Zahnärzte auf den „Kosmetik-und-Wellness-Zug“ aufspringen. Viele erhoffen sich durch diese Maßnahmen auch einen Einkommenszuwachs, denn heutzutage ist der finanzielle Erfolg einer Zahnarztpraxis in Deutschland längst kein Selbstläufer mehr.

Durch diese Entwicklung entstehen neue Wachstumsmärkte, an denen viele Zahnärzte teilnehmen und verdienen möchten. Das wiederum birgt die Gefahr, dass diese ihre kurativen Aktivitäten in den Hintergrund stellen und häufiger als Dienstleister auftreten, um die Wünsche ihrer „Kunden“ zu erfüllen.

4 Grundlagen einer normativen Bewertung der kosmetischen Zahnheilkunde

Die kosmetische Zahnheilkunde wirft verschiedene normative Fragestellungen auf. Sind Eingriffe in das – biologisch gesehen – gesunde Kauorgan, dessen Erhalt sonst oberste Richtschnur zahnärztlichen Handelns ist, ethisch überhaupt zu rechtfertigen? Die medizinische Kompetenz sollte nach Ansicht vieler Ärzte ausschließlich der Heilung von Krankheiten, der Wiederherstellung Verunfallter und eventuell noch der Korrektur von Fehlbildungen dienen.¹³⁹

Wie oben erwähnt, existiert seit 1991 die Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e.V. (DGÄZ). Sie fühlt sich als zuständige Organisation, wenn es um ästhetische Zahnheilkunde geht.¹⁴⁰ Ihr Ziel ist es, die Ästhetik in der Zahnmedizin als Verbindungsstelle zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern, und sie grenzt sich dabei ganz klar von der kosmetischen Zahnmedizin ab. Sie schreibt auf ihrer Homepage:

„Sie folgt keineswegs kurzfristigen Trends unter subjektiven Aspekten und mit reversiblen Maßnahmen. Für die Ästhetische Zahnmedizin ist der Verschönerungsaspekt weder Auslöser der medizinischen Intervention noch ihr vordergründiges Ziel. Er ist vielmehr zwingende Folge einer Zahnmedizin, die das Kausystem nach dem Vorbild und den Gesetzmäßigkeiten der Natur wieder herstellt. Form folgt Funktion (und nicht umgekehrt) mit dem Ziel eines harmonischen Ganzen. Notwendige zahnmedizinische Eingriffe und ästhetische Korrekturen sollen mit möglichst wenig Substanzverlust realisiert werden. Dies ist das besondere Anliegen der ästhetischen Zahnmedizin.“¹⁴¹

Trotz dieser klaren Stellungnahme der DGÄZ ist der Trend zu rein kosmetischen Eingriffen bzw. Maßnahmen ungebrochen. Der vorliegende Abschnitt geht deshalb der Frage nach, wie diese „Cosmetic Dentistry“ aus ethischer Sicht zu bewerten ist. Sie greift dabei auf die in einer umfangreichen Literaturrecherche ermittelten Argumente

¹³⁹ Vgl. Isbaner (2009), S. 3

¹⁴⁰ "Die Grundordnung der DGÄZ" 2014)

¹⁴¹ "Die DGÄZ stellt sich vor" 2014)

zurück. Als Grundlage wird dabei zunächst die Entwicklung der Ethik in der Zahnheilkunde nachgezeichnet. Anschließend werden das Berufsethos des Zahnarztes sowie die einschlägigen rechtlichen Vorgaben erörtert. Im letzten Abschnitt des Kapitels werden dann wesentliche Grundlinien der ethischen Diskussion zur präferenzorientierten Medizin dargestellt, die auf vergleichbare Herausforderungen (kosmetische Eingriffe, Enhancement) reagiert.

4.1 Entwicklung der Ethik in der Zahnmedizin

Um den Reflexionsbereich der Ethik in der Zahnmedizin besser fassen zu können, erscheint es sinnvoll, zunächst einige Schlüsselbegriffe zu definieren und zu erklären, weil im Alltagssprachgebrauch Begriffe wie „Moral“, „Ethik“ und „Ethos“ oft nicht klar unterschieden werden.¹⁴²

Unter „Moral“ versteht man Handlungsmuster, Regeln, Wertmaßstäbe und Normen, die das Handeln bestimmter Individuen, Gruppen oder Kulturen beeinflussen.¹⁴³ Der Begriff „Ethik“ wurde von Aristoteles eingeführt und bezeichnet die wissenschaftliche Beschäftigung mit Regeln, Wertmaßstäben, Sitten und Gebräuchen. Ethik kann demnach als wissenschaftliche Untersuchung der Moral verstanden werden.¹⁴⁴ Als „Ethos“ bezeichnet man Werte und Regeln, die in einer bestimmten sozialen Gruppe (Berufsgruppe, Schule, etc.) oder einer Gemeinschaft „auf der Basis einer kulturellen Überlieferung als gültig und identitätsstiftend angesehen werden.“¹⁴⁵

Die Ethik in der Medizin oder Medizinethik ist ein Teilgebiet der Ethik, das sich gezielt mit moralischen Fragen im Bereich der Medizin auseinandersetzt. Da sich die Medizinethik auf einen bestimmten Handlungsbereich beschränkt, spricht man auch von einer Bereichsethik. Im angloamerikanischen Raum ist die Bezeichnung „Bioethics“ sehr geläufig, weshalb man auch im Deutschen oft von Bioethik anstatt von Medizinethik spricht.¹⁴⁶

Bereits in der antiken Medizin gibt es einige Quellen, die eine ethische Grundhaltung der Ärzte deutlich machen. Der Eid des Hippokrates, benannt nach dem

¹⁴² Vgl. Marckmann, Bormuth, & Wiesing (2004), S. 21

¹⁴³ Vgl. Düwell (2011), S. 426

¹⁴⁴ Vgl. Düwell (2011), S. 1

¹⁴⁵ Vgl. Groß (2012), S. 30

¹⁴⁶ Vgl. Groß (2012), S. 3

griechischen Arzt Hippokrates von Kos, gilt als eine der ersten Nachweise einer moralischen Selbstverpflichtung im ärztlichen Bereich.¹⁴⁷ Ob Hippokrates selbst der Verfasser des Eids ist, konnte bis heute nicht abschließend geklärt werden. Es gilt jedoch als gesichert, dass er der pythagoreischen Ärztegruppe angehörte, von der der Eid formuliert wurde.

Der Eid des Hippokrates wird in seiner damaligen Form heute nicht mehr von Medizinern geleistet, hat aber dessen ungeachtet immer noch Gewicht auf die Niederschrift aktueller ärztlicher Ethik-Kodizes. So wurde bei der Generalversammlung des Weltärztebundes in Genf im Jahre 1948 eine neue Formulierung des Hippokratischen Eids verabschiedet - das sogenannte „Genfer Ärztegelöbnis“:¹⁴⁸

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich: mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.

¹⁴⁷ Vgl. Lichtenthaeler (1984), S. 18-21

¹⁴⁸ Vgl. Maio (2012), S. 100

Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

*Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.*¹⁴⁹

Dieser Text wurde von der Bundesärztekammer übernommen und dient seit 1956 als Präambel der Musterberufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte und somit als ethische Orientierung für ärztliches Handeln.

In den letzten Jahrzehnten hat sich die medizinische Ethik erheblich weiterentwickelt. In einer multikulturellen und modernen Welt mit vielen unterschiedlichen Moraltraditionen ist es wichtig, in der ärztlichen Ethik eine Basis zu finden, die über nationale, kulturelle und religiöse Grenzen hinweg anerkannt und akzeptiert wird. Der Wandel des gesellschaftlichen Umfelds, aber auch der Wissenschaften und damit der Medizin ist heute so schnell wie nie zuvor.¹⁵⁰ Unter anderem aus diesen Gründen etablierten sich die Ethik in der Medizin seit den 1970er Jahren in den USA und seit den 1990er Jahren auch in Deutschland an den medizinischen Fakultäten und entwickelte sich zu einer eigenständigen akademischen Disziplin. Mit dem Bereich Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin wurde die Ethik auch in das Studium der Humanmedizin aufgenommen, um die Studierenden möglichst früh an den Umgang mit moralischen Fragen und Konflikten im medizinischen Bereich heranzuführen. Heutzutage beschäftigt sich die Medizinethik mit vielen Themen, die z.T. auch breiter in der Gesellschaft diskutiert werden, wie der embryonalen Stammzellforschung, dem Therapeutischen Klonen, der Präimplantationsdiagnostik, der Pränataldiagnostik, dem Schwangerschaftsabbruch, dem Umgang mit Frühgeburten in der Neonatologie, dem pharmakologischen Neuro-Enhancement („Gehirndoping“), der Organtransplantation, den Patientenverfügungen, der Debatte zur Sterbehilfe und der Lebensverlängerung (z.B. der assistierten Beatmung).¹⁵¹

Die Recherche macht jedoch deutlich, dass ethische Fragen in der Zahnmedizin bislang kaum berücksichtigt wurden. Einer der Gründe hierfür ist möglicherweise die

¹⁴⁹ Williams, John R. (2005), S. 19

¹⁵⁰ Vgl. Wiesing, Urban & Marckmann (2009), S. 17-18

¹⁵¹ Vgl. Marckmann, Bormuth, & Wiesing (2004), S. 29

fehlende vitale Gefährdung des zahnärztlichen Patienten. Erst in den letzten Jahren entwickelte sich in Deutschland ein eigener, selbstständiger Bereich der Ethik, der sich mit den ethischen Fragen der zahnärztlichen Profession auseinandersetzt – die Ethik in der Zahnmedizin, die in gewissen Gebieten auch Überschneidungen mit der Medizinethik aufweist.¹⁵² Obwohl im amerikanischen Raum seit vielen Jahrzehnten der Terminus „Dental Ethics“ gebräuchlich ist, hat der Arbeitskreis Ethik der DGZMK im Jahr 2010 beschlossen, für Deutschland die Bezeichnung „Ethik in der Zahnheilkunde“ einzuführen, um so eine eigene, dem deutschen Gesundheitssystem angepasste Ethik auf diesem Gebiet zu etablieren.¹⁵³

Die dynamische Entwicklung des Fachs Ethik in der Medizin lief an den deutschen medizinischen Fakultäten unter anderem aus dem oben genannten Punkt weitgehend an der Zahnmedizin vorbei, doch stellte *Dominik Groß* in seinem Buch „Ethik in der Zahnmedizin“ (2012) fest, dass „klärungsbedürftige ethische Fragen und ethische Dilemmata – also Situationen, in denen mindestens zwei gültige ethische Prinzipien in einer Entscheidungssituation kollidieren oder in denen mehrere Handlungen geboten wären, die sich gegenseitig ausschließen – sich nicht allein bei vitaler Bedrohung stellen.“¹⁵⁴ Es gibt daher sehr wohl ethisch relevante Themenbereiche in der Zahnmedizin, die es zu behandeln gilt. Die zahnärztliche Ethik beschäftigt sich beispielsweise mit Themen wie dem ethisch herausfordernden Umgang mit Angstpatienten, der in besonderer Weise erschwerten Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient (das Sprechen ist während der Behandlung nicht möglich), der Relevanz der Früherkennung vital bedrohlicher Erkrankungen durch den Zahnarzt (z. B. Bulimie, Anorexie, Diabetes, gewisse Formen der Leukämie), der Bedeutung von Fragen zur Zwei-Klassen-Medizin oder der zunehmenden ethischen Klärungsbedürftigkeit in den neuen Bereichen der kosmetischen bzw. ästhetischen Zahnheilkunde, mit welchen sich auch diese Arbeit auseinandersetzt.¹⁵⁵

Die zahnmedizinische Ethik steckte bis vor wenigen Jahren hierzulande noch in den Kinderschuhen oder galt als weißer Fleck auf der ethischen Landkarte.¹⁵⁶ Der US-amerikanische Bioethiker *David T. Ozar* skizzierte einen dreistufigen

¹⁵² Vgl. Groß (2002), 2006a), 2008), 2009b), 2011), 2012), 2014); Maio (2009a), 2009b)

¹⁵³ Vgl. Arbeitskreis-Ethik (2010)

¹⁵⁴ Groß (2012), S. 4

¹⁵⁵ Vgl. Groß (2012)

¹⁵⁶ Vgl. Groß, Wolfart, & Schäfer (2010)

Entwicklungsprozess des Fachs „Dental Ethics“. Wir in Deutschland befinden uns noch in der ersten Entwicklungsstufe. Diese Stufe wird von ihm als *informelle Phase mit einer weitgehend unregelmäßigen Ausbildung der Studierenden* beschrieben. Es gibt keine definierten Lernmaterialien. In den USA endete diese Phase um 1980.¹⁵⁷

Dominik Groß und *Stefan Wolfart* versuchten Erklärungsansätze zu finden, warum hierzulande die theoretischen und praktischen Voraussetzungen für einen lebendigen und fachlichen Diskurs über ethische Probleme in der Zahnheilkunde nicht gegeben sind.¹⁵⁸ Was sind die Gründe für diese ungleiche Entwicklung?

Für *Dominik Groß* und *Stefan Wolfart* gibt es aber eine Reihe von guten Gründen das Fach Ethik in der Zahnheilkunde in Lehre, Klinik und Forschung stärker als bisher zu berücksichtigen:¹⁵⁹

(1) *Gesellschaftliche Gründe: Ethischer Klärungsbedarf in Medizin und Zahnheilkunde*

Es lässt sich feststellen, dass der medizinische Fortschritt zu einer merklichen Zunahme an ethischen Dilemmata und damit verbunden zu einem erheblichen Diskussionsbedarf auch in der Zahnmedizin geführt hat. Aber auch wirtschaftliche Gründe und Bereiche der wunscherfüllenden Zahnmedizin führen zu ethischen Konflikten, die diskutiert werden sollten.

(2) *Fachliche Gründe: Verkannte bzw. unterschätzte Rolle der Zahnheilkunde innerhalb der Medizin*

Die Zahnmedizin beinhaltet viel mehr als die Sanierung des kariösen Gebisses. Sie dient dem Erhalt der grundlegenden Funktionen des Organismus, der Beseitigung schlimmster akuter, die Lebensqualität einschränkender Schmerzen, oder der Behandlung oraler Symptome bei Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus. Ähnliches gilt für die interdisziplinäre Zusammenarbeit – wie zum Beispiel bei AIDS oder bestimmten Formen der Leukämie, die sich oft primär in der Mundhöhle manifestieren. Auch Essstörungen und Bulimie können durch die diagnostischen Fähigkeiten des Zahnarztes erkannt werden.¹⁶⁰

¹⁵⁷ Vgl. Ozar (2000), zitiert nach Groß (2012), S. 7

¹⁵⁸ Vgl. Groß & Wolfart (2009), S. 393-394

¹⁵⁹ Vgl. Groß & Wolfart (2009), S. 393-394

¹⁶⁰ Vgl. Groß (2012), S. 13

(3) *Individuelle Gründe: Ethik als „Werkzeug“ zur Optimierung der professionellen Fähigkeiten und Fertigkeiten*

Das Fach Ethik könnte den Zahnbehandler in einigen klinischen Entscheidungssituationen eine wichtige Hilfestellung sein. Fallanalysen bieten die Möglichkeit, die bestehende Argumentations-, Meinungs- und Wertevielfalt kennenzulernen und den eigenen Erfahrungshorizont zu erweitern.¹⁶¹

(4) *Lehrdidaktische Gründe: Ethik als „Brückenfach“ und Ausweis eines modernen Ausbildungskonzepts, das ein fächerübergreifendes Denken verfolgt*

Einige Interessensgruppen, aber auch die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde haben in der Vergangenheit auf eine Ausbildungsreform hingewiesen. In der Ausbildung der Zahnärzte sollte ein synoptisches¹⁶² und fächerübergreifendes Denken vermittelt werden. Bei diesem Ziel sollte das Fach Ethik eine wichtige Rolle spielen. Dies zeigen die Erfahrungen im Studiengang Humanmedizin.¹⁶³

(5) *Berufspolitische Gründe: Ethik als Indikator einer sichtbaren Annäherung der Zahnmedizin an die Medizin*

Die Bevölkerung muss mehr über den Arzt im Zahnarzt erfahren, das wollte auch *Georg Mayer* (ehemaliger DGZMK-Präsident). Die Etablierung des Fachs Ethik in der Zahnheilkunde wäre eine große Signalwirkung. Die Frage von Hans Jörg Staehle – „Gilt das Genfer Gelöbnis auch für Zahnärzte?“¹⁶⁴ – sollte man mit einem „Ja“ beantworten, um die angestrebte Integration der Zahnmedizin in die Medizin zu forcieren.

In vielen anderen Ländern nahm die Ethik schon sehr früh Einzug in die zahnmedizinische Lehre. Vor allem im angloamerikanischen Raum wird das Fach „Dental Ethics“ seit vielen Jahren als unverzichtbarer Bestandteil der klinischen Tätigkeit und der Ausbildung gesehen.¹⁶⁵ David Ozar, Direktor des „Center for Ethics and Social Justice“ schrieb 2004: „*Almost all dental schools have ethics programs*

¹⁶¹ Vgl. Groß (2012), S. 14

¹⁶² zusammenschauend, zusammenfassend

¹⁶³ Vgl. Groß (2012), S. 14

¹⁶⁴ Staehle (2008)

¹⁶⁵ Vgl. Margolis (2008)

*because they recognize that the ethical challenges of dental practice are not likely to be learned by people before they come to this profession and begin to master its expertise and experience the relationship between dentist and patient concretely.*¹⁶⁶ Die US-amerikanischen Professoren *Sharp* und *Kuthy* machten dies besonders deutlich im „Journal of Dental Education“: *„Ethic and professionalism are core components of the curriculum in accredited dental programs.*¹⁶⁷ Viele US-amerikanische Dental Schools bieten neben ihren bisherigen Angeboten an „Dental Ethics“ auch Mentorship-Programme für jüngere Studierende an.¹⁶⁸

Aber auch in Kanada kommt der ethischen Ausbildung in der Zahnheilkunde ein hoher Stellenwert zu: Das Fach Ethik wird an 90 % der Universitäten über mindestens zwei von insgesamt vier Ausbildungsjahren gelehrt.¹⁶⁹ Hier sieht man, dass der Stellenwert des Faches Ethik auf dem amerikanischen Kontinent ein deutlich größerer ist und gerade hier wird in den letzten Jahren die Forderung nach einer weiteren Stärkung dieses Fachgebietes laut.¹⁷⁰

In jüngster Zeit gibt es aber auch in Europa verschiedene Initiativen, um die große ethische Ausbildungskluft, die zwischen den beiden Kontinenten entstanden ist, zu schließen. Die in Frankreich ansässige „Fédération Dentaire Internationale“ (FDI), die 135 Staaten vertritt, stellte 2007 im Rahmen des World Dental Congress in Dubai ein neues „Dental Ethics Manual“ vor.¹⁷¹ 2008 wurde von der FDI in Stockholm ein Ethik-Forum unter dem Titel „Are you an ethical dentist?“ veranstaltet und es werden auch für den Bereich der Weiterbildung Module in „Dental Ethics“ entwickelt.

In Großbritannien hat sich in den vergangenen Jahren ebenfalls viel im Fachgebiet der dentalen Ethik getan. 2002 erschien das von *Paul Lambden* herausgegebene Buch „Dental Law and Ethics“¹⁷², das sich mit vielen wichtigen Grundlagen der zahnärztlichen Ethik beschäftigt. Das „British Dental Journal“ befasst sich mit der Ethik in der Zahnheilkunde und publiziert wie viele US-Journals eine

¹⁶⁶ Maihofer (2004), S. 50

¹⁶⁷ Sharp & Kuthy (2008), S. 1450

¹⁶⁸ Vgl. Groß (2013), S. 483

¹⁶⁹ Vgl. Schwartz (2004)

¹⁷⁰ Vgl. Groß, Wolfart, & Schäfer (2009), S. 414

¹⁷¹ Williams, J.R. (2007)

¹⁷² Lambden (2002)

Rubrik mit dem Namen „Law and Ethics“, in der regelmäßig Beiträge zur zahnärztlichen Ethik erscheinen.

An Deutschland scheint die Entwicklung im Bereich der zahnärztlichen Ethik in den letzten Jahren spurlos vorbeigegangen zu sein. „Dental Ethics“ spielt im deutschsprachigen Europa bisher kaum eine Rolle. In der Approbationsordnung für Zahnärzte in Deutschland ist bis heute keine Pflichtveranstaltung für das Fach Ethik vorgesehen.¹⁷³ Weder Bioethiker (mit Ausnahme von *Dominik Groß*) noch zahnmedizinische Hochschullehrer ergriffen bisher konkrete Lehrinitiativen im Fach Dental Ethics und folglich mangelt es auch an der Entwicklung entsprechender Lehrmodule.¹⁷⁴

Da es im angloamerikanischen Sprachraum so viel Literatur zu diesem Thema gibt, scheint es verlockend, die dentale Ethik auf die deutschen Verhältnisse zu übertragen und den Weg des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns abzukürzen. Doch davor warnt *Dominik Groß* in seinem Buch „Ethik in der Zahnmedizin“: *„Die jeweils vorherrschenden Werthaltungen und damit auch der Umgang mit wertebasierten Entscheidungen sind im hohen Maße abhängig vom jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Umfeld [...] Es besteht bspw. kein Zweifel, dass US-amerikanische Standards im Bereich der ästhetischen und der kosmetischen (Zahn-) Medizin und des (zahn)medizinischen Enhancement vielfach nicht den mitteleuropäischen Schönheitsidealen und Erwartungshaltungen entsprechen.“*¹⁷⁵

Dennoch sollten uns die vielen internationalen Aktivitäten auf dem Gebiet der „Dental Ethics“ einige Anregungen für eine an die deutschen Verhältnisse angepasste „Ethik in der Zahnheilkunde“ geben.

Dominik Groß ist einer der wenigen Ethiker im deutschsprachigen Raum, die sich mit dem Thema „Ethik in der Zahnmedizin“ beschäftigen. Von ihm stammt auch das bisher einzige deutschsprachige Lehrbuch zu diesem Thema. Im Zeitraum von zwei Semestern (2010/2011) führte er an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen ein deutschlandweit erstes Pilotprojekt zum Thema „Dental Ethics“ durch. Als Kooperationspartner fungierten das Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und die Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomaterialien der RWTH

¹⁷³ Vgl. ZÄPrO (2011)

¹⁷⁴ Vgl. Groß (2013), S. 484

¹⁷⁵ Groß (2012), S. 21-22

Aachen. Untersucht wurde in erster Linie die Akzeptanz und Bereitschaft der Studierenden für das Fach „Ethik in der Zahnheilkunde“ sowie die Tauglichkeit der verschiedenen pädagogischen Lehrkonzepte und die Eignung von Ethikprofessoren mit unterschiedlichen zahnmedizinischen Vorkenntnissen.¹⁷⁶ Das Ergebnis lautete: *„Die Mehrheit der Studierenden befürwortet eine Verstärkung des Lehrangebotes in Dental Ethics. Die Studierenden präferierten eindeutig Lehrinhalte mit Anwendungsbezug und die Arbeit mit klinischen Fallbeispielen. Ethikdozenten mit zahnärztlichen Hintergrundwissen scheinen eine deutlich höhere Akzeptanz als Dozenten ohne derartige Vorkenntnisse zu erfahren.“*¹⁷⁷

Bei weiterer Recherche im Internet fanden sich doch einige sehr interessante deutschsprachige Aufsätze und Beiträge von Ethikern, Zahnmedizinern und Rechtswissenschaftlern, die sich mit dem Thema Ethik in der Zahnmedizin beschäftigen. Dennoch ist es noch ein weiter Weg, den Entwicklungsrückstand der „Dental Ethics“ von „über 20 Jahren“ gegenüber den nordamerikanischen Ländern aufzuholen.¹⁷⁸

4.2 Das Berufsethos des Zahnarztes

Von den Begriffen Ethik und Moral abzugrenzen ist der Begriff des „Ethos“. Als Ethos bezeichnet man Regeln und Wertvorstellungen einer bestimmten Berufsgruppe auf Basis einer kulturellen Überlieferung, die als gültig und identitätsstiftend angesehen werden. Als Berufsethos bezeichnet man die moralischen und sittlichen Prinzipien und Regeln, die das Handeln einer bestimmten Berufsgruppe bestimmen. Bei diesen muss es sich aber nicht unbedingt um Gesetze des Staates handeln. Zuwiderhandlungen gegen das Berufsethos können aber auch rechtliche Konsequenzen bis hin zum Entzug der Approbation mit sich bringen.

Bereits zu Beginn der wissenschaftlichen Heilkunde im griechisch-antiken Kulturraum war man um ein ethisch-geistiges Fundament bemüht, welches dem ärztlichen Handeln und Denken einen festen Rahmen und der inneren Stimme des Gewissens eine klare Weisung gibt. Auf diesem Rahmen baut der um 300 vor Christus

¹⁷⁶ Vgl. Groß (2013), S. 484

¹⁷⁷ Groß (2013), S. 483

¹⁷⁸ Vgl. Wottrich (2010)

entstandene Eid des Hippokrates auf.¹⁷⁹ Die Grundzüge bilden, wie oben beschrieben, auch heute noch eine Richtschnur für das Genfer Gelöbnis, an das sich jeder Arzt laut Musterberufsordnung zu halten hat. Seit 2010 ist das Genfer Gelöbnis auch erstmals der zahnärztlichen Musterberufsordnung vorangestellt.¹⁸⁰

Der Beruf des Zahnarztes zählt heute zu den angesehensten Berufsgruppen und genießt deshalb hohes Maß an Anerkennung und Vertrauen in allen Schichten der Bevölkerung.¹⁸¹ Studien aus den 1960er Jahren zeigen, dass der Zahnarzt bereits damals einen hohen Stellenwert besitzt. Im Vereinigten Königreich schaffte es der Zahnarzt nach dem Mediziner, dem Juristen, dem Dozenten, dem Physiker und dem Direktor an die sechste Stelle.¹⁸² In einer in Amerika durchgeführten Studie von 1966 schaffte es der Zahnarzt sogar an die fünfte Stelle nach dem Arzt, dem Bankier, dem Minister und dem Juristen.¹⁸³

Die moralische Selbstverpflichtung hat eine große Bedeutung für die Ausübung der Medizin. Ein Patient muss sich darauf verlassen können, dass der Mediziner, als Angehöriger eines bestimmten Berufsstandes, bestimmte moralische Gebote berücksichtigt. Allem voran muss er die Interessen seines Patienten über seine eigenen stellen. Zudem muss er sich darauf verpflichten, die Bedürfnisse unterschiedlicher Patienten gleichermaßen zu berücksichtigen.

Von der der Fédération Dentaire Internationale (FDI) und von der American Dental Association (ADA) wurde ein ethischer Leitfaden herausgegeben, an denen sich der Zahnarzt orientieren kann. Dieser soll die Mundgesundheit seiner Patienten fördern und das ohne Einfluss des gesellschaftlichen Ranges des Patienten. Therapien dürfen verweigert werden, ausgenommen bei Notfallbehandlungen. Außerdem unterliegt der Zahnarzt der ärztlichen Schweigepflicht. Darüber hinaus soll er seine beruflichen Kenntnisse und sein Wissen stets verbessern, Wertschätzung seinen Kollegen und Mitarbeitern gegenüber zeigen und sich auch in der Öffentlichkeit so benehmen, dass er dem Ansehen seines Berufsstandes gerecht wird.¹⁸⁴

¹⁷⁹ Vgl. Hornstein (2006), S. 1

¹⁸⁰ Bundeszahnärztekammer (2010)

¹⁸¹ Vgl. Di Matteo, Mc Bride, Shugars, & O'Neil (1995) und Pride (1991)

¹⁸² Vgl. Gerstl & Cohen (1964)

¹⁸³ Vgl. Terkla & Lu (1966)

¹⁸⁴ Vgl. Wolf & Ramseier (2012)

In den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts haben kanadische Zahnärzte definiert, dass der Zahnarzt in erster Linie der Allgemeinheit dienen sollte, und dass das Wohlergehen des Menschen die oberste Richtschnur zahnärztlichen Handelns sei.¹⁸⁵ Infolgedessen ist das Wohl der Mitmenschen dem Zahnbehandler ein wichtiges Anliegen und deshalb möchte er auch vielen eine fachgerechte Behandlung zukommen lassen. Trotz aller ethischen Überlegungen sollte es aber dem Zahnarzt obliegen, eine Behandlung zu empfehlen, ohne dass er dabei durch einen Außenstehenden beeinflusst wird. Dem Zahnarzt sollte es ebenso erlaubt sein, eine seriöse Zweitmeinung über eine bereits erfolgte Behandlung oder Therapieplanung zu geben, auch wenn diese nicht der Ansicht seines Kollegen entspricht. Der Zahnarzt sollte stets berücksichtigen, dass es immer Platz für fachliche Meinungsunterschiede geben darf und dass letzten Endes doch das Wohlergehen des einzelnen Patienten das höchste Ziel bleiben soll.¹⁸⁶

Im Gegensatz zu *Maio* denkt *Yamalik* etwas anders, wenn er sagt, „*dass das ethische Bewusstsein ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den eigenen Umsatzzielen und den Werten der Zahnmedizin sei.*“¹⁸⁷ Es sollte aber an dieser Stelle keinen „Trade-off“ geben. Mit guter Zahnmedizin darf ein Arzt auch gut und gerne viel Geld verdienen, aber er darf nicht dem Umsatz zuliebe Dinge tun, die ärztlich mit Blick auf das Wohlergehen des Patienten nicht vertretbar sind.

4.3 Rechtliche Grundlagen und Vorgaben

Ästhetische Aspekte spielen in der Zahnmedizin eine immer größere Rolle. Auf der einen Seite steigen die Ansprüche und Erwartungen der Patienten, andererseits besteht auch unter den Zahnmedizinern das Bestreben, neue Betätigungsfelder und Einnahmequellen zu etablieren bzw. zu schaffen. Welche rechtlichen Grundlagen und ethischen Rahmenbedingungen sind bei den neuen zahnärztlichen Trends (wie oben beschrieben) anzuwenden? *Dominik Groß* sieht zunächst das Haftungsrecht als ersten rechtlichen Rahmen, wenn es um kosmetische Veränderung geht: „*Dreh und Angelpunkt ästhetischer und kosmetischer Eingriffe ist im Haftungsrecht die*

¹⁸⁵ Vgl. Cohen, R. (1978)

¹⁸⁶ Vgl. Jeffcoat (2002)

¹⁸⁷ Vgl. Yamalik (2005)

*Aufklärungspflicht. Je weniger indiziert ein Eingriff ist, desto sorgfältiger und umfassender ist aufzuklären.“*¹⁸⁸

Ludger Figgenger kommt zur Schlussfolgerung, dass die Rechtsprechung das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sehr hoch einstuft: *„Sie legt der Ästhetik bzw. Kosmetik als Indikation keine Fesseln an, brandmarkt auch den Eingriff an gesunden Strukturen nicht als unethisch. Sie sorgt aber dafür, daß [sic] dem Patienten im Wege der Aufklärung vom Arzt alle notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt werden, die für eine verantwortliche Entscheidung für oder gegen einen Eingriff erforderlich sind.“*¹⁸⁹ Für den behandelnden Zahnarzt bedeutet dies, dass er bei kosmetischen und ästhetischen Eingriffen besonders wachsam sein muss und die Kardinalpflichten, die Sorgfaltspflicht, die Aufklärungspflicht und die Dokumentationspflicht im besonderen Maße einhalten sollte.

Es gilt zu klären, wo sich ein kosmetisch arbeitender Zahnarzt berufsrechtlich befindet. Mit der „Cosmetic Dentistry“ verlässt er ohne Zweifel den Bereich der Kuration – aber übt er damit dann ein Gewerbe aus? Im „Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde“ heißt es: *„Ausübung der Zahnheilkunde ist die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Als Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen. [...] Die Ausübung der Zahnheilkunde ist kein Gewerbe.“*¹⁹⁰

Ähnliche Formulierungen finden sich auch in den Berufsordnungen der verschiedenen Bundesländer, wie das Beispiel der „Berufsordnung für Zahnärzte der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg“ zeigt. Hier steht unter § 2 Allgemeine Berufspflichten: *„Der Zahnarzt ist zum Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen. Die Ausübung der Zahnheilkunde ist kein Gewerbe.“* Des Weiteren steht unter § 21 Absatz 4: *„Es ist dem Zahnarzt untersagt, seine zahnärztliche Berufsbezeichnung für gewerbliche Zwecke zu verwenden oder ihre*

¹⁸⁸ Groß (2009a), S. 111

¹⁸⁹ Figgenger (1995), S. 436

¹⁹⁰ ZHG (2014), S. 1

*Verwendung für gewerbliche Zwecke zu gestatten.*¹⁹¹ Entsprechende Wortlaute stehen auch in den Berufsordnungen der übrigen Landes Zahnärztekammern.

Beispielsweise befindet sich unter § 16 Absatz 1 der Berufsordnung für die Zahnärzte in Bayern folgende Feststellung: *„Selbstständige Zahnärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Zahnarztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist.“*¹⁹²

Gleichermaßen formuliert es auch die Bundeszahnärztekammer in der Musterberufsordnung für Zahnärzte. In § 9 Absatz 4 heißt es: *„Übt der Zahnarzt neben seiner Tätigkeit als Zahnarzt eine andere berufliche Tätigkeit aus, so muss die Ausübung sachlich, räumlich und organisatorisch sowie für den Patienten erkennbar von seiner zahnärztlichen Tätigkeit getrennt sein.“*¹⁹³

Zusammenfassend kann man feststellen, dass der Zahnarzt aus berufsrechtlicher Sicht nicht gewerblich tätig werden sollte. Die Berufsausübungsfreiheit des Artikels 12 Abs.1 des Grundgesetzes erlaubt es dem Zahnarzt, auch gewerblich tätig zu werden. Zu beachten ist aber, dass stets die zahnärztliche Tätigkeit qualitativ oder quantitativ in Vordergrund steht und somit dem Interesse der Allgemeinheit an einem gut funktionierenden Gesundheitswesen entspricht. Es kommt auch sehr stark darauf an, wie die Ausgestaltung dieser Tätigkeit erfolgt, welche gewerbliche Tätigkeit ausgeübt wird und in welchem Umfang diese betrieben wird.

Als Gewerbe wird in der Regel jede wirtschaftliche Tätigkeit bezeichnet, die auf eigene Verantwortung, auf eigene Rechnung, und über einen längeren Zeitraum mit der Absicht einer Gewinnerzielung betrieben wird. Der Tatbestand der gewerblichen Tätigkeit wird in der kosmetischen Zahnmedizin dann erfüllt, wenn der Zahnarzt kosmetische Maßnahme mit der ausschließlichen Absicht der Gewinnerzielung ohne jeglichen kurativen Hintergrund durchführt.

Interessant ist vor diesem Hintergrund auch der Blick in das diesbezügliche Sozialgesetzbuch V. In § 28 Absatz 2 steht: *„Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst*

¹⁹¹ LZKBW (2010), S. 2, 10

¹⁹² BLZK (2014), S. 6

¹⁹³ Bundeszahnärztekammer (2010), S. 6

ausreichend und zweckmäßig ist.“ Unter § 2 Absatz 4 ist zu lesen: „Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, daß [sic] die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.“¹⁹⁴

Aus den zitierten Inhalten und Aussagen lässt sich unzweifelhaft ableiten, dass die oben beschriebenen Dienstleistungen im Bereich der „Cosmetic Dentistry“ keine Krankenbehandlung darstellen, weil sie laut Krankenkassen keinen kurativen Hintergrund haben, nicht notwendig sind und somit auch keine Kassenleistungen darstellen.

Ein weiterer Punkt, den es berufsrechtlich einzuordnen gilt, ist „die Frage des Zahnarztvorbehaltes bei dentalkosmetischen Maßnahmen.“¹⁹⁵ Nach § 18 Absatz 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde wird mit einem Freiheitsentzug bis zu einem Jahr oder mit einer Geldbuße geahndet, wer zahnärztliche Tätigkeiten ausübt, ohne eine Berufserlaubnis bzw. Approbation als Zahnarzt zu besitzen.¹⁹⁶ Das Amtsgericht Nürtingen verurteilte im März 2011 eine selbstständige Zahnkosmetikerin, die professionelle Zahnreinigung mit einem Airflow-Pulverstrahlgerät durchgeführt hatte. Der zuständige Richter sah es als erwiesen, dass sich die gelernte zahnmedizinische Fachangestellte mit diesem Vorgehen strafbar gemacht hatte. Der hinzugezogene zahnmedizinische Sachverständige kam zum Schluss, dass nur ein approbierter Zahnarzt die Entscheidung treffen kann, ob mit einem Airflowgerät gereinigt wird oder nicht, weil dieses Verfahren der Reinigung auch irreversiblen Schaden an den Zähnen anrichten kann. Mit diesem Urteil stellte das Amtsgericht Nürtingen fest, dass der Zahnarztvorbehalt kein Selbstzweck ist, sondern dem Schutz der Patienten dient. Das Urteil stellt ferner fest, dass in so genannten Zahnkosmetikstudios keine Zahnheilkunde betrieben werden darf.¹⁹⁷

Bei dem Beschluss über den Zahnarztvorbehalt im Rahmen kosmetischer Zahnbehandlungen wie Dental Bleaching, Professionelle Zahnreinigung und Zahnschmuck ist für jeden Fall einzeln nach der Notwendigkeit ärztlicher Fachkenntnis

¹⁹⁴ SGB (2014), S. 5

¹⁹⁵ Groß (2012), S. 176

¹⁹⁶ Vgl. ZHG (2014)

¹⁹⁷ Vgl. Zurstraßen (2011)

und dem mit der Maßnahme verbundenen Gefährdungspotential zu entscheiden. Es besteht keine Rechtssicherheit, ob bzw. wann diese Tätigkeiten dem Zahnarztvorbehalt unterliegen.¹⁹⁸

Auch die Frage der „Zahnarzt-Werbung“ wird kontrovers diskutiert. Der Zahnarzt befindet sich dem Patienten gegenüber aufgrund seines Wissensvorsprungs in einer Machtposition, die er theoretisch in den Dienst von Verkaufstaktiken und Werbestrategien stecken kann. Den Vertretern dieser Position kommt eine Entscheidung des Oberlandesgerichts (OLG) Hamm im Jahr 2005 zu Hilfe. Ausgangspunkt war eine Klage gegen einen Zahnarzt, dem die zuständige Kammer berufswidrige Werbung vorwarf.¹⁹⁹ Im Jahre 2004 hatte dieser Zahnarzt in unterschiedlichen Zeitungen und Kinoprogrammheften geworben. Die von ihm geschaltete Zeitungsannonce zeigte einen *„lachenden Mund mit wohlgeformten, leicht geöffneten Lippen und strahlend weißen, makellosen Zähnen.“*¹⁹⁹ Die zuständige Zahnärztekammer sah den Tatbestand der berufswidrigen Werbung erfüllt: *„Mit der Verwendung eines leicht geöffneten, mit strahlend weißen Zähnen lachenden Mundes als Eye-Catcher würden die angebotenen zahnärztlichen Behandlungen wie gewerbliche Leistungen mit reklamehaften Zügen angepriesen. Es handle sich um ein typisches Reklamemittel aus der Kosmetikwerbung, das dazu eingesetzt werde, die Aufmerksamkeit des Publikums zu erregen und den Blick auf die Werbeanzeige zu lenken.“*²⁰⁰

Das Gericht gab der Berufung des Zahnarztes statt und wies die auf Unterlassung der Zeitungsannonce gerichtete Klage der Zahnärztekammer zur Gänze ab. *„Der Fachsenat des Oberlandesgerichts hat ausgeführt, dass eine solche Werbung nicht berufswidrig sei. Im Lichte eines veränderten Werbeverhaltens von Freiberuflern genügten die Anzeigen dem Sachlichkeitsgebot. Der dargestellte Mund stehe im Zusammenhang mit dem Bereich der ästhetischen Medizin, der einen Tätigkeitsschwerpunkt des beklagten Zahnarztes darstelle. Bei einem Vergleich der Größenunterschiede zwischen Bild und Text der Anzeige könne zudem nicht angenommen werden, dass die reinen Sachinformationen (Adresse sowie Hinweise auf die Tätigkeitsbereiche des Zahnarztes) in den Hintergrund gerieten. Sicherlich diene der abgebildete Mund dazu, das Auge des*

¹⁹⁸ Vgl. Hahn (2010); Stelzl (2005)

¹⁹⁹ Vgl. Oberlandesgericht-Hamm (2005)

²⁰⁰ Vgl. Groß (2009a), S. 115

Betrachters auf die Anzeige zu lenken. Daraus folge jedoch nicht automatisch die Unzulässigkeit der Werbung, da es gerade Sinn und Zweck von Werbung sei, Aufmerksamkeit zu wecken.“²⁰¹

Auch die aktuelle Musterberufsordnung für Zahnärzte nimmt Bezug zum Thema „Werbung“. Der Text unter § 21 Absatz 1 lautet: *„Dem Zahnarzt sind sachangemessene Informationen über seine Berufstätigkeit gestattet. Berufsrechtswidrige Werbung ist dem Zahnarzt untersagt. Berufsrechtswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende, herabsetzende oder vergleichende Werbung. Der Zahnarzt darf eine berufsrechtswidrige Werbung durch Dritte weder veranlassen noch dulden und hat dem entgegen zu wirken.*“²⁰²

Eine weitere Problematik ergibt sich aus dem Vorwurf einer „angebotsinduzierten Nachfrage“. Hiermit ist eine Sachlage beschrieben, in der Anbieter nicht in erster Linie auf eine bestehende Nachfrage reagieren, sondern eine solche Nachfrage selbst erst wecken beziehungsweise gezielt durch Werbung induzieren – eine Konstellation, die auch als „proaktive Werbung“ bezeichnet wird. Ziel dieser Werbemaßnahmen ist die Erschließung neuer Märkte, die Gewinnung neuer, beziehungsweise die Bindung vorhandener Kunden: Hierbei spricht man auch von „Zielgruppen-Marketing“.²⁰³

Derartige Werbemaßnahmen scheinen finanziell lohnend, können aber auch das Berufsbild verändern. Eine 2010 veröffentlichte repräsentative Zahnärzte-Befragung führte zu ebendieser Einschätzung.²⁰⁴

Ob sich diese neuen Trends durchsetzen, wird sich zeigen. Womöglich wird der Zahnarzt künftig vermehrt Werbeanzeigen schalten, die am potenziellen Kunden orientiert sind, und hierbei Stilmittel einsetzen, die gezielt die Aufmerksamkeit auf die Annonce lenken, soweit es die Musterberufsordnung und die Berufsordnungen der Landeszahnärztekammern zulassen.

²⁰¹ Oberlandesgericht-Hamm (2005)

²⁰² Bundeszahnärztekammer (2010), S. 10

²⁰³ Vgl. Groß (2014)

²⁰⁴ Vgl. Micheelis, Bergmann-Kraus, & Reich (2010)

4.4 Ethische Diskussion zur präferenzorientierten Medizin

Nicht nur die Zahnmedizin, sondern auch die moderne Humanmedizin durchläuft aktuell einen Veränderungsprozess mit möglichen Auswirkungen auf die ärztliche Identität. Die Zahl schönheitschirurgischer Operationen nimmt seit einiger Zeit stetig zu, und zwar nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland. Damit expandiert die Medizin auf einem Gebiet, welches mit der Therapie von Krankheiten oft nichts mehr zu tun hat und den eigentlichen Kern der Medizin verlässt. Allein deswegen stellt sich die Frage, wie schönheitschirurgische Operationen zu bewerten sind, auch wenn derzeit ein Verbot solcher Eingriffe nicht ernsthaft zur Diskussion steht.

Unter präferenzorientierter Medizin versteht man allgemein medizinische Maßnahmen, die nicht aufgrund einer medizinischen Indikation zur Prävention oder Behandlung von Erkrankungen oder Fehlbildungen durchgeführt werden, sondern allein aufgrund bestimmter Patienten-Präferenzen. Hierzu gehören insbesondere chirurgische, aber auch nicht-chirurgische Veränderungen des Körpers, die ausschließlich mit dem Ziel einer ästhetischen Verbesserung der äußeren Erscheinung durchgeführt werden. Man spricht deshalb auch von „Schönheitschirurgie“, „Kosmetischer Chirurgie“ oder „Ästhetischer Chirurgie“. Operationen, die aus funktionellen Gründen durchgeführt werden und dabei eine ästhetische Komponente besitzen, wie z. B. bestimmte kieferorthopädische Operationen, sind nicht Gegenstand dieser Diskussion.²⁰⁵

Auch die Anti-Aging-Bewegung könnte man unter den Begriff der präferenzorientierten Medizin einordnen. Der Wunsch nicht nur länger zu leben, sondern auch länger jung zu bleiben und jünger auszusehen, ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Viele Mediziner unterstützen diese Bewegung, deren Ziel es ist, dem Alter vorzubeugen und den Körper möglichst lange gesund und jung zu erhalten.²⁰⁶ Es gibt verschiedene Strömungen der Anti-Aging-Bewegung, die vergleichsweise wenig kontrovers sein dürften. So gibt es die Befürworter der gesunden Lebensweise, die mit einer Umstellung der Ernährung, im Sinne einer fettarmen, ballaststoff- und vitaminreichen ausgewogenen Kost versuchen, den Körper lange Zeit fit und gesund zu erhalten. Der Verzicht auf Suchtmittel, wie Alkohol und Nikotin, gehört auch zu dieser Gruppe.²⁰⁷

²⁰⁵ Vgl. Wiesing, Urban (2006)

²⁰⁶ Vgl. Maio (2006a), S. 342

²⁰⁷ Vgl. Vetter (2003), S. 84

Auf der anderen Seite gibt es aber auch jene, die gezielt mit Hormonbehandlung versuchen, das Leben zu verlängern und das Altern hinauszuzögern. Auch beim jungen Menschen wird versucht, mittels Wachstumshormonsubstitution eine Optimierung der Körpergröße zu erreichen. Weiters ethisch zu diskutieren ist das „Skalpell als Jungbrunnen“. Der Trend zur Schönheitschirurgie nimmt in unseren Breiten seit Jahren zu und ist längst nicht mehr nur wohlhabenden Teilen der Bevölkerung vorbehalten.

Matthias Kettner ordnet die präferenzorientierte Medizin unter den Begriff der „*Wunscherfüllenden Medizin*“²⁰⁸ ein. Das Spritzen von Botulinumtoxin, Facelifting, Brustkorrekturen, Faltenunterspritzung, Fettabsaugung, großflächige Hauterneuerungsverfahren, Schweißdrüsenentfernung, Korrekturen an Augenlidern, an Kinn, Lippen, Nase, Ohren und Genitalien, die Straffung der Bauchdecke und Oberschenkel, sind heute Leistungen, denen nicht immer eine medizinische Indikation zugrunde liegt. Die wunscherfüllende Medizin widmet sich den Wünschen, wohingegen sich die kurative Medizin an Krankheiten orientiert. An dieser Stelle sollte aber auch deutlich gemacht werden, dass die krankheitsbezogene Medizin nicht nur kurativ tätig sein kann, sondern auch präventiv, palliativ oder lebensverlängernd.

Die entstandenen Möglichkeiten, medizinische Eingriffe nicht mehr ausschließlich zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten, sondern auch zur Steigerung und Verbesserung normaler menschlicher Eigenschaften und Fähigkeiten einzusetzen, werden auch unter dem Begriff „*Enhancement*“ zusammengefasst.²⁰⁹ Wie oben schon erwähnt, gehört zu diesem Gebiet vor allem die plastische Chirurgie, die mit neuen Spezialisierungen, wie der ästhetischen Chirurgie bei Minderjährigen oder der Intimchirurgie, das Angebot erweitert hat. Aber auch andere Gebiete der Medizin folgen dem „*Ästhetik-Hype*“, wie u. a. die Dermatologie oder auch die Gynäkologie.²¹⁰

Das *Enhancement* wird unter Medizinethikern kontrovers diskutiert. *Bernward Gesang* betont, dass die Frage, ob es moralisch vertretbar sei, den Menschen mit Eingriffen zu verbessern, nicht einfach zu beantworten sei: „*’Verbesserungen’ können weder in Bausch und Bogen abgelehnt, noch euphorisch begrüßt werden.*“²¹¹ Er kommt zu dem

²⁰⁸ Kettner (2006b), S. 7

²⁰⁹ Vgl. Kettner (2006a), S. 6

²¹⁰ Vgl. Maio (2012), S. 322-323

²¹¹ Vgl. Gesang (2006), S. 25

Ergebnis, dass die moralische Diskussion zum Thema „präferenzorientierte Medizin“ noch ganz am Anfang steht, weil größtenteils Neuland betreten wird. Er sieht einen „*Liberalismus mit Auffangnetz*“ als eine vielversprechende Option bei der Beantwortung der ethischen Fragen.

„*Die ständig wachsenden Möglichkeiten der wunscherfüllenden Medizin und insgesamt des Enhancements rühren an fundamentale Werte unserer Gesellschaft.*“²¹², so *Wolfram Eberbach*. Er sieht aufgrund der jüngsten Entwicklung eine Spaltung in der Medizin. Es wird zukünftig die kurierende Medizin auf der einen und die wunscherfüllende, „konsumorientierte“ Medizin auf der anderen Seite geben.

Die wunscherfüllende Medizin sieht in ihrem Abnehmer nicht den Patienten, sondern vielmehr den Kunden, der eine gewisse Dienstleistung erwerben möchte.²¹³

Auch *Giovanni Maio* sieht dieser Entwicklung mit Skepsis entgegen: „*Weit entfernt scheint die Zeit, als die Medizin noch von Patienten angerufen wurde, von leidenden Menschen, die in Not waren und sich vertrauensvoll an ihren Arzt wandten, damit dieser sein Können in den Dienst des leidenden Mitmenschen stellte, ohne Ansehen der Person, ohne Ansehen der wirtschaftlichen Möglichkeiten des Patienten und ohne Eigeninteresse des Arztes.*“²¹⁴ Es ist in der Tat so, dass die heutige Dienstleistungsmedizin den Eindruck erweckt, dass nicht nur mehr der kranke Patient einen Arzt aufsucht, sondern dass die Medizin selbst mit ihren Angeboten ihre zahlenden Kunden umwirbt, um ihre Dienstleistungen zu verkaufen. „*Eine solche Entwicklung der Medizin wird sich in Zukunft noch weiter verstärken, weil viele Kliniken und Praxen gerade vor dem Hintergrund ökonomischer Engpässe zusätzliche Einnahmequellen in der Dienstleistungsmedizin sehen werden, die nicht selten eine existenzsichernde Basis darstellen.*“²¹⁵, so *Giovanni Maio*.

Ursula Schmidt-Tintemann schließt sich der Einschätzung von *Maio* an. Sie stellt fest, dass es Operateure gibt, die es mit der Indikation nicht so genau nehmen und die Patienten operieren, die von anderen Kollegen aufgrund der fehlenden Indikation weggeschickt werden. Immer mehr schließen sich diesem Zeitgeist an.²¹⁶

²¹² Eberbach (2008), S. 336

²¹³ Vgl. Kettner (2006b), S. 12

²¹⁴ Maio (2007a), S. 189

²¹⁵ Maio (2007a), S. 190

²¹⁶ Vgl. Tintemann-Schmidt (2007), S. 195-196

Zusammenfassend werden unter den Stichworten „Human Enhancement“, „Präferenzorientierte Medizin“ oder „Wunscherfüllende Medizin“ medizinische Maßnahmen diskutiert, die nicht auf die Behandlung von Erkrankungen, sondern auf die Optimierung nicht krankhafter Körpermerkmale abzielen. Es ergeben sich dabei viele Fragen: Wo genau wird eigentlich die Grenze zwischen Therapie und „Enhancement“ gezogen? Ist „Präferenzorientierte Medizin“ moralisch verwerflich oder soll sie ein Teil unseres medizinischen Alltags werden? *„Führt „Enhancement“ dazu, dass diejenigen, die jetzt schon bevorzugt sind, noch schöner und reicher werden, während andere immer mehr den Anschluss an gesellschaftliche Chancen und Erwartungen verlieren?“*²¹⁷ So besteht die Gefahr einer kompletten Kommerzialisierung bestimmter medizinischer Leistungen, die nur für den zahlenden Kunden erhältlich sind.

Giovanni Maio versucht im Kapitel „Wunscherfüllende Medizin“ im Praxisbuch Ethik der Medizin²¹⁸ Lösungsansätze zu geben, wie man mit diesen Fragen zur wunscherfüllenden Medizin umgehen sollte:

„Wunscherfüllende Medizin und medizinische Indikation“²¹⁹

Um die wunscherfüllende Medizin richtig einzuordnen, ist ein modifizierter Umgang mit der medizinischen Indikation notwendig. Die medizinische Indikation sollte eine begründete Empfehlung für einen medizinischen Eingriff sein und auch bei diesen wunscherfüllenden Maßnahmen sollten, zum Schutz des Patienten gewisse Behandlungsstandards eingehalten werden. Doch ist eine Indikationsstellung nicht immer standardisierbar und muss deshalb mit *„standardisiertem Wissen und einzelfallbezogenen Erwägungs- und Ermessensprozessen“*²²⁰ durchgeführt werden. In Maios Überlegungen sieht man, dass auch bei der wunscherfüllenden Medizin die Indikationsstellung nicht wegfällt, da sich der behandelnde Arzt im Vorfeld überlegen muss, in welchem Nutzen-Risiko-Verhältnis der bevorstehende Eingriff für den Patienten steht. Das wiederum entlastet den Patienten, da er darauf vertrauen kann, dass der Arzt nur Maßnahmen nach medizinischen Indikationen durchführt.²²¹

²¹⁷ Biller-Andorno & Salathé (2013), S. 168

²¹⁸ Marckmann (2015b)

²¹⁹ Maio (2015), S. 379

²²⁰ Maio (2015), S. 380

²²¹ Vgl. Maio (2015), S. 380

„Wunscherfüllende Medizin und die Ziele der Medizin“²²²

Es gilt zu klären, ob die wunscherfüllende Medizin als Sparte der Medizin betrachtet werden kann und ob die Erfüllung von Wünschen auch ein Ziel der Medizin ist. Auch wenn die wunscherfüllenden Eingriffe nicht zur klassischen Medizin zählen, ist damit noch nicht erwiesen, „dass die Durchführung dieser Maßnahmen per se illegitim wäre.“²²³ Maio sieht es nicht für zielführend die wunscherfüllende Medizin dafür zu kritisieren, „weil sie die ‚klassischen‘ Ziele der Medizin nicht für handlungsleitend hält.“²²⁴

„Autonomie und Konformitätsdruck“²²⁵

Wenn jeder selbst für sich Entscheidungen trifft und das ohne Beeinflussung anderer, wird man die wunscherfüllende Medizin als „legitim und moralisch vertretbar ansehen.“²²⁶ Doch belegen Studien, dass viele Menschen, die kosmetischen und ästhetischen Eingriffen wünschen, dies nicht allein aus freien Stücken tun, sondern sich damit vielmehr „dem Diktat internalisierter Schönheitsstandards“²²⁷ unterwerfen und sich somit dem gesellschaftlichen Konformitätsdruck beugen. Diese Menschen gehören nicht zu den starken autonomen Patienten, von denen die ästhetische Medizin gerne spricht. Im viel schlimmeren Maße trifft dies bei Minderjährigen, an denen ästhetische Eingriffe durchgeführt werden, zu. Hier kann nicht von einer autonomen Entscheidung des Patienten gesprochen werden.²²⁸

„Fehlender Krankheitsbezug“²²⁹

Die Erwartungen in die Medizin haben sich im Laufe der Zeit stetig geändert. Es ist laut Maio auch nicht zielführend, auf den fehlenden Krankheitsbezug in der wunscherfüllenden Medizin zu verweisen, da der Krankheitsbegriff nicht klar definiert sei. Aber auch bei eindeutig fehlendem Krankheitsbezug, bleibt die Frage, „warum der

²²² Maio (2015), S. 381

²²³ Maio (2015), S. 381

²²⁴ Maio (2015), S. 381

²²⁵ Maio (2015), S. 382

²²⁶ Maio (2015), S. 382

²²⁷ Herrmann (2006)

²²⁸ Vgl. Maio (2015), S. 382

²²⁹ Maio (2015), S. 382

Medizin eine Ausrichtung an der Wunscherfüllung strikt verwehrt werden sollte.“²³⁰ Es gibt unzählige Beispiele, wo sich die Medizin am Gesunden orientiert.

„Wunscherfüllende Medizin und Kommerzialisierung“²³¹

Die wunscherfüllende Medizin ist im Vergleich zur „klassischen Medizin“, die die Grenze im Krankheitsbegriff findet, scheinbar grenzenlos. Diese Grenzenlosigkeit birgt die Gefahr, dass sie sich zunehmend marktorientiert und offensives Marketing betreibt und dadurch nicht nur mehr Wünsche erfüllt, sondern auch weckt. *„Somit könnte die kommerzielle Ausrichtung der wunscherfüllenden Medizin à la longue zu einer Vertrauenserosion des Berufsstandes führen.“²³²*

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Patient in den letzten Jahren in der Medizin immer häufiger auch als Kunde betrachtet werden muss. Ob die wunscherfüllende Sparte eher Fluch oder Segen für die Medizin ist, hängt davon ab, wie mit ihr umgegangen wird. Der fehlende Krankheitsbezug der wunscherfüllenden Medizin ist nicht so sehr das Problem. Es besteht eher die Gefahr, dass die Medizin jedem Trend bereitwillig folgt und versucht jeden Wunsch zu erfüllen und sich dadurch von ihrer Kernidentität entfernt.²³³ Für Maio besteht das Wesentliche darin, *„vor dem Eingriff bzw. vor der Behandlung ein intensives Gespräch zu führen, um sich als Arzt ein Bild von den Erwartungen und Wünschen zu machen.“²³⁴* Es wird sich oft erst dadurch zeigen, ob man die Wünsche des Patienten erfüllen oder den Patienten überhaupt mit einer wunscherfüllenden Maßnahme helfen kann. Der Arzt, der die wunscherfüllenden Maßnahmen mit Bedacht vornimmt und sehr viel Zeit in das vorangehende Gespräch investiert, wird auch in Zukunft Arzt bleiben und weiter das Vertrauen der Patienten genießen.²³⁵ Gemäß dieser Position wäre eine wunscherfüllende oder präferenzorientierte (Zahn-)Medizin nicht per se ethisch verwerflich. Vielmehr kommt es darauf an, wie der (Zahn-)Arzt verantwortungsvoll mit den über die

²³⁰ Maio (2015), S. 382

²³¹ Maio (2015), S. 384

²³² Maio (2015), S. 384

²³³ Vgl. Maio (2015), S. 385

²³⁴ Maio (2015), S. 386

²³⁵ Vgl. Maio (2015), S. 386

Krankheitsbehandlung und -vermeidung hinausgehenden Wünschen der Betroffenen umgeht.

5 Stellungnahme der Zahnärzteschaft zur kosmetischen Zahnheilkunde

Angesichts der in den vorangehenden Kapiteln beschriebenen Veränderungen in Medizin und Zahnmedizin stellt sich die Frage, inwieweit eine präferenzorientierte kosmetische Zahnheilkunde mit dem zahnärztlichen Selbstverständnis vereinbar ist. Da sich dieses Selbstverständnis über die Zeit hinweg verändert, auch im Kontext allgemeiner gesellschaftlicher Entwicklungen, erscheint es sinnvoll, aktuelle Einschätzungen aus der Zahnärzteschaft zu dieser Frage – Auswirkungen auf bzw. Vereinbarkeit mit dem zahnärztlichen Selbstverständnis – zu ermitteln. Trotz intensiver Recherche in Literatur und Internet konnten allerdings nicht viele offizielle Stellungnahmen aus der Zahnärzteschaft zu diesem Thema gefunden werden. Bei der Literatursuche fanden sich einige wenige Diskussionsbeiträge zur Frage der kosmetischen Zahnheilkunde. Um einen breiteren Einblick in die Meinungen der Zahnärzte zu gewinnen, wurde eine mündliche und schriftliche Befragung von Zahnärztinnen und Zahnärzten durchgeführt.

5.1 Einschätzungen aus der Zahnärzteschaft

Das dentale Nachrichtenportal „ZWP online“ interviewte im September 2008 zum Thema „Cosmetic Dentistry“ Zahnärzte und Ethiker, unter ihnen Prof. Dr. Giovanni Maio, Dr. Dieter Reuch und Prof. inv. Dr. Jürgen Wahlmann. Obwohl Giovanni Maio kein Zahnmediziner ist, wird hier seine Position mit aufgeführt, da diese zahlreiche Stellungnahmen aus dem Bereich der Zahnmedizin provozierte. Die Befragten sind sich einig, dass es in den letzten Jahren in der Zahnmedizin zu einer grundlegenden Veränderung gekommen ist. *Giovanni Maio* bemerkt in den letzten Jahren bei der Zahnmedizin den gleichen Trend wie in der Humanmedizin: „*Sie entwickelt sich zunehmend weg vom Paradigma der Heilbehandlung, hin zur Dienstleistung auf Wunsch.*“ Er geht sogar so weit und sagt, dass sich die Zahnmedizin von ihrer Identität als „*ärztliche Heilkunst*“ verabschiedet und zum reinen „*Serviceunternehmen*“ wird.²³⁶

²³⁶ ZWP-Online-Maio (2008)

Dieter Reusch sieht diese Gefahr, möchte aber dagegenhalten: „*Es muss in jedem Fall eine klinische Indikation zur Behandlung vorliegen.*“ Er versteht unter ästhetischer Zahnheilkunde die Nutzung moderner Materialien und Techniken, um die Ästhetik zu verwirklichen, die der aufgeklärte Patient sich wünscht. Der „kosmetischen Zahnheilkunde“, unterstellt er überwiegend wirtschaftliche Interessen – der „ästhetischen Zahnheilkunde“ nicht.²³⁷

Auch Jürgen Wahlmann sieht eine starke Veränderung im Bereich der ästhetischen Zahnmedizin. Er begründet diese Veränderung jedoch mit Verwendung neuer Techniken, die es möglich machen, auf die Wünsche der Patienten besser einzugehen.²³⁸ Das rein wirtschaftliche Interesse der „Kosmetischen Zahnheilkunde“ sieht Jürgen Wahlmann nicht: „*Für mich ist Kosmetische Zahnheilkunde eine High-End-Dentistry. Nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Spezialisten aus anderen Bereichen, wie Kieferorthopäden, Parodontologen, Implantologen oder ästhetischen Chirurgen, ist es möglich, ein optimales Ergebnis für die Patienten zu erreichen.*“²³⁹

Dieter Reusch hingegen unterstellt der „Kosmetischen Zahnheilkunde“ sehr wohl rein wirtschaftliches Interesse und differenziert zwischen der „Ästhetischen Zahnheilkunde“ und der „Kosmetischen“.²⁴⁰

Auch Giovanni Maio plädiert dafür, die „Kosmetische Zahnmedizin“ aus der Medizin auszuklammern: „*Ich bin davon überzeugt, dass die Zahnheilkunde sich keinen Gefallen damit tut, wenn sie das humanitäre Ziel der Hilfe für in Not geratene leidende Menschen mit dem marktwirtschaftlichen Ziel, Produkte zu verkaufen in einer Person oder einer Disziplin vereint. Ich denke, eine stärkere und sichtbarere Trennung dieser beiden Bereiche würde – trotz der vielen fließenden Übergänge – für den Erhalt des Vertrauens in das Ethos der Medizin als Heilkunde nützlich sein.*“²⁴¹

Für Jürgen Wahlmann liegt die ethische Grenze einer marktorientierten Zahnmedizin immer da, wo die sachliche Nutzen-Risiken-Abwägung nicht durchgeführt wird. „*Eine Präparation gesunder Zähne für eine Kronenversorgung ist definitiv nicht*

²³⁷ ZWP-Online-Reusch (2008)

²³⁸ Vgl. ZWP-Online-Wahlmann (2008)

²³⁹ ZWP-Online-Wahlmann (2008)

²⁴⁰ Vgl. ZWP-Online-Reusch (2008)

²⁴¹ ZWP-Online-Maio (2008)

akzeptabel.“²⁴² Ähnlich sieht es Giovanni Maio: „Die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahn'heilkunde' sehe ich dort gegeben, wo die Medizin nicht mehr Medizin, sondern Dienerin der Beautyindustrie wird.“²⁴³ Auch Dieter Reusch sieht die Grenzen klar gezogen: „Diese Grenzen werden spätestens dann überschritten, wenn der Patient aus ökonomischen Gründen entmündigt wird, wenn ihm also zu Behandlungen geraten wird, die weder medizinisch indiziert, noch vom Patienten gewünscht sind. Es muss immer eine Güterabwägung zwischen dem Schaden, mit dem jeder Eingriff zwingend verbunden ist, und dem Nutzen, den der Patient durch die Behandlung erfährt, erfolgen.“²⁴⁴

Giovanni Maio beendet das Interview wie folgt: „Arzt sein heißt, sich allein dem Wohl des Patienten zu verschreiben. Wer es ernst meint mit dem Wohl seiner ihm anvertrauten Patienten, wird ihnen keine teuren Produkte verkaufen wollen, von denen ein Arzt wissen sollte, dass sie in der Regel das Grundproblem, das das Verlangen nach Ästhetik aufwirft, unbehandelt lässt [sic]. Das Grundproblem hinter dem Begehren nach Ästhetik ist häufig das fehlende Selbstbewusstsein der Menschen, die dem gesellschaftlichen Konformitätsdruck nicht standhalten können. Diese Menschen brauchen keine Techniker, sondern tatsächlich Ärzte. Eine professionelle Zahnmedizin wird getragen sein müssen von Menschen, die ihren Beruf tatsächlich als Profession, als Berufung begreifen. Das bedeutet, den Rat suchenden Menschen eine Hilfe anzubieten, die mehr sein muss als eine rein technische Antwort auf ein Selbstbewusstseinsproblem.“²⁴⁵

Jürgen Wahlmann und Dieter Reusch sind sich in dem Punkt einig, dass jeder Kollege die Grenzen seiner Möglichkeiten kennen sollte und jeder korrekt handelnde Zahnarzt Behandlungen, die er nicht hinreichend beherrscht, den Kollegen überlassen sollte, die sie beherrschen.

Auch Prof. Dr. Werner Mang äußerte sich 2011 in einem Interview zur Entwicklung in der Zahnmedizin: „Als Pionier der Schönheitschirurgie habe ich in meine Bücher und Vorträge schon seit langem Zahnärzte in das ästhetische Konzept mit eingebunden. Was

²⁴² ZWP-Online-Wahlmann (2008)

²⁴³ ZWP-Online-Maio (2008)

²⁴⁴ ZWP-Online-Reusch (2008)

²⁴⁵ ZWP-Online-Maio (2008)

nützt eine schöne Nase oder ein faltenfreies Gesicht, wenn die Zähne nicht saniert sind. Die Region um den Mund ist sehr wichtig, deshalb habe ich vor vielen Jahren die Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin und kosmetische Zahnmedizin gegründet, in der wir jedes Jahr auf mehreren Kongressen auf das elementare Thema der Ästhetik in der Zahnmedizin hinweisen. Es gibt heute in der Zahnmedizin wunderbare Verfahren die Ästhetik betreffend und es kann heute jeder ein strahlendes Lächeln haben. ²⁴⁶

Werner Mang spricht im oben zitierten Text von der kosmetischen Zahnheilkunde im weiteren Zusammenhang auch von der ästhetischen Zahnheilkunde. Es scheint so, als würde er nicht zwischen den beiden Begriffen differenzieren. Doch auch für ihn nimmt die ästhetische Wiederherstellung der Zähne einen entscheidenden Stellenwert ein.

5.2 Diskussionsbeiträge in der Literatur

Einer der ersten Artikel, die sich mit der Thematik „Ästhetik und Kosmetik“ in der Zahnmedizin beschäftigten, stammt aus dem Jahre 2003. *„Der Trend darf nicht an unserem ZahnMediziner-Image wackeln“* hieß der Artikel, der damals von *Georg Mayer* publiziert wurde.²⁴⁷ Er sieht eine steigende Nachfrage der Bevölkerung im Bereich der ästhetischen und kosmetischen Zahnheilkunde. *„Dieses Bewusstsein ist von Industrie diktiert und von Werbung suggeriert.“* Er sieht die Gefahr, dass vor diesem Hintergrund die medizinische Verantwortung vergessen wird. Laut Mayer dürfen wir uns nicht in die ästhetisch/kosmetische Ecke drängen lassen, weil dann eine Entlassung unseres Berufsstandes aus der (universitären) Medizin drohe. *„Es liegt nun an uns, die zahnärztliche Gratwanderung zwischen ästhetisch/kosmetischen Gesichtspunkten einerseits sowie interdisziplinär vernetzten medizinisch-psychologisch-soziologischen Sachverhalten andererseits zu erkennen und geschickt und umsichtig zu nutzen. Und zwar allein zum Wohle unserer Patienten.“*²⁴⁸

„Ästhetische Zahnheilkunde - Marketing oder Notwendigkeit“ - so betitelt *Hans-Otto Bermann* seinen Artikel aus dem Jahre 2009. Er sieht den jüngsten Entwicklungen in der Zahnmedizin positiv entgegen. Laut *Bermann* wurde die Ästhetische Zahnheilkunde

²⁴⁶ Bodenseeklinik.de (2011)

²⁴⁷ Vgl. Mayer (2003)

²⁴⁸ Mayer (2003), S. 12

auf Grund ihre Bemühungen in den letzten Jahren als wissenschaftliche Querschnittsdisziplin wahrgenommen und mit der Aufnahme der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ) in die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) belohnt. Dadurch wurde die DGÄZ als wissenschaftliche Fachgesellschaft anerkannt.²⁴⁹ *Hans-Otto Bermann* äußert sich in seinem Artikel auch zu den Kritikern der ästhetisch ausgerichteten Zahnmedizin, vor allem zur Aussage von *Prof. Dr. Giovanni Maio*, der folgende Kritikpunkte formuliert:

- *„Mit der Ausrichtung auf Ästhetik verstärkt die Zahnheilkunde die Defizitgefühle des modernen Menschen.*
- *Mit der Orientierung auf Ästhetik schafft die Zahnmedizin von sich aus eine neue Nachfrage.*
- *Mit der Ausrichtung auf Ästhetik läuft die Zahnheilkunde Gefahr, eine Ausbeutung verunsicherter Menschen vorzunehmen.*
- *Die Ausrichtung der Zahnheilkunde an der Ästhetik wird eine Kultur der Oberflächlichkeit unterstützen.*
- *Eine Zahnheilkunde, die sich nur noch von Marktkategorien leiten lässt, wird keine Medizin, sondern nur noch Handwerk sein.*²⁵⁰

Hans-Otto Bermann nimmt zu den Kritikpunkten von *Giovanni Maio* Stellung: *„Ich bin überzeugt, dass das Angebot natürlich aussehender und ästhetischer Behandlungsergebnisse Defizitgefühle nicht verstärken kann, wenn auch das Gegenteil nicht immer erreicht werden wird. Dass neue Nachfrage entsteht, ist Sinn einer Innovation. Verwechselt wird hier nur das Motiv moderner Oralmedizin. Nicht die Gewinnmaximierung steht im Vordergrund, sondern das bestmögliche Ergebnis für die Menschen, deren Wunsch das ist. Kein seriöser Mediziner wird einem Patienten „etwas verkaufen“, was er gar nicht will. Deswegen kann unter ethisch korrekten Bedingungen keine Ausbeutung stattfinden. Und ‚Kultur der Oberflächlichkeit‘? Werden hier nicht Ursache und Wirkung verwechselt? Sicher können Behandlungswünsche ein Hinweis auf ein oberflächliches Kulturverständnis sein. Es ist aber recht unwahrscheinlich, dass*

²⁴⁹ Vgl. Bermann (2009)

²⁵⁰ Maio (2009b), S. 48-50

auch nur ein einziges als oberflächlich zu verstehendes Individuum weniger oberflächlich wäre, wenn es keine ästhetische Oralmedizin gäbe. ²⁵¹

„[...]Ist es ethisch korrekter, dem Patienten, der Behandlung braucht, weil er krank ist, ästhetisch bessere Zahnheilkunde vorzuenthalten?“ ²⁴⁸

„Mit dem letzten Kritikpunkt bin ich absolut einverstanden! Es ist aber nicht korrekt, eine ganze Fachdisziplin in Sippenhaft zu nehmen, weil einige Vertreter des Faches Schindluder damit treiben. Dass die Mehrheit der Zahnärzteschaft unethisch und unseriös handelt, bestreite ich vehement!“ ²⁴⁸

Giovanni Maio kommentiert in einer Replik den Artikel von Hans-Otto Bermann und stellt Folgendes fest: „Es ist sehr zu begrüßen, dass Herr Kollege Bermann sich der ethischen Grundlagen der Ästhetischen Zahnheilkunde angenommen hat, denn ich bin davon überzeugt, dass die ethische Reflexion vor allen Dingen in den Köpfen der Ärzte selbst stattfinden muss, wenn wir wollen, dass die moderne Zahnheilkunde Medizin bleibt und nicht zu einem rein marktorientierten Serviceunternehmen degeneriert. [...] Ich möchte als Ergänzung zu und als Erwiderung auf den Kollegen Bermann vier Differenzierungen vornehmen, die für die weitere Diskussion wichtig wären.“ ²⁵²

- *„Ästhetik ist Teil einer guten Zahnbehandlung*
- *Auch reine Ästhetik kann ärztlich indiziert sein*
- *Reine Ästhetik auf Wunsch untergräbt das Vertrauen in die Medizin*
- *Zentrale Herausforderung ist die Sicherung des Vertrauens in die moralische Integrität der Ärzte* ²⁴⁹

„Wenn die Zahnmedizin verspricht, ein schönes Lächeln ‚machen‘ zu können, oder wenn sie in ihren Hochglanzbroschüren bildlich suggeriert, dass man mit der Ästhetischen Zahnheilkunde gar ‚glücklich‘ werden könne, ist diese Zahn-,Medizin‘ weder klug, noch besonnen, noch gerecht, noch tapfer. Daher plädiere ich dafür, dass die Zahnmedizin sich neu auf ihre genuin ärztliche Identität rückbesinnt und darüber nachdenkt, wie sie nicht nur Techniker oder Verkäufer, sondern moralisch integre Ärzte aus- und weiterbildet.“ ²⁴⁹

Bermann antwortet auf Maios Kommentar mit weitgehender Zustimmung. Das weit verbreitete Angebot an Fortbildungen in Bereich Werbung und Verkauf ist auch für ihn

²⁵¹ Bermann (2009), S. 256

²⁵² Maio (2009a), S. 413-415

eine falsche Entwicklung. Für *Bermann* ist es die Zahnärzteschaft selbst, die den Balanceakt zwischen der „Beautyindustrie“ und der „Medizin“ schaffen muss: *„Die Zukunft wird zeigen, ob mein Vertrauen in die Kollegenschaft, in Sie alle, gerechtfertigt ist oder ob unser sehr geschätzter Kollege Prof. Dr. med. Maio mit seinen Befürchtungen richtig liegt. Ich setze auf Sie!“*²⁵³

5.3 Befragung der Zahnärzteschaft

Um ihre Einschätzungen und Bewertungen zu der sich möglicherweise abzeichnenden Entwicklung der Zahnmedizin hin zu einem Dienstleistungsbetrieb zu ermitteln, wurde eine Gruppe von Zahnärzten entweder per Interview mündlich oder mittels Fragebogen schriftlich befragt. Die gestellten Fragen waren für beide Gruppen dieselben.²⁵⁴ Die beiden Gruppen bestanden jeweils aus fünf Zahnärztinnen oder Zahnärzten, die sowohl in niedergelassener Praxis als auch im Klinikbereich tätig sind.

Tabelle 1. Befragung per Interview

Teilnehmer	Geschlecht	Alter	Tätigkeitsbereich
1	männlich	48	Praxis
2	männlich	57	Praxis
3	männlich	52	Klinik
4	männlich	58	Klinik
5	männlich	41	Praxis

Tabelle 2. Befragung mittels Fragebogen

Teilnehmer	Geschlecht	Alter	Tätigkeitsbereich
1	männlich	68	Praxis / Klinik
2	männlich	67	Praxis
3	männlich	39	Praxis
4	weiblich	42	Klinik
5	weiblich	47	Praxis

²⁵³ Bermann (2010), S. 32

²⁵⁴ Fragebogen und Interviewleitfaden befinden sich im Anhang

Die inhaltliche Analyse und Auswertung der Befragungen ergab Folgendes:²⁵⁵

Die „Kosmetische“ bzw. „Ästhetische“ Zahnmedizin hat auch nach Einschätzung der Befragten in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die Patientenwünsche haben sich geändert und dadurch ist auch die Nachfrage nach ästhetischen bzw. kosmetischen Maßnahmen gestiegen. Alle Befragten gaben an, dass für den Patienten die Schönheit bzw. die Ästhetik einer Restauration sehr wichtig sei. Vor allem im Berufsleben und im privaten Bereich spiele die Zahnästhetik eine immer größere Rolle und habe insgesamt in der Gesellschaft erheblich an Bedeutung gewonnen. Es sei auch zu beobachten, dass die „Ästhetikwelle“ vor ca. zehn Jahren ihren Höhepunkt gehabt habe und momentan eher wieder etwas rückläufig sei, weil der ästhetische Standard der Durchschnittspraxen in Deutschland aufgrund der guten universitären Ausbildung sehr hoch sei. Wenn man den „Hype“ weltweit betrachtet, sehe man regionale Unterschiede. In manchen Ländern sei dieser stärker, in anderen wenige stark ausgeprägt. Vor allem seien die Wünsche der Patienten unterschiedlich: *„In Deutschland können sie heute schlecht mit einem Goldzahn in der Front punkten.“*²⁵⁶ Hierzulande sei es wichtig, dass eine perfekte Restauration nicht zu erkennen ist, sich äußerlich praktisch nicht von der Natur unterscheidet.

Einen weiteren Grund, warum es in den vergangenen Jahren zu einem so starken Anstieg im Bereich der Ästhetik gekommen ist, sehen viele der Befragten im Fortschritt der Technik und der Werkstoffe. Durch die Entwicklung neuer Materialien und Verfahren, sowohl auf dem Gebiet der Prothetik als auch in der konservierenden Zahnheilkunde, sei es erst möglich geworden, einen von der Natur kaum zu unterscheidenden und damit sehr ästhetischen Zahnersatz herzustellen. Die Kehrseite dieser Entwicklung sei, dass dieser Zahnersatz für den Patienten nicht immer erschwinglich ist und eher dem wohlhabenden Teil der Bevölkerung zur Verfügung steht. Dazu habe auch die Wirtschaftskrise in den vergangenen Jahren beigetragen: *„Auch auf die Zahnmedizin hat die Kluft zwischen Arm und Reich erheblichen Einfluss.“*²⁵⁷

²⁵⁵ Transkribierte Interviews und schriftliche Befragungen befinden sich im Anhang

²⁵⁶ Anhang Seite 130 f.

²⁵⁷ Anhang Seite 145 f.

Viele der Befragten gaben an, dass dieser Trend auch Einfluss auf ihre Behandlung genommen habe. Vor allem die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte bestätigten dies. Patienten kämen oft mit Wünschen in die Praxis und wollten diese erfüllt haben. Die ästhetischen Ansprüche der Patienten seien gestiegen, was die Materialwahl beeinflusse. Amalgamfüllungen seien rückläufig, im Seitenzahnbereich werde hauptsächlich mit zahnfarbenen Kompositen oder Keramiken gearbeitet. Es würden „moderne“ Materialien wie Zirkon verwendet. Auch im Frontzahnbereich habe sich vieles geändert. Hier werde mit mehreren Schichten von Komposite, ein Eck aufgebaut, oder man verwende Vollkeramiken, um eine möglichst gute Ästhetik zu erzielen. Der Fortschritt der Zahnmedizin solle dem „hilfesuchenden Patienten“²⁵⁸ zugutekommen. Auch die Klinikzahnärzte schätzen die Situation ähnlich ein, mit der Ausnahme, dass alle Behandlungen ausschließlich medizinisch orientiert seien: *„Es ist aber definitiv so, dass bei uns keine nicht medizinisch indizierte Maßnahme gemacht wird.“*²⁵⁹

Durch den neu entstandenen Wachstumsmarkt ergäben sich auch neue Möglichkeiten in der Zahnheilkunde, doch haben die befragten Zahnärzte nicht den Eindruck, dass die ästhetische Zahnheilkunde überhand nehme. Das Bedürfnis der Menschen schön zu sein, sei nicht erst mit den neuen Materialien entstanden, sondern existiere schon viel länger. Man müsse die neu entstandenen Möglichkeiten sinnvoll nutzen. Wahrscheinlich seien die Möglichkeiten im Bereich der Ästhetik noch nicht ausgeschöpft, die Grenze bestimme immer der Markt. Es werde sich auch in Zukunft in diesem Bereich noch sehr viel verändern. Es entstehe ein neues *„Markt und Geschäftsmodell“*, das möglicherweise mit dem ärztlichen Handeln nichts mehr zu tun habe.²⁶⁰

Dass heutzutage oder auch früher der niedergelassene Zahnarzt ein Geschäftsmann ist und auch in gewissen Maßen Dienstleistungen anbietet, sind sich die befragten Zahnärzte einig. Der Arzt müsse gleichzeitig ein Geschäftsmann sein, weil er nicht umsonst arbeiten könne: *„Die wirtschaftlichen Interessen sind keine*

²⁵⁸ Anhang Seite 128 f.

²⁵⁹ Anhang Seite 121 f.

²⁶⁰ Anhang Seite 139 f.

*Unterstellung, sondern Tatsache.*²⁶¹ Auch gegenüber den Dentalvertretern, die in die Praxis kommen, müsse der Zahnarzt als Geschäftsmann und Unternehmer auftreten. Jeder niedergelassene Zahnarzt sei Freiberufler und als Freiberufler müsse er selbst dafür sorgen, dass seine Tätigkeit finanziell und wirtschaftlich funktioniere, denn nur ein gesundes Praxisunternehmen könne auch den Patienten helfen. Für manche Befragte sei es wirtschaftlich unabdingbar, dass der Zahnarzt Mehrkostenleistungen anpreist, obwohl es das Vertrauen zwischen Arzt und Patienten trübt. Oft sei es leider das fehlende betriebswirtschaftliche Wissen, das den Zahnarzt in die Insolvenz gehen lasse. Die Befragten forderten mehr betriebswirtschaftliche Ausbildung während des Zahnmedizinstudiums.

Dass aber aufgrund den jüngsten Entwicklungen in der kosmetischen Zahnheilkunde die Gefahr bestehe, dass der Zahnarzt nur noch Dienstleister werde und die Wünsche seiner „Kunden“ befriedige, sehen nur wenige der befragten Zahnärzte. Der Arzt solle den Patienten die verfügbaren Möglichkeiten zeigen und dann solle der Patient entscheiden. Sollten Behandlungen nicht indiziert sein und sie der Patient dennoch wünschen, so müssten diese privat bezahlt werden. Ein Kollege argumentierte wie folgt: *„Das ist meiner Meinung nach auch notwendig, weil ich nicht akzeptieren kann, dass die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten die Kosten übernimmt, die nicht indiziert sind.“*²⁶²

Bei der Frage, ob die Zahnärzte zwischen der kosmetischen und der ästhetischen Zahnheilkunde einen Unterschied sehen, gingen die Meinungen deutlich auseinander. Die Mehrheit der Befragten sah sehr wohl einen Unterschied und hielt es für einen wichtigen Punkt, zwischen Ästhetik und Kosmetik zu differenzieren. Viele sahen in der „Kosmetischen Zahnheilkunde“ keine Medizin und lehnten diese vollkommen ab. Die „Kosmetische Zahnmedizin“ folge kurzen Trends, wie z.B. dem des Steinchenklebens oder dem des Bleachings. Hinter einer kosmetischen Maßnahme stehe keine medizinische Indikation. Die „Ästhetische Zahnheilkunde“ beinhalte hingegen viele zahnärztliche Leistungen, die auf der Grundlage einer Indikation mit den neusten

²⁶¹ Anhang Seite 139 f.

²⁶² Anhang Seite 121 f.

Methoden und mit bestem Wissen durchgeführt würden. *„Auch eine Kunststofffüllung in der Front, wenn ich die ‚supergut‘ gemacht habe [...] ist für mich Ästhetik.“*²⁶³

Es gab jedoch auch Zahnärzte, die nicht zwischen Ästhetik und Kosmetik unterscheiden, wohl aber zwischen kurativ und nicht kurativ. Wenn es einem Patienten durch eine kosmetische Zahnbehandlung psychisch besser gehe, so habe die Behandlung auch einen kurativen Beitrag geleistet. *„Das ist das gleiche, wie wenn jemand abstehende Ohren hat. Er wird durch die Operation auch nicht besser hören.“*²⁶⁴

Manche Zahnärzte würden es bevorzugen, dass man zwischen den beiden Begriffen der „Ästhetischen“ und „Kosmetischen“ Zahnheilkunde eine genaue, weltweit anerkannte Grenze definiert.

Eine klare Meinung der befragten Zahnärzte gab es zur ethischen Grenze einer marktorientierten Zahnheilkunde. „Nihil nocere“ solle der oberste Grundsatz bei der Patientenbehandlung sein. Es sollten keine Behandlungen durchgeführt werden, die nicht notwendig seien, nur um damit Geld zu verdienen. Ohne medizinische Indikation solle keine Therapie begonnen werden. Auch das Beschleifen oder Extrahieren gesunder Zähne übersteige die ethische Grenze und wurde als Körperverletzung gesehen. Der Patient solle auf keinem Fall zu einer Behandlung gezwungen werden, die nicht indiziert sei. Patientenwünsche sollten darüber hinaus abgelehnt werden, wenn man es mit seinem eigenen ethischen Grundsatz nicht vereinbaren kann.

Dass uns die Medien beeinflussen, wurde von allen Befragten bestätigt. Mit aggressivem Marketing würden Patientenwünsche beeinflusst. Überall werde mit weißen, schönen Zähnen geworben. Die Medien kreierten ein Schönheitsideal, zu dem in unserer Kultur weiße Zähne einfach dazugehörten. Nicht nur in der Zahnheilkunde würden verzerrte Schönheitsideale kreiert, es gebe auch viele Beispiele in der plastischen Chirurgie: Brustvergrößerungen, Nasenkorrekturen, Fettreduktion, Gesichtsstraffung, Haarimplantation. Es gebe leider kein allgemein akzeptiertes Schönheitsideal. Die Schönheit unterliege kulturellen und zeitlichen Veränderungen. Die Medien seien dafür verantwortlich, dass es in die Öffentlichkeit transportiert werde:

²⁶³ Anhang Seite 122 f.

²⁶⁴ Anhang Seite 121 f.

„Da Bunte und Gala dies wöchentlich zeigen, wird es zum allgemeinen Schönheitsideal“²⁶⁵

Als abschließende Frage wurde den Zahnärztinnen und Zahnärzten gestellt, wie sie sich eine moderne, professionelle Zahnmedizin vorstellen. Auch hier gingen die Antworten auseinander. Einig waren sich die Befragten, dass der Patient in der Praxis im Mittelpunkt stehen solle. Es sollten die Abläufe in einer Praxis möglichst optimiert sein. Der Patient solle nicht zu lange vor seiner Behandlung im Wartezimmer ausharren müssen. Einer ordentlichen Befundung und Diagnostik wurde von vielen der Befragten gefordert. Der Behandlungsplan solle dem Patienten erklärt werden, über Risiken solle aufgeklärt werden und der Patient solle dann selbst entscheiden, ob und wie er behandelt werden möchte.

Einer der wichtigsten Punkte solle die Prophylaxe sein. Fast alle Befragten sahen die Prophylaxe als essenziellen Bestandteil einer modernen Zahnarzt-Praxis.

5.4 Resümee

Zusammenfassend lässt sich eine Veränderung in der Zahnmedizin in den letzten Jahren erkennen. Der mediale Einfluss auf unser subjektives Schönheitsideal verändert auch die Wünsche und Vorstellungen der Patienten. Die Nachfrage der Bevölkerung im Bereich der ästhetischen und kosmetischen Zahnmedizin ist gestiegen. Den Patienten ist es zunehmend wichtig, dass der zahnmedizinische Eingriff mit einem Höchstmaß an Ästhetik gemacht wird. Diesen Anstieg im Bereich der Ästhetik sehen viele der Befragten auch im Fortschritt der Technik und Werkstoffkunde begründet. Die befragten Zahnärzte haben jedoch nicht die Befürchtung, dass die ästhetische bzw. kosmetische Zahnheilkunde überhand nimmt und zur Gefahr für den zahnärztlichen Berufsstand wird. Der Fortschritt solle dem hilfesuchenden Patienten zugutekommen. Auch zu den ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde gibt es eine klare Meinung unter den befragten Zahnärzten. Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung sollte immer vorgenommen werden und oberstes Gebot sein. Eingriffe aus wirtschaftlichen Gründen, die weder indiziert noch vom Patienten gewünscht sind,

²⁶⁵ Anhang Seite 139 f.

sollten nicht durchgeführt werden. Für viele Befragte steht der Grundsatz „Nihil nocere“ an erster Stelle. Patientenwünsche dürften abgelehnt werden, wenn diese nicht mit den eigenen ethischen Grundsätzen zu vereinbaren seien.

6 Synthese: Übergreifende ethische Bewertung der kosmetischen Zahnheilkunde

6.1 Ausgangspunkte der ethischen Bewertung

Bei den Entwicklungen in der Zahnmedizin und in der Medizin gibt es viele Parallelen. Sowohl in der Medizin als auch in der Zahnmedizin zeichnet sich ein deutlicher Trend hin zu Maßnahmen und Eingriffen, die nicht auf die Behandlung einer Erkrankung, Verletzung oder Fehlbildung abzielen, sondern allein auf eine ästhetische Verbesserung von Körpereigenschaften. Immer wieder wird deshalb die Befürchtung geäußert, die Medizin und die Zahnmedizin könnten sich von ihrem traditionellen Kern entfernen und sich zunehmend zu einem Dienstleistungsbetrieb entwickeln.²⁶⁶ Stand vor Jahren noch der kranke Mensch im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit, so wird heute von manchen befürchtet, dass dieser eher in den Hintergrund treten könnte. Für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte gibt es viele Fortbildungen zu „Werbung und Verkauf“. Dem Patienten wird über die Medien suggeriert, wie er aussehen sollte und was heutzutage notwendig ist, um erfolgreich zu sein. Es geht die Angst um, dass sich die Medizin mit dieser Entwicklung grundlegend ändert und sich von ihrer ursprünglich kurativen Ausrichtung hin zu einer wunscherfüllenden Tätigkeit transformiert. Sogar die Entlassung der Zahnmedizin aus der universitären Medizin wurde prophezeit.²⁶⁷

Auffallend ist, dass sich die Diskussionen zu dieser Entwicklung in der Zahnmedizin und in der Medizin sehr ähnlich sind. Der Patient wird in Zukunft entscheiden, was er möchte und sich seinen Dienstleister, den Arzt, aussuchen, der dann

²⁶⁶ Vgl. Maio (2006b)

²⁶⁷ Vgl. Mayer (2003)

seine Wünsche erfüllt. Es hat fast den Anschein, als gäbe es mehr gesunde Menschen, die ihr äußeres Erscheinungsbild optimieren möchten, als Kranke. Wird die Medizin sich in Zukunft nicht nur mehr um Kranke kümmern? Oder spaltet sich die Medizin in zwei Gruppen: In eine, welche die Wünsche ihrer Kunden im Bereich der „präferenzorientierten Medizin“ erfüllt und in eine andere, die den kranken Patienten heilt?²⁶⁸ Ähnlich sieht es in der Zahnmedizin aus. Gibt es in Zukunft nur mehr Zahnärzte, die die Wünsche Ihrer Kunden erfüllen und als Dienstleister fungieren? Unbestritten ist, dass die „Kosmetische“ und „Ästhetische“ Zahnmedizin in den letzten Jahren einen immer größeren Stellenwert eingenommen hat. Aber besteht dadurch wirklich die Gefahr, dass sich die Zahnmedizin deshalb aus der ärztlichen Heilkunst verabschiedet?

Die Wünsche der Patienten haben sich geändert. Für viele ist heute eine ästhetische Versorgung sehr wichtig. Gutes Aussehen und ein gepflegtes Erscheinungsbild sind vor allem im Berufsleben von großer Bedeutung. Durch den Fortschritt, vor allem im Bereich der zahnärztlichen Werkstoffe und Materialien, ändert sich auch der Anspruch des Patienten an die zahnärztliche Versorgung. Es ist auch notwendig, den technischen Fortschritt der Zahnmedizin mitzumachen, sich fortzubilden und Zahnmedizin auf höchstem technischen und medizinischen Niveau anzubieten. Heute ist der Zahnarzt in der Lage, Zahnersatz herzustellen, der äußerlich von den natürlichen Zähnen kaum mehr zu unterscheiden ist. Damit steigen – als logische Konsequenz – auch die Ansprüche der Patienten und immer mehr Zahnärzte schließen sich dem Ästhetik-Trend an. Impliziert diese Trendwende aber sofort, dass der niedergelassene Zahnarzt Wunscherfüller und Dienstleister wird? Es entstehen neue Wachstumsmärkte und mit ihnen neue Möglichkeiten für die Zahnärzteschaft. Aber auch hier bleibt der Zahnarzt verantwortlich für sein Tun und ist gefordert, im Interesse seiner „Kunden“ und nach den Prinzipien der medizinischen Ethik²⁶⁹ zu handeln. In der folgenden ethischen Bewertung wird versucht auf diese Fragen eine Antwort zu finden.

²⁶⁸ Vgl. Eberbach (2008), S. 336

²⁶⁹ Marckmann (2015a)

6.2 Ethische Bewertung der „Cosmetic Dentistry“

Wie in Kapitel 3 schon erwähnt ist es sinnvoll und wichtig, zwischen den rein ästhetischen (=kosmetischen) und therapeutisch-ästhetischen Eingriffen zu unterscheiden. Doch wo liegt hier die Grenze?

Unter kosmetischer Zahnmedizin versteht man in erster Linie ästhetische Veränderungen, die aus medizinischer Sicht nicht indiziert sind, sondern allein aufgrund von Patientenwünschen durchgeführt werden (*Wunscherfüllende Zahnmedizin*).²⁷⁰ Die Bezeichnung ist auch im Englischen gebräuchlich (Wish-fulfilling medicine or dentistry). Die „Wunscherfüllende“ Zahnmedizin oder Medizin verfolgt das übergreifende Ziel, bestimmte körperliche Eigenschaften zu verbessern, um damit die emotionalen Befindlichkeiten des Patienten zu steigern. Diese Maßnahmen, die keinen therapeutischen Hintergrund haben, werden auch mit dem Begriff „Enhancement“²⁷¹ bezeichnet.

Im Gegensatz zu den rein ästhetischen bzw. kosmetischen Eingriffen liegt dem therapeutisch-ästhetischen Eingriff eine Indikation zugrunde. Die Wiederherstellung und Erhaltung der oralen Gesundheit und Funktion sollte idealerweise ästhetisch geschehen. Aber auch psychische Erkrankungen können eine Indikationsstellung rechtfertigen.²⁷² Letzteres wird jedoch kontrovers diskutiert.

Mit Blick auf die „Cosmetic Dentistry“ bzw. wunscherfüllende Zahnmedizin stellt sich in ethischer Hinsicht zunächst die Frage, ob es überhaupt vertretbar ist, sich als Mediziner auf die Erfüllung von nicht krankheitsbezogenen, ausschließlich auf die Ästhetik gerichtete Wünsche einzulassen. Um diese „wunscherfüllenden“ zahnärztlichen Maßnahmen richtig einzuordnen, ist es erforderlich, wie auch in der präferenzorientierten Medizin, den Umgang mit der medizinischen Indikation zu modifizieren.²⁷³ Es ist festzuhalten, dass eine Indikation zu stellen ist, die nicht mehr – wie in der traditionellen Zahnmedizin – auf die Behandlung oder Prävention von Erkrankungen abzielt. Vielmehr verfolgen die zahnärztlichen Bemühungen die Zielsetzung, die orale Ästhetik zu verbessern. Auch bei dieser veränderten Zielsetzung

²⁷⁰ Vgl. Groß (2012), S. 173

²⁷¹ Vgl. Maio (2012), S. 322

²⁷² Vgl. Finckenstein (2000) S. 157 - 159

²⁷³ Vgl. Maio (2015)

bleiben wesentliche ethische Anforderungen an die zahnärztliche Tätigkeit aber erhalten. Wie bei einem zahnmedizinischen Heileingriff muss der Zahnarzt jede wunscherfüllende Maßnahme gewissenhaft evaluieren. Dies erfordert insbesondere eine Nutzen-Risiko-Abwägung, dann erst kann er entscheiden, ob er den Eingriff durchführen kann und in diesem auch eine „Indikation“ sieht. Diese Prüfung schafft gleichzeitig die auch für kosmetische Eingriffe unverzichtbare Vertrauensbasis. Der Patient kann darauf vertrauen, dass der Zahnarzt nur Eingriffe und Maßnahmen durchführt, die ein vertretbares Nutzen-Risiko-Profil haben und in diesem Sinne auch „indiziert“ sind.

Studien belegen, dass viele Menschen, die sich kosmetischen Eingriffen unterziehen möchten, in ihren Wünschen erheblich vom soziokulturellen Normierungsdruck beeinflusst sind.²⁷⁴ Es stellt sich deshalb die Frage, ob die Voraussetzungen des „informed consent“, d.h. einer wohlinformierten, freien Entscheidung nach entsprechender Aufklärung überhaupt erfüllt sind. Der verantwortungsvolle Zahnarzt sollte deshalb – soweit das möglich ist – in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch herausfinden, ob der Patient tatsächlich selbst die Durchführung der ästhetischen Maßnahmen wünscht oder eher vom Konformitätsdruck seines Umfelds beeinflusst ist. Zudem sollte er prüfen, ob mit den gewünschten Maßnahmen auch tatsächlich erreicht werden kann, was sich der Patient wünscht, oder ob dem Wunsch andere, möglicherweise psychische Probleme zugrunde liegen, die mit anderen Mitteln – zum Beispiel einer Psychotherapie – wirkungsvoller und vor allem nachhaltiger zu behandeln wären. Insbesondere bei nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen Patienten, die ästhetische Veränderungen wünschen, sollten keine kosmetischen Veränderungen durchgeführt werden, auch nicht auf Wunsch der Eltern. Bei einwilligungsfähigen Minderjährigen sollte der Zahnarzt eine sehr strenge Indikation stellen und nur reversible Maßnahmen vornehmen.

Angesichts der geschilderten Anforderungen an die Nutzen-Risiko-Abwägung und den „informed consent“ spricht vieles für einen Zahnarztvorbehalt auch bei kosmetischen bzw. rein ästhetischen Eingriffen. Die universitäre Ausbildung befähigt den Zahnarzt dazu, kosmetische Maßnahmen nach gründlicher Nutzen-Risiko-Abwägung „lege artis“ durchzuführen. Entsprechend ist der Behandler auch

²⁷⁴ Vgl. Maio (2015), S. 382; Herrmann (2006)

verpflichtet, Eingriffe abzulehnen, für die er keine „Indikation“ sieht, z.B. weil der Behandlungswunsch des Patienten mit den kosmetischen Maßnahmen nicht erreichbar ist oder weil das Nutzen-Schadens-Verhältnis zu ungünstig ist. Von Dentalstudios oder Zahnkosmetikern sollten solche Eingriffe nicht angeboten und durchgeführt werden, da diese häufig nicht die erforderliche Fachkompetenz besitzen und nur unzureichend beurteilen können, ob hinter den Patientenwünschen tieferliegende (psychische) Probleme liegen und ob die Maßnahmen ein vertretbares Nutzen-Schadens-Verhältnis besitzen.

Es steht außer Frage, dass ein Zahnarzt sämtliche Leistungen, die er in seinem wirken als Zahnmediziner erbringt, mit äußerster Sorgfalt und mit dem höchsten Maß an Ästhetik durchführt. Das sollte der Anspruch eines jeden Zahnarztes sein. Problematisch erscheint es allerdings, wenn der Zahnarzt einen ästhetischen Wunsch erfüllt, der auf einem möglicherweise als krankhaft einzustufenden „Schönheitswahn“ des Patienten beruht.²⁷⁵

Aus den ethischen Überlegungen ergibt sich zudem, dass der Zahnarzt keine kosmetischen Eingriffe durchführen sollte, nur weil der Patient es wünscht. Der Zahnarzt muss die Patientenwünsche kritisch prüfen, um sicherzustellen, dass die durchzuführende Therapie auch langfristig zum Wohle seines Patienten dient. Sollte der Zahnmediziner diesbezüglich unsicher sein, sollte er die Behandlung ablehnen. Genau diese Differenzierung, die sich aus den berufsethischen Verpflichtungen ergibt, grenzt den Zahnarzt von solchen Dienstleistungsberufen im Gesundheitswesen ab, die aus finanziellen Beweggründen die Wünsche ihrer Kunden erfüllen.²⁷⁶

Doch ist eine Steigerung des Wohlbefindens des Patienten, durch eine rein ästhetische Maßnahme auch therapeutisch und somit eventuell als Heileingriff indiziert? Auch eine rein ästhetische Maßnahme kann ärztlich indiziert sein. Man denke an eine extreme Zahnfehlstellung, die den Patienten stigmatisiert. Oder an das Bleichen eines extrem verfärbten Zahnes, unter dem der Patient leidet. Durch solche rein ästhetischen Maßnahmen kann der Leidensdruck des Patienten vermindert werden.²⁷⁷ Sofern der Patient durch die Fehlstellung bzw. Normabweichung einen hohen Leidensdruck hat,

²⁷⁵ Vgl. Maio (2007b), S. 2278 f.

²⁷⁶ Vgl. Maio (2009b)

²⁷⁷ Vgl. Maio (2009a)

erscheint eine ästhetische Korrektur ethisch nicht nur vertretbar, sondern sogar geboten, da damit nicht nur der Wunsch eines Patienten erfüllt, sondern zudem sein Wohlergehen deutlich verbessert wird. Schwieriger zu beurteilen ist dann der Fall, in dem keine Fehlbildung oder klare Normabweichung vorliegt, sondern der Betroffene seine Zähne bzw. sein Gebiss über den normalen Zustand hinweg verbessern möchte. Allerdings stellt sich hier die Frage, ob die Grenze zwischen dem Normalen und dem Nicht-normalen immer so klar getroffen werden kann. Aufgrund der Streubreite des Normalen wird es hier keine scharfe Grenze geben können. Hier ist dann die Urteilkraft des verantwortlichen Zahnarztes gefragt, der beurteilen muss, ob es sich bei der Normabweichung um eine so gravierende Form handelt, die dadurch eine Korrektur – auch unabhängig vom Patientenwunsch – rechtfertigt, sodass die Maßnahme dem therapeutisch-ästhetischen Bereich zuzurechnen ist. Hier liegt durchaus eine gewisse ethische Verpflichtung vor, den Wunsch des Patienten nach Korrektur der Normabweichung auch tatsächlich – *lege artis* – zu erfüllen.

Alle anderen Maßnahmen fallen dann in den rein kosmetischen Bereich, in dem der Zahnarzt keine ethische Verpflichtung hat, die auf ein ästhetisches Enhancement gerichteten Wünsche des Patienten zu erfüllen.

Maio beschreibt die wunscherfüllende Medizin als grenzenlos.²⁷⁸ Er sieht die Grenze der „klassischen Medizin“ im Krankheitsbegriff. Da der Krankheitsbegriff aber in der wunscherfüllenden Medizin keine Rolle mehr spiele, scheint sie daher praktisch grenzenlos zu sein: Es gibt keine apriori-Gründe, eine vom Betroffenen gewünschte Veränderung auszuschließen. Und genau diese Grenzenlosigkeit macht sie anfällig für eine zunehmende Marktorientierung und Kommerzialisierung. Dies könnte wiederum die Vertrauensbasis zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt gefährden. Der Zahnarzt muss sich auch am Wohlergehen seines Patienten bzw. Kunden orientieren und alle Leistungen und Maßnahmen mit höchster Sorgfalt durchführen. Mit diesen Leistungen kann der Zahnarzt auch wirtschaftliche Interessen verfolgen, doch sollten diese für einen Arzt/Zahnarzt nicht primär der Motivationsgrund für die Durchführung seines Eingriffes sein. Der Gewerbetreibende hingegen darf primär in seinem eigenen Interesse handeln und man wird ihn auch nicht dafür anprangern, wenn er mit gutem Marketing,

²⁷⁸ Vgl. Maio (2015)

Produkte verkauft die niemand benötigt. Aus diesem Grund darf bzw. soll ein guter Zahnarzt niemals ein Gewerbe ausüben. Es erscheint aber unvermeidbar, dass der niedergelassene Zahnarzt auch Geschäftsmann ist, denn nur eine wirtschaftlich gut geführte Praxis hat auf Dauer eine Chance, den Patienten bestmöglich und mit modernsten Methoden zu behandeln.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die „Cosmetic Dentistry“ nicht per se moralisch verwerflich ist. Ein kategorisches Verbot für Zahnärzte, kosmetische Eingriffe oder Maßnahmen durchzuführen, ließe sich ethisch nicht rechtfertigen. Vielmehr liegt es an der Zahnärzteschaft selbst, wie sie mit diesem neuen, wachsenden Tätigkeitsfeld umgeht. Die wunscherfüllende Zahnmedizin wird dann zu einem Problem werden, wenn die Zahnärzte jedem Trend bereitwillig folgen und versuchen jeden Wunsch des Patienten zu erfüllen, unabhängig von einer kritischen Prüfung des Nutzen-Schadens-Verhältnisses der Maßnahmen und der Informiertheit und Wohlabgewogenheit des Behandlungswunsches. Dann könnte es tatsächlich passieren, wie Maio befürchtet, dass sich die Zahnmedizin von ihrer Kernidentität in unvertretbarer Weise entfernt.²⁷⁹ Doch solange die Zahnärztinnen und Zahnärzte diese wunscherfüllenden Maßnahmen erst nach gründlicher Prüfung vornehmen und ausreichend Zeit in das Patientengespräch investieren, so lange wird auch das Vertrauen in die Zahnärzte erhalten bleiben. Die Ergebnisse der sozialempririschen Erhebung verdeutlichen, dass die befragten Zahnärzte sich in ihrem zahnärztlichen professionellen Selbstverständnis auch nicht in Frage gestellt sehen. Vielmehr betonen auch sie, dass es durchaus mit dem Berufspflichten eines Zahnarztes vereinbar ist, kosmetische Eingriffe und Maßnahmen durchzuführen, sofern er dabei die professionellen Standards einer guten Zahnmedizin nicht verletzt. Dass zahnärztliches Handeln ohne Krankheitsbezug erfolgt, scheint für die Befragten durchaus akzeptabel zu sein. Dies mag daran liegen, dass die Ästhetik seit jeher in der Zahnheilkunde eine bedeutende Rolle spielt, sodass die Orientierung an einem Schönheitsideal per se wenig Irritationen auslöst.

Bei der Entscheidungsfindung, ob ein wunscherfüllender Eingriff durchgeführt werden soll oder nicht, kann sich der Zahnarzt an den vier ethischen Grundprinzipien der

²⁷⁹ Vgl. Maio (2015), S. 386

Biomedizin orientieren. Diese sind als ethische Grundlage für Handlungen im Gesundheitswesen weithin anerkannt und in ähnlicher Form auch durch das Rechtssystem sanktioniert.²⁸⁰

Das Prinzip des Wohltuns (oder Nutzens): *„Der Arzt soll das Wohl des Patienten fördern und dem Patienten nützen. Dies umfasst die Verpflichtung des Arztes, Krankheiten zu behandeln oder zu vermeiden. Außerdem soll er Beschwerden lindern und für das Wohlergehen des Patienten sorgen. Während das Prinzip des Nichtschadens fordert, schädigende Eingriffe zu unterlassen, verpflichtet dieses Prinzip den Arzt zu aktivem Handeln.“*²⁸¹

Das Prinzip des Wohltuns müssen Zahnärzte auch bei kosmetischen Eingriffen berücksichtigen. Das Prinzip fordert vom Zahnarzt, die kosmetischen Maßnahmen so durchzuführen, dass das psychische Wohlergehen des Patienten bestmöglich gefördert wird. Insbesondere muss der Zahnarzt prüfen, ob es alternative Maßnahmen (wie z.B. psychotherapeutische Maßnahmen bei einem krankhaften Schönheitsstreben) gibt, die das Wohlergehen des Betroffenen besser und nachhaltiger fördern könnten.

Das Prinzip des Nichtschadens: *„Dieses Prinzip greift den traditionellen ärztlichen Grundsatz dem Patienten nicht zu schaden auf: Der Arzt soll dem Patienten keinen Schaden zufügen („primum nil nocere“). Dieses Prinzip scheint auf den ersten Blick selbstverständlich zu sein, doch können Ärzte dem Patienten oft erst dann helfen, wenn sie auf der anderen Seite ein Schadensrisiko in Form unerwünschter Wirkungen in Kauf nehmen. Gerade bei den zum Teil sehr invasiven Behandlungsverfahren der modernen Medizin (Chemotherapie oder Bestrahlung) gerät das Prinzip der Schadensvermeidung häufig in Konflikt mit dem ersten Prinzip.“*²⁸²

Auch dieses Prinzip kann und muss in der kosmetischen Zahnheilkunde Anwendung finden. Alle ästhetischen Eingriffe müssen so durchgeführt werden, dass sie dem Betroffenen keinen oder einen möglichst geringen Schaden zufügen. Dies erfordert eine eingehende Nutzen-Risiko-Analyse, bei der der Nutzen für den Betroffenen durch die

²⁸⁰ Vgl. Marckmann (2015a), S. 11

²⁸¹ Vgl. Marckmann (2015a), S. 11

²⁸² Vgl. Marckmann (2015a), S. 11

Wunscherfüllung gegenüber möglichen Belastungen und Risiken abgewogen wird. Der Zahnarzt kann und muss Behandlungen ablehnen, wenn diese dem Betroffenen einen Schaden zufügen, der auch erst in ferner Zukunft entstehen könnte (zum Beispiel eine Kronenversorgung an gesunden Zähnen, um die Zahnstellung zu verändern).

Das Prinzip Respekt der Autonomie: *„Das Autonomieprinzip gesteht jeder Person das Recht zu, seine eigenen Ansichten zu haben, seine eigenen Entscheidungen zu treffen und Handlungen zu vollziehen, die den eigenen Wertvorstellungen entsprechen. Das Autonomieprinzip findet seinen Ausdruck in der Forderung des informierten Einverständnisses („informed consent“). Jede diagnostische oder therapeutische Maßnahme muss durch die ausdrückliche Einwilligung des Patienten legitimiert werden.²⁸³ Ein informiertes Einverständnis liegt vor, wenn der Patient ausreichend aufgeklärt worden ist, die Aufklärung verstanden hat, freiwillig entscheidet, dabei entscheidungskompetent ist und schließlich seine Zustimmung gibt.“²⁸⁴*

Das informierte Einverständnis hat bei kosmetischen Maßnahmen in der Zahnmedizin eine ganz besondere Bedeutung. Zunächst muss er sich vergewissern, dass es sich bei dem ästhetischen Wunsch des Betroffenen um einen wohlüberlegt, beständigen Wunsch handelt. So muss der Betroffene vor dem Eingriff, und sei dieser noch so klein, über die Art und Weise der Durchführung der Maßnahme, den zu erwarteten ästhetischen Effekt und die möglichen Belastungen und Risiken aufgeklärt und informiert sein. Dies ist sicher nicht nur die wohlinformierte, selbstbestimmte Entscheidung des Betroffenen, sondern ist zudem auch Grundlage für das unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Das Prinzip der Gerechtigkeit: *„Dieses Prinzip fordert eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen. Es gilt der Grundsatz: Gleiche Fälle müssen gleich behandelt werden. Das bedeutet, dass zwei Patienten mit der selben Krankheit gleich behandelt werden müssen, also die gleichen Untersuchungen und ebenso die gleiche Therapie erhalten müssen.“²⁸⁵*

²⁸³ Vgl. Marckmann (2015a), S. 12

²⁸⁴ Vgl. Marckmann & Bormuth (2012)

²⁸⁵ Vgl. Marckmann (2015a), S. 12

Dieses Prinzip hat bei rein ästhetischen Eingriffen vor allem dann eine Relevanz, wenn es sich um die Behebung einer deutlich von der Norm abweichenden Fehlstellung der Zähne handelt, die bei dem Betroffenen mit einem erheblichen Leidensdruck verbunden ist. Zu solchen Maßnahmen sollten alle Menschen aus gerechtigkeitsethischen Gründen unabhängig von den eigenen finanziellen Möglichkeiten Zugang haben. Bei kosmetischen Maßnahmen, die klar dem Enhancement zuzurechnen sind, bestehen keine vergleichbaren ethischen Verpflichtungen, einen allgemeinen Zugang zu den Maßnahmen zu gewährleisten.

Die vier Prinzipien sollen Zahnärztinnen und Zahnärzten eine ethische Orientierung geben, wie im Einzelfall mit den ästhetischen Wünschen der Patienten umgegangen werden sollte. Für die Praxis sollten diese Prinzipien im Einzelfall angewendet und – im Konfliktfall – gegeneinander abgewogen werden. Sie gewährleisten nicht nur ethisch vertretbare Entscheidungen über kosmetische Maßnahmen im Einzelfall, sondern sichern zudem das Vertrauen der Bevölkerung in die Zahnärzteschaft, trotz einer sich immer stärker etablierenden kosmetischen Zahnheilkunde.

6.3 In welche Richtung verändert sich die Zahnmedizin?

Dass sich Zahnmedizin und Medizin im Lauf der Zeit verändern, steht außer Frage. Sie unterliegen kulturellen und zeitlichen Veränderungen. Dieser Trend ist nicht neu, sondern diesen Trend gibt es seit jeher. In unserer modernen Gesellschaft sind es vor allem die Medien, die einen großen Einfluss auf viele Bereiche unseres Lebens haben, so auch auf die Medizin. Viele sehen eine große Gefahr darin, dass sich zu viele Ärzte von den Medien beeinflussen lassen und in eine Dienstleister Nische drängen lassen. Die Medien kreieren Schönheitsideale, denen heute viele Menschen nacheifern. Man will so aussehen wie jene Leute, die man ständig im Fernsehen und in den Zeitschriften sieht. Dieser Trend wird wahrscheinlich in den kommenden Jahren nicht abflauen oder sich ändern. Es werden sogar neue Trends entstehen, mit denen sich die Zahnmedizin konfrontieren wird müssen. An dieser Stelle gilt es an die Zahnärzteschaft zu appellieren, nicht meinungslos den Trends zu folgen, sondern immer den „ärztlichen Tugenden“ treu zu bleiben, d.h. die professionellen ethischen Verpflichtungen nicht aus

dem Blick zu verlieren. Hierfür könnte es hilfreich sein, das „Genfer Gelöbnis“ bundesweit in den Berufsordnungen der Landes Zahnärztekammern zu verankern. Jeder Zahnarzt sollte schon während des Studiums mit diesem konfrontiert werden und nach diesen Maximen handeln. Auch sollte es einen Ethik-Unterricht in den klinischen Semestern des Zahnmedizinstudiums geben, innerhalb dessen die Studierenden lernen können, ethische Fragen und Herausforderungen in ihrer Praxis zu identifizieren und in einer verantwortungsvollen Art und Weise damit umzugehen. Dies erscheint gerade mit Blick auf die Zunahme kosmetischer Leistungen im zahnärztlichen Bereich dringend geboten. Je früher man mit den ethischen Grundsätzen (zahn-)ärztlichen Handelns konfrontiert wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie im späteren Berufsalltag weiterhin handlungsleitend sind.

Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit einer in Deutschland bislang wissenschaftlich nur wenig diskutierten Thematik, nämlich mit den ethischen Fragen der „Cosmetic Dentistry“. Um einen Überblick zu bekommen, wird ein kurzer Einblick in die zahnärztliche Geschichte sowie in die kulturellen und demographischen Besonderheiten und Bedeutungen der Zähne gewährt. Auch bekommt der Leser einen kurzen Eindruck über die deutsche zahnärztliche Ethik, die Ethik in der Humanmedizin und die Ethik auf internationaler Ebene.

In den letzten Jahren ist zu sehen, dass die „Ästhetische“ bzw. „Kosmetische“ Zahnheilkunde einen massiven Aufwärtstrend erlebt. Durch die Zunahme sogenannter „Dentalstudios“, „Wellnessoasen“ und „Dental Spas“ und die steigende Nachfrage der Bevölkerung nach kosmetischen bzw. ästhetischen Maßnahmen entstehen neue Märkte für die Zahnärzte. Doch dieses neue Betätigungsfeld bringt auch Probleme mit sich. Diese Tatsache führt seit Jahren zu kontroversen Diskussionen zwischen Zahnmedizinern, Rechtswissenschaftlern und Ethikern. Es stellt sich die Frage, ob wir es hier nur mit einem vereinzelt auftretenden Phänomen, oder gar mit einem umkämpften Wachstumsmarkt zu tun haben? ²⁸⁶ Befindet sich „die moderne Zahnheilkunde auf einer gefährlichen Klippe zum Schönheitssalon“²⁸⁷ oder handelt es sich dabei um ein ganz neues Betätigungsfeld außerhalb der Zahnheilkunde? Ferner gilt es zu klären, wofür der Zahnarzt in Zukunft stehen soll bzw. möchte. Was passiert mit dem uns heute bekannten kurativ ausgerichteten Zahnarzt? Wird es ihn auch in Zukunft noch geben oder entsteht eine völlig neue Berufssparte mit Zahnbehandlern, die als Dienstleistungsunternehmer ihre „Kunden“²⁸⁸ betreuen? Diese Fragen kann nur die Zahnärzteschaft selbst, innerhalb gewisser ethischer Grenzen, beantworten.

Methodisch baut die Arbeit auf einer literaturbasierten Analyse und einer sozialempririschen Untersuchung auf. Viele ethische Fragen lassen sich nicht allein analytisch lösen, weshalb es unumgänglich war, die Zahnärzteschaft selbst zu befragen. Hierfür wurde die mündliche und schriftliche Befragung gewählt und der Inhalt wurde

²⁸⁶ Vgl. Groß (2011), S. 906

²⁸⁷ Maio (2009a), S. 413

²⁸⁸ Quernheim (2010), S. 15

mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach *Mayring* ausgewertet und in der anschließenden Synthese zusammengefasst und ethisch bewertet. Es wurden versucht Lösungsansätze zu finden, um mit diesem Thema in der Zahnmedizin adäquat umzugehen.

Die wesentlichen Erkenntnisse aus diesen Stellungnahmen und Befragungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es existiert der Trend zur „Kosmetischen“ und „Ästhetischen“ Zahnmedizin, vor allem in den niedergelassenen Praxen.
- Die Wünsche der Patienten haben sich geändert, ästhetische Versorgung sind sehr wichtig, auch beeinflusst durch die Medien.
- Durch neue Materialien und Werkstoffe in der Zahnheilkunde kann man den ästhetischen Ansprüchen besser gerecht werden.
- Es ist nicht per se moralisch schlecht, wenn Zahnärzte den ästhetischen Ansprüchen der Patienten bei einer Versorgung Folge leisten. Dadurch wird der Zahnarzt nicht gleich zum bloßen Wunscherfüller oder Dienstleister.
- Um diese „wunscherfüllenden“ zahnärztlichen Maßnahmen richtig einzuordnen, ist ein modifizierter Umgang mit der medizinischen Indikation notwendig.²⁸⁹ Der Zahnarzt muss vor jedem „wunscherfüllenden Eingriff“ eine Nutzen-Risiko-Abwägung durchführen und erst dann entscheiden, ob er den Eingriff durchführen kann und in diesem auch eine „Indikation“ sieht.
- Der Patient muss vor jeder wunscherfüllenden Maßnahme ausreichend aufgeklärt werden und eine solche Behandlung darf erst nach einem informierten Einverständnis („informed consent“) des Patienten durchgeführt werden.
- Zahnkosmetik sollte, nach vorheriger Aufklärung und Indikationsstellung vom Zahnarzt durchgeführt werden.
- Der niedergelassene Zahnarzt darf nicht primär in seinem eigenen Interesse handeln und Leistungen verkaufen. Diese Tatsache unterscheidet ihn vom Gewerbetreibenden. Der Zahnarzt muss sich primär für das Wohle des Patienten einsetzen und darf dafür auch Geld verlangen. Doch dieses Geld sollte nicht der Motivationsgrund für sein Handeln sein.

²⁸⁹ Vgl. Maio (2015)

- Die vier ethischen Prinzipien [Respekt der Autonomie des Patienten (Selbstbestimmungsrecht), Nichtschadensgebot (Verbot, dem Patienten einen ungerechtfertigten Schaden zuzufügen), Prinzip des Wohltuns (Verpflichtung auf das Wohl des Patienten) und Prinzip der Gerechtigkeit (Verpflichtung auf eine gerechte Behandlung der Patienten)] geben den Zahnärztinnen und Zahnärzten eine ethische Orientierung, wie im Einzelfall mit den Wünschen der Patienten umgegangen werden sollte, und sichern das Vertrauen der Bevölkerung in die Zahnärzteschaft.

7 Literaturverzeichnis

Alt, W. K. (2010): Die historische Entwicklung der zahnärztlichen Prothetik In: Strub, J. R., Kern, M., Türp, J. C., Witkowski, S., Heydecke, G. & Wolfart, S. (Eds.): *Curriculum Prothetik*. Berlin: Quintessenz Verlag-GmbH.

Arbeitskreis-Ethik. Arbeitskreis Ethik will zu interdisziplinärer Diskussion anregen. 2010 [Stand: 23.03.2010]; Abrufbar unter: <http://www.dgzmk.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/news/arbeitskreis-ethik-will-zu-interdisziplinaerer-diskussion-anregen.html> [Abruf: 06.09.2012].

Arnheim, R. (1969): *Art and Visual Perception. A Psychology of the Creative Eye*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Bermann, H.-O. (2009): Ästhetische Zahnheilkunde – Marketing oder Notwendigkeit? *Zahnarzt & Praxis* 12 (4), S. 256.

Bermann, H.-O. (2010): Eine Replik auf eine Replik - weitgehende Zustimmung zu Prof. Dr. Maio. *Zahnarzt & Praxis* 13 (1), S. 32.

Bettin, H., Spassov, A., & Werner, M. H. (2015): Asymmetrien bei der Einschätzung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs. *Ethik in der Medizin* 3.

Biller-Andorno, N., & Salathé, M. (2013): Human Enhancement: Einführung und Definition. *Schweizerische Ärztezeitung* 94, S. 168 - 172.

BLZK. Berufsordnung für die Bayerischen Zahnärzte. 2014; Abrufbar unter: [http://www.blzk.de/blzk/site.nsf/gfx/berufsordnung.pdf/\\$file/berufsordnung.pdf](http://www.blzk.de/blzk/site.nsf/gfx/berufsordnung.pdf/$file/berufsordnung.pdf) [Stand: 20.11.2014].

Bodenseeklinik.de. Interview mit Prof. Mang zum Thema "Schönheit und Ästhetik".
Bodenseeklinik; 2011; Abrufbar unter: <http://www.bodenseeklinik.de/interview-mit-prof-mang-zum-thema-schoenheit-und-aesthetik> [16.08.2015].

Bundeszahnärztekammer. Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer vom
19.05.2010. 2010; Abrufbar unter:
<http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/recht/mbo.pdf> [Abruf: 28.10.2012].

Cohen, E. S. (2007): *Atlas of Cosmetic and Reconstructive Periodontal Surgery*:
PMPH-USA.

Cohen, R. (1978): The quality of life of the dentist as perceived by society. *Int Dent J*
28 (3), S. 332-337.

Cooper, K. H. (1985): *The Aerobics Program For Total Well-Being*. New York:
Bantam.

Dental Spa Experts Estimate That Up To 5% of Dental Practices in the USA Currently
Offer "Dental Spa" Or Spa Dentistry Services. [The Free Library] 2008 [Stand:
12.03.2008]; Abrufbar unter:
<http://www.thefreelibrary.com/Dental+Spa+Experts+Estimate+That+Up+To+5%+of+Dental+Practices+in+the...-a0176597291> [06.10.2014].

Di Matteo, M. R., Mc Bride, C. A., Shugars, D. A., & O'Neil, E. H. (1995): Public
attitudes towards dentists: a U.S. household survey. *J Am Dent Assoc* 126, S.
1563-1570.

Die DGÄZ stellt sich vor. 2014; Abrufbar unter: <http://www.dgaez.de/die-dgaez/portrait.html> [21.10.2014].

- Die Grundordnung der DGÄZ. 2014; Abrufbar unter: <http://www.dgaez.de/die-dgaez/die-vereins-satzung.html> [21.10.2014].
- DUDEN. (2014): *Die deutsche Rechtschreibung* (26. Auflage ed.). Berlin: Bibliographisches Institut.
- Dunn, H. L. (1959): High-Level Wellness for Man and Society. *American Journal of Public Health* 49 (6).
- Düwell, M. (2011): *Handbuch Ethik* (3., aktualisierte Aufl. ed.). Stuttgart [u.a.]: Metzler.
- Eberbach, W. H. (2008): Die Verbesserung des Menschen – Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin –. *Medizinrecht* 26, S. 325-336.
- Figgenger, L. (1995): Ästhetische Zahnmedizin im Blickpunkt des Rechts. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 50, S. 435.
- Finckenstein, J. G. v. (2000): Plastische Chirurgie: Was die Kassen als Krankheit anerkennen. *Dtsch Arztebl International* 97 (4), S. 157.
- Flemming, G., & Breyer, T. (2000): Zahnheilkunde einst und jetzt, eine faszinierende Geschichte. *ZahnRat* 29, S. 1-6.
- Gängler, P. (2010): Entwicklung der zahnärztlichen Behandlung In: Gängler, P., Hoffmann, T., Willershausen, B., Schwenger, N. & Ehrenfeld, M. (Eds.): *Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie*. Stuttgart: Thieme.
- Gernet, W., & Biffar, R. (2011): *Zahnärztliche Prothetik*. Stuttgart: Thieme.

- Gersin, C. (2011): Wellness für die Zähne. *ZWP spezial - Zahnarzt, Wirtschaft, Praxis* 10.
- Gerstl, J. E., & Cohen, L. K. (1964): Dissensus, situs and ecocentrism. *Brit. J. Sociol.* 15, S. 254.
- Gesang, B. (2006): „Enhancement“ zwischen Selbstbetrug und Selbstverwirklichung. *Ethik in der Medizin* 18, S. 10-26.
- Grave, R. (2008): Zahnschmuck fremder Kulturen: Raubtierzahn, Lippenscheibe und Zackenfeilung. *Zahnärztliche Mitteilungen* 98 (1), S. 26-32.
- Groß, D. (2002): *Zwischen Theorie und Praxis 3: Ethik in der Zahnheilkunde*. Würzburg: K&N.
- Groß, D. (2006a): Die Anfänge der Schulzahnpflege in Deutschland: Eine Geschichte der Eigeninitiativen (120 Jahre zahnärztliche Reihenuntersuchungen). In: Groß, D. (Hg.): *Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde*. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 151-159.
- Groß, D. (2006b): Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Der Stellenwert zahnbehandelnder Maßnahmen in den Anfängen der Gesetzlichen Krankenversicherung (1883-1919). In: Groß, D. (Hg.): *Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde*. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 129-148.
- Groß, D. (2008): *Normal - anders - krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.

- Groß, D. (2009a): Wunscherfüllende Zahnmedizin: Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellness-Oase? In: Kettner, M. (Hg.): *Wunscherfüllende Medizin ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt [u.a.]: Campus-Verl., S. 103-122.
- Groß, D. (2009b): Zwischen Wunscherfüllung und Körperverletzung: Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellness-Oase. In: Kettner, M. (Hg.): *Wunscherfüllende Medizin : ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt am Main: Campus, S. 103-122.
- Groß, D. (2011): Aufbruch zu neuen Ufern? "Cosmetic Dentistry" und ihre professionellen und ethischen Implikationen. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 66 (12), S. 905-912.
- Groß, D. (2012): *Ethik in der Zahnmedizin: ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten klinischen Fällen*. Berlin [u.a.]: Quintessenz-Verl.
- Groß, D. (2013): Ethik in der zahnärztlichen Ausbildung - Ergebnisse des deutschen Pilotprojekts "Dental Ethics". *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 68 (8), S. 483-489.
- Groß, D. (2014): Neue Begriffe in der Zahnmedizin: Wunscherfüllende (Zahn-) Medizin. *Zahnärztliche Mitteilungen* 20, S. 52-56.
- Groß, D., & Schäfer, G. (2011): Körperschmuck im Orofazialbereich in historischer und aktueller Sicht. *ZMK - Zahnheilkunde, Management, Kultur* 27 (9), S. 530-536.
- Groß, D., & Wolfart, S. (2009): Ethik in der Zahnheilkunde – Ein blinder Fleck in der deutschen Zahnheilkunde. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 64 (7), S. 393-395.

- Groß, D., Wolfart, S., & Schäfer, G. (2009): „Ethik in der Zahnheilkunde“ im internationalen Vergleich. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 64 (7), S. 410-418.
- Groß, D., Wolfart, S., & Schäfer, G. (2010): Ethik in der Zahnheilkunde - ein Stiefkind in Deutschland. *Zahnärztliche Mitteilungen* 100 (6), S. 28-40.
- Hahn, E. (2010): Bleaching, professionelle Zahnreinigung und Zahnschmuck – Ästhetisch motivierte Maßnahmen und der Begriff der „Zahnheilkunde“. *Medizinrecht* 28, S. 485-491.
- Harzer, W. (2011): *Kieferorthopädie*. Stuttgart: Thieme.
- Haywood, V. B. (1990): Research on Whitening Teeth Makes News. *NC Dental Review* 7 (2), S. 9.
- Herrmann, B. (2006): Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation. *Ethik in der Medizin* 18 (1), S. 71-80.
- Hoffmann-Axthelm, W. (1985): *Die Geschichte der Zahnheilkunde* (2., neubearb. und erw. Aufl. ed.). Berlin [u.a.]: Quintessenz-Verl.-GmbH.
- Hornstein, O. P. (2006): *Ärztliches Berufsethos – Grundlagen und aktuelle Entwicklungen*. Erlangen.
- Interessenverband der Zahnkosmetik e.V.: Was ist Zahnkosmetik. Abrufbar unter: <http://www.bvdzk.de> [Abruf: 25.08.2012].
- Ipsos-i:Omnibus[TM]-Umfrage. Angst vor dem Zahnarztbesuch. 2014 [Stand: 24.02.2014]; Abrufbar unter: <http://www.presseportal.de/pm/14591> [06.10.2014].

- Isbaner, H. (2009): Ethik und Ästhetik. *face* 4, S. 3.
- Jeffcoat, M. K. (2002): A dentists' bill of rights. What are the fundamental principles? *J Am Dent Assoc* 133 (5), S. 540, 543.
- Kanner, L. (1928): *Folklore of the teeth*. New York: Macmillan.
- Kettner, M. (2006a): Assistenz zum guten Leben: Der Trend zur wunscherfüllenden Medizin. *Ethik in der Medizin* 18, S. 5-9.
- Kettner, M. (2006b): „Wunscherfüllende Medizin“ – Assistenz zum besseren Leben? *G+G Wissenschaft* 6 (2), S. 7-16.
- Kluckhuhn, C. (2003): Die Geschichte des Lächelns: Mona Lisa hatte nichts zu lachen. *Zahnärztliche Mitteilungen* 19, S. 34 ff.
- Köcher, F. (1963): *Die babylonisch-assyrische Medizin in Texten und Untersuchungen - Keilschrifttexte aus Assur; Bd. 1*. Berlin: de Gruyter.
- Lambden, P. (2002): *Dental Law and Ethics*: Radcliffe Medical Press.
- Lässig, H. E., & Müller, R. A. (1983): *Die Zahnheilkunde in Kunst- und Kulturgeschichte*. Köln: DuMont.
- Lichtenthaeler, C. (1984): *Der Eid des Hippokrates*. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Locher, W. G. (1998): *100 Jahre zahnmedizinische Lehrstühle an der Universität München*. München: Cygnus Verlag.
- LZKBW. Berufsordnung für Zahnärzte der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg. 2010; Abrufbar unter: <http://www.lzkbw.de/PHB/PHB->

CD/Gesetze_Vorschriften/Ordnungen_Richtlinien/Berufsordnung.doc [Stand: 20.11.2014].

- Maihofer, M. (2004): Is there hope for dental ethics? An interview with ethics expert Dr. David Ozar. Interview by Michael Maihofer. *J Michigan Dent Assoc* 86 (48), S. 50-51.
- Maio, G. (2006a): Die Präferenzorientierung der modernen Medizin als ethisches Problem: Ein Aufriss am Beispiel der Anti-Aging-Medizin. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 52 (4), S. 339-353.
- Maio, G. (2006b): Ethische Grenzen kosmetischer Maßnahmen in der Zahnheilkunde. *Zahnärztliche Mitteilungen* 96 (10), S. 78-83.
- Maio, G. (2007a): Ist die ästhetische Chirurgie überhaupt noch Medizin? Eine ethische Kritik. *Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie* 39, S. 189-194.
- Maio, G. (2007b): Medizin auf Wunsch? Eine ethische Kritik der präferenzorientierten Medizin, dargestellt am Beispiel der Ästhetischen Chirurgie. *Dtsch Med Wochenschr* 132, S. 2278-2281.
- Maio, G. (2009a): Die moderne Zahnheilkunde auf der gefährlichen Klippe zum Schönheitssalon. *Zahnarzt & Praxis* 12 (6), S. 413-415.
- Maio, G. (2009b): Die Zahnmedizin zwischen Heilkunde und Beauty-Industrie. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin* 119 (1), S. 47-56.
- Maio, G. (2012): *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer.

- Maio, G. (2015): Wunscherfüllende Medizin In: Marckmann, G. (Hg.): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 377-386.
- Mang, W. L. (2003): Das Streben nach Schönheit, Jugend und Gesundheit als gesellschaftlicher Trend. *cosmetic dentistry 1*, S. 12-16.
- Marckmann, G. (2015a): Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin. In: Marckmann, G. (Hg.): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 3-13.
- Marckmann, G. (2015b): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Marckmann, G., & Bormuth, M. (2012): Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis: Einführung. In: Wiesing, U. (Hg.): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Stuttgart: Philipp Reclam jun., S. 96-106.
- Marckmann, G., Bormuth, M., & Wiesing, U. (2004): Allgemeine Einführung in die medizinische Ethik. In: Wiesing, U. (Hg.): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Stuttgart: Reclam, S. 455 S.
- Margolis, F. (2008): Dental ethics and professionalism. [Editorial]. *Alpha Omegan 101*, S. 123-124.
- Mayer, G. (2003): Ästhetische Zahnmedizin - knallhart reflektiert. Der Trend darf nicht an unserem ZahnMediziner-Image wackeln. *Zahnärztliche Mitteilungen 93* (2), S. 12.
- Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5 ed.): Weinheim.

- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (8 ed.): Weinheim.
- Micheelis, W., Bergmann-Kraus, B., & Reich, E. (2010): *Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie*. Köln: Institut der Deutschen Zahnärzte.
- Nemec, M. (2003): Oral Wellness. *Zahnärztliche Mitteilungen* 6, S. 106 ff.
- Nemec, S. (2002): Was Patienten wünschen - und wie sie kaufen: In fünf Phasen zur Entscheidung. *Zahnärztliche Mitteilungen* 7, S. 80 ff.
- Nemec, S., & Börkirchner, H. (2004): Neue Ansprüche, neue Wünsche. *Zahnärztliche Mitteilungen* 1, S. 62 ff.
- Nezar, W., & Hussein, E. (2011): Kieferorthopädie und dentogingivale Ästhetik. *cosmetic dentistry* 1, S. 42-44.
- Oberlandesgericht-Hamm. Urteil vom 7. Juni 2005, Aktenzeichen: 4 U 34/05 "Zahnarzt darf mit "Kussmund" werben". 2005; Abrufbar unter: http://www.olg-hamm.nrw.de/behoerde/presse/archiv/2005_pressearchiv/15_kussmund/index.php [Stand: 22.11.2014].
- Ozar, D. (2000): Dental ethics as an intellectual discipline: taking the next step. *J Am Coll Dent* 67 (1), S. 30-34.
- Pincus, C. L. (1937): *Building mouth personality*. San Jose, California: A paper presented at: California State Dental Association.

- Porsche mit 30? Das war einmal! : FAZ.net; [Stand: 20.11.2008]; Abrufbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/recht-und-gehalt/zahnmediziner-porsche-mit-30-das-war-einmal-1724534.html> [31.07.2012].
- Prettin, M. (2005): Gesundheitswirtschaft: Hinter der weißen Fassade, *Financial Times Deutschland* vom 16.02.2005.
- Pride, J. (1991): Dealing with dentist's image dilemma. *J Am Dent Assoc* 122, S. 91-92.
- proDente-Umfrage. (2005): proDente-Umfrage zur Ästhetik: Der Zahnarzt lotst. *Zahnärztliche Mitteilungen* 95 (15), S. 18.
- Quernheim, G. (2010): *Arbeitgeber Patient: Kundenorientierung in Gesundheitsfachberufen*. Berlin ; Heidelberg: Springer.
- Ratzel, F. (1887): *Völkerkunde Bd. I: Die Naturvölker Afrikas*. Leipzig: Bibliogr. Inst.
- Rosentritt, M., Lang, R., Plein, T., Behr, M., & Handel, G. (2003): Das Bleichen von Zähnen - Eine Übersicht. *Quintessenz* 54 (3), S. 255-260.
- Sander, G. F., Schwenzer, N., & Ehrenfeld, M. (2011): *Kieferorthopädie*. Stuttgart: Thieme.
- Schäfer, G. (2008): Zwischen Akzeptanz und Ablehnung : Modifikationen im Orofazialbereich unter besonderer Berücksichtigung von Dental Piercing und Tattoos. In: Groß, D. (Hg.): *Normal - anders - krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges., S. 305-330.
- Schmidseder, J. (2009): *Ästhetische Zahnmedizin* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl. ed.). Stuttgart [u.a.]: Thieme.

- Schmidseder, J., & Munz, T. (2008): *Ästhetische Zahnmedizin* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl. ed.). Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Schneller, T., Micheelis, W., & Hendriks, J. (2001): Individualprophylaxe bei Erwachsenen. *IDZ-Forschung* 4.
- Schröder, H. (1906): *Die künstliche Deformation des Gebisses - eine zahnärztlich-ethnologische Studie*. Greifswald: Abel.
- Schwartz, B. (2004): A call for ethics committees in dental organizations and in dental education. *J Am Coll Dent* 71, S. 35-39.
- SGB. "Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist". 2014; Abrufbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf [Stand: 21.11.2014].
- Sharp, H. M., & Kuthy, R. A. (2008): What do dental students learn in an ethics course? An analysis of student-reported learning outcomes. *J Dent Educ* 72 (12), S. 1450-1457.
- Singh, V. P., Uppoor, A. S., Nayak, D. G., & Shah, D. (2013): Black triangle dilemma and its management in esthetic dentistry. *Dental Research Journal* 10 (3), S. 296-301.
- Staehele, H. J. (2008): Gilt das Genfer Gelöbnis auch für Zahnärzte? *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 63 (11), S. 734-742.
- Stelzl, S. (2005): Zahnbleaching aus rechtlicher Sicht - Selbstständige Bleaching-Shops unzulässig. *cosmetic dentistry* 3, S. 61-65.

- Tabanelli, M. (1963): *La medicina nel mondo degli Etruschi*. Firenze: Olschki.
- Talarico, G., & Morgante, E. (2013): Die menschliche Dimension: Ästhetik in der Gesellschaft und in der Medizin *The European Journal of Esthetic Dentistry* 8 (2), S. 160-181.
- Tams, K. (2010): *Wellness-ABC – Infos rund um Wellness*. Köln: Vista-Point-Verlag.
- Terkla, L. G., & Lu, K. H. (1966): Dental career guidance, manpower, and social prestige. *J Am Coll Dent* 33, S. 108-115.
- Tintemann-Schmidt, U. (2007): Kommentar zur Arbeit von G. Maio: Ist die ästhetische Chirurgie überhaupt noch Medizin? Eine ethische Kritik (Handchir Mikrochir Plast Chir 2007; 39: 189-194). *Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie* 39, S. 195-196.
- Trautmann, L. (2009): Die Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde stellt sich vor. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 64 (3), S. 188-189.
- USA-Today. Dentists begin offering spa massages and peppermint foot scrubs to take the pain away. 2007 [Stand: 02.08.2007]; Abrufbar unter: http://usatoday30.usatoday.com/news/health/2007-02-08-dental-spas_x.htm [06.10.2014].
- Vetter, C. (2003): Anti-Aging - der neue Trend. *Zahnärztliche Mitteilungen* 7, S. 84 ff.
- Watzek, G., Fürhauser, R., & Mailath-Pokorny, G. (2009): Zahnärztliche Implantate. In: Schwenzer, N. & Ehrenfeld, M. (Eds.): *Zahnärztliche Chirurgie*. Stuttgart: Thieme.
- White, J. W. (1872): Aesthetic dentistry. *Dental Cosmos* 14, S. 144-145.

- Wiesing, U. (2006): Die ästhetische Chirurgie: Eine Skizze der ethischen Probleme. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 52, S. 139-154.
- Wiesing, U., & Marckmann, G. (2009): 100 Beiträge zur Medizinischen Ethik im Ärzteblatt Baden-Württemberg - Ein Blick zurück und ein Blick nach vorne. *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 64 (1), S. 16-19.
- Will, R. (2001): *Zähne, Menschen und Kulturen - Evolution, phylogenetische und kulturhistorische Aspekte ; eine Dokumentation aus Jahrtausenden*. Weißbach: Beier & Beran.
- Williams, J. R. (2005): *Handbuch der ärztlichen Ethik*. Ferney-Voltaire: WMA.
- Williams, J. R. (2007): *Dental Ethics Manual*: FDI World Dental Federation.
- Wolf, C. A., & Ramseier, C. A. (2012): Das Image der Zahnmedizin - Teil 1: Ergebnisse einer Literaturrecherche. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin* 122 (2), S. 121-126.
- Wottrich, S. (2010): *Ethik und Recht im Studium der Zahnmedizin und im beruflichen Alltag*. Hannover: Diss. med. dent.
- Yamalik, N. (2005): Dentist-patient relationship and quality care 1. Introduction. *Int Dent J* 55 (2), S. 110-112.
- Zahnarzt24.com. Zahntourismus in Deutschland. 2020; Abrufbar unter: <http://www.zahnarzt24.com/dental-hotel.php?> (Aufgerufen am: 2.1.2020).
- Zahnärztliche-Mitteilungen-online. Einzelpraxisneugründung kostet eine halbe Million Euro. 2019; Abrufbar unter: <https://http://www.zm->

online.de/news/nachrichten/einzelpraxisneugruendung-kostet-eine-halbe-million-euro/ [Abgerufen: 2.1.2021].

Zahorka, H. (2001): Der Zahn als Kulturobjekt: Dreieckszähne, Zahnschwärzung oder -feilung - Traditionen anderer Kulturen. *Zahnärztliche Mitteilungen* 16, S. 40 ff.

ZÄPrO. "Approbationsordnung für Zahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2123-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 34 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist". 2011; Abrufbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/z_pro/BJNR000370955.html [Stand: 4.11.2014].

ZHG. "Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301) geändert worden ist. 2014; Abrufbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/zhg/gesamt.pdf> [Stand: 19.11.2014].

Zurstraßen, A. (2011): Professionelle Zahnreinigung durch selbstständige Zahnkosmetikerin unzulässig und sogar strafbar. *Quintessenz* 62 (7), S. 963-964.

ZWP-Online-Maio. Im Interview: Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Mediziner und Ethiker aus Freiburg im Breisgau. ZWP-Online; 2008; Abrufbar unter: <http://www.zwp-online.info/de/fachgebiete/cosmetic-dentistry/im-interview-prof-dr-med-giovanni-maio-mediziner-und-ethiker-aus> [28.05.2012].

ZWP-Online-Reusch. Im Interview: Dr. Dieter Reusch, Präsident DGÄZ, Westerburg. ZWP-Online; 2008; Abrufbar unter: <http://www.zwp-online.info/de/fachgebiete/cosmetic-dentistry/im-interview-dr-dieter-reusch-praesident-dgaez-wersterburg> [28.05.2012].

ZWP-Online-Wahlmann. Im Interview: Dr. Jürgen Wahlmann, Präsident DGKZ, Edewecht. ZWP-Online; 2008; Abrufbar unter: <http://www.zwp-online.info/de/fachgebiete/cosmetic-dentistry/im-interview-dr-juergen-wahlmann-praesident-dgkz-edewecht> [28.05.2012].

8 Abkürzungsverzeichnis

ADA	American Dental Association
APW	Akademie Praxis und Wissenschaft
ÄZM	Ästhetische Zahnmedizin
BELIT	Bioethik-Literaturdatenbank
BVB	Bibliotheksverbundes Bayern
CAD/CAM	computer-aided design and computer-aided manufacturing
DGÄZ	Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde e.V.
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V
DRZE	Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften
FDI	Fédération Dentaire Internationale
KFO	Kieferorthopädie
n. Chr.	nach Christus
OLG	Oberlandesgericht
OPAC	Online Public Access Catalogue
PA	Parodontitis
PZR	Professionelle Zahnreinigung
SÄT	Säure-Ätz-Technik
v. Chr.	vor Christus
ZHK	Zahnheilkunde

9 Anhang



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
ETHIK, GESCHICHTE UND THEORIE DER MEDIZIN
VORSTAND:
PROF. DR. MED. GEORG MARCKMANN, MPH



Befragung der Zahnärzteschaft zur Entwicklung der ästhetischen Zahnheilkunde

Im Rahmen des Dissertationsprojekts „Degeneriert die moderne Zahnheilkunde zu einem gewinnbringenden Dienstleistungsunternehmen? Eine ethische Bewertung der ‚Cosmetic Dentistry‘“

Wir möchten Sie bitten, an einer Interviewstudie mitzumachen, die im Rahmen eines Dissertationsprojektes durchgeführt wird.

Über das Dissertationsprojekt: In der Dissertation wird die derzeitige ethische Situation der ästhetischen und kosmetischen Zahnheilkunde in Deutschland beschrieben und bewertet. Auffallend ist, dass dieser Bereich in der heimischen Zahnärzteschaft eine immer größer werdende Wichtigkeit einzunehmen scheint. Neben der Bedeutung und der normativen Bewertung der ästhetischen Zahnheilkunde sollen auch die Zahnärzte zu dieser sehr brisanten Entwicklung Stellung nehmen. Diese Stellungnahmen werden in Form kurzer Interviews eingeholt, um herauszufinden, wie der Zahnarzt selbst zu dieser Thematik steht und wo er sich in diesem neuen, hart umkämpften Wachstumsmarkt in Zukunft sieht.

Betreut wird das Dissertationsprojekt von Prof. Dr. med. Georg Marckmann vom Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der LMU München.

Teilnahme an der Studie und Datenschutz: Die Gespräche mit Ihnen unterliegen der Schweigepflicht. Wir werden die Gespräche aufzeichnen und anschließend aufschreiben, um den Inhalt wissenschaftlich besser auswerten zu können. Der Gesprächstext wird in anonymer Form ausgewertet und aufbewahrt, d.h. es ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich. In die Dissertation können einzelne Zitate eingehen, selbstverständlich ohne dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen.

Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und ausschließlich der Projektleitung zugänglichen Stelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit dem Gespräch nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Ebenso können Sie die Löschung des Interviews verlangen.

Dienstgebäude
Nußbaumstr. 2
80336 München

Öffentliche Verkehrsmittel
Bus: 58 Beethovenplatz
U-Bahn: U1, U2 Sendlinger Tor
U3, U6 Goetheplatz

Bayerische Landesbank München
Kto. 24 868 BLZ 700 500 00
UST-IdNr. DE 811 205 325

Bei Rückfragen können Sie sich jederzeit wenden an:

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorstand des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Nußbaumstrasse 5
80336 München
Tel.: 089/5160 2750
Email: marckmann@lmu.de

oder: André Wassermann
Doktorand an der Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Nußbaumstrasse 5
80336 München
Tel.: 0176/3898 2112
Email: a.wassermann@gmx.net

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Bereitschaft, uns für ein Gespräch zur Verfügung zu stehen.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AM INTERVIEW

***Befragung der Zahnärzteschaft zur Entwicklung der
ästhetischen Zahnheilkunde***

Name: _____

Aufgeklärt von: _____

1. Ich wurde über Sinn und Zweck sowie den Inhalt der Studie aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Zeit, alle meine aufkommenden Fragen zu meiner Zufriedenheit zu klären, auch im Hinblick auf die datenschutzrechtlichen Fragen.
2. Ich erkläre mich bereit, an oben genannter Studie teilzunehmen.
3. Ich verstehe, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile entstehen.
4. Ich bin mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von persönlichen Daten/Auskünften einverstanden. Ich habe verstanden, dass mein Name im Rahmen dieser Studie nicht genannt wird, alle Informationen nur in anonymisierter Form wiedergegeben werden und ich bin daher einverstanden, dass Berichte erstellt werden, ohne dass es meiner Zustimmung bedarf.
5. Eine Kopie der Information und der Einwilligung wurde mir ausgehändigt.

Teilnehmer: Die oben genannten Punkte sind erfüllt und ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten einverstanden._____
Ort, Datum_____
Unterschrift Teilnehmer/in**Interviewer: Ich habe den Teilnehmer umfassend über die Studie sowie die Verwendung seiner Daten aufgeklärt.**_____
Ort, Datum_____
Unterschrift Interviewer

Dissertationsprojekt:
Degeneriert die moderne Zahnmedizin zu einem gewinnorientierten
Dienstleistungsunternehmen?
Eine ethische Bewertung der „Cosmetic Dentistry“

**Interviewleitfaden zur Befragung der Zahnärzteschaft
zu der oben geschilderten Thematik**

Entwurf: André Wassermann

Dissertationsbetreuer: Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Lessingstraße 2
80336 München

André Wassermann

1. Einleitung
 - 1.1. Vorstellung des Interviewers
 - 1.2. kurze Vorstellung des Projektes
 - 1.3. Vereinbarung zur Verwendung der Interviewergebnisse
2. Die Kosmetische bzw. ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?
 - 2.1. Hat diese Entwicklung auch Einfluss auf die Behandlung in Ihrer Klinik/Praxis?
 - 2.1.1. Wenn ja: Wie zeigt es sich? (Patientenwünsche, Mitarbeiter, Angestellte)
 - 2.2. Welche Möglichkeiten und Grenzen sehen Sie in diesem hart umkämpften Wachstumsmarkt?
3. Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?
4. Wo liegt Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen ästhetischer und kosmetischer Zahnheilkunde, bzw. wo liegt die Grenze zwischen kurativen und nicht kurativen Behandlungen in der zahnärztlichen Praxis?
 - 4.1. Sollte es eine stärkere Trennung zwischen beiden Gebieten geben?
5. Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die Medien?
 - 5.1. Besteht die Gefahr, dass von den Medien ein verzerrtes Schönheitsideal kreiert wird?
6. Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?
7. Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?
 - 7.1. Welche Bedeutung hat für Sie die funktionelle Zahnheilkunde?
 - 7.2. Gehört die Parodontologie Ihrer Meinung nach zu den Eckpfeilern einer modernen Zahnmedizin?
8. Dank und Verabschiedung!

André Wassermann



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

INSTITUT FÜR
ETHIK, GESCHICHTE UND THEORIE DER MEDIZIN
VORSTAND:
PROF. DR. MED. GEORG MARCKMANN, MPH



Befragung der Zahnärzteschaft zur Entwicklung der ästhetischen Zahnheilkunde

*Im Rahmen des Dissertationsprojekts „Degeneriert die moderne Zahnheilkunde zu
einem gewinnbringenden Dienstleistungsunternehmen? Eine ethische Bewertung der
„Cosmetic Dentistry““ (Arbeitstitel)*

Sehr geehrte Damen und Herren,

— ich möchte Sie bitten, an einer Interviewstudie mitzumachen, die ich im Rahmen
meines Dissertationsprojektes durchführe.

In der Dissertation wird die derzeitige Situation der ästhetischen und kosmetischen
Zahnheilkunde in Deutschland beschrieben und aus ethischer Perspektive bewertet.
Auffallend ist, dass dieser Bereich auch in der deutschen Zahnärzteschaft eine immer
größere Wichtigkeit einzunehmen scheint. Neben der Bedeutung und der normativen
Bewertung der ästhetischen Zahnheilkunde sollen im Rahmen der Arbeit auch die
Zahnärzte Gelegenheit bekommen, zu dieser durchaus kontrovers diskutierten
Entwicklung Stellung zu beziehen. Diese Stellungnahmen sollen in Form kurzer
— Interviews eingeholt werden, um herauszufinden, wie die befragten Zahnärzte selbst
zu dieser Thematik stehen und wo sie sich, in diesem neuen, hart umkämpften
Wachstumsmarkt in Zukunft sehen.

Betreut wird das Dissertationsprojekt von Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH am
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der LMU München und von
Prof. Dr. Dr. Joseph Kastenbauer.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die Zeit finden würden und den beiliegenden
Fragebogen beantworten könnten.

— Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

André Wassermann

Doktorand an der Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Staudingerstraße 63, 81735 München
Tel.: 0176/3898 2112
Email: a.wassermann@gmx.net

Dienstgebäude
Nußbaumstr. 2
80336 München

Öffentliche Verkehrsmittel
Bus: 58 Beethovenplatz
U-Bahn: U1, U2 Sendlinger Tor
U3, U6 Goetheplatz

Bayerische Landesbank München
Kto. 24 868 BLZ 700 500 00
UST-IdNr. DE 811 205 325

Befragungsbogen schriftlich (Seite 1)

1. Die Kosmetische bzw. ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?
 - 1.1. Hat diese Entwicklung auch Einfluss auf die Behandlung in Ihrer Klinik/Praxis?
 - 1.2. Welche Möglichkeiten und Grenzen sehen Sie in diesem hart umkämpften Wachstumsmarkt?
2. Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?
3. Wo liegt Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen ästhetischer und kosmetischer Zahnheilkunde, bzw. wo liegt die Grenze zwischen kurativen und nicht kurativen Behandlungen in der zahnärztlichen Praxis?
 - 3.1. Sollte es eine stärkere Trennung zwischen beiden Gebieten geben?
4. Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die Medien?
 - 4.1. Besteht die Gefahr, dass von den Medien ein verzerrtes Schönheitsideal kreiert wird?
5. Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?
6. Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?
 - 6.1. Welche Bedeutung hat für Sie die funktionelle Zahnheilkunde?
 - 6.2. Gehört die Parodontologie Ihrer Meinung nach zu den Eckpfeilern einer modernen Zahnmedizin?

Vielen, vielen Dank für Ihre Hilfe!

Befragungsbogen schriftlich (Seite 2)

Im folgenden Abschnitt bitte ich Sie noch um Ihre Personalien und um Ihr Einverständnis zur Verwendung Ihrer Antworten aus dem Fragebogen für meine Dissertation.

Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Anschrift: _____

1. Ich habe den Sinn und Zweck sowie den Inhalt der Studie verstanden.
2. Ich erkläre mich bereit, an oben genannter Studie teilzunehmen.
3. Ich verstehe, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile entstehen. Im Falle des Widerrufs meiner Einwilligung werden die gespeicherten Daten unverzüglich vernichtet.
4. Ich habe verstanden, dass mein Name im Rahmen dieser Studie nicht genannt wird, alle Informationen nur in anonymisierter Form wiedergegeben werden und ich bin daher einverstanden, dass Berichte erstellt werden, ohne dass es meiner Zustimmung bedarf.

Teilnehmer: Die oben genannten Punkte sind erfüllt und ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten nach Maßgabe dieser Teilnehmerinformation einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Befragungsbogen schriftlich (Seite 3)

An dieser Stelle des Anhangs befinden sich die transkribierten Interviews. Der Text wurde zunächst wortgetreu übertragen. Sprechpausen, Floskeln, „Ahs“ oder sonstige, den Inhalt nicht verändernde und überflüssige Äußerungen wurden in einer zweiten Überarbeitung der Transkripte weggestrichen. Dialekt wurde soweit als möglich in normales Schriftdeutsch übertragen.

Interview 01/03-13

Interviewer: Die Kosmetische bzw. Ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?

Befragter männlich: Wenn es darum geht, die Patientenseite zu beleuchten, steigt die Nachfrage in den letzten Jahren. Die Nachfrage steigt in den letzten Jahren speziell beim Bleaching. Die Schönheit ist für viele Patienten - glaube ich - doch noch wichtiger als die Kaufähigkeit. Es ist wichtiger, dass es vorne schön ist. Auch wenn nur noch sechs Zähne vorne sind, sind diese wichtiger als der Biss, für viele Patienten.

Interviewer: Hat dieser Trend auch auf Ihre Behandlung einen Einfluss genommen?

Befragter männlich: Das Entscheidende ist der Patientenwunsch. Wenn er in die Praxis kommt, dann sagt er, was er will. Dann komme ich und sage meine Meinung auf das hin. Es ist aber nicht so, dass ich den Patienten auf ästhetische Veränderungen hinlenke, sondern der Patient kommt mit einem Wunsch und ich erkläre, ob es sinnvoll oder machbar ist.

Interviewer: Welche Möglichkeiten und Grenzen sehen Sie in diesem hart umkämpften Wachstumsmarkt?

Befragter männlich: Ich finde es gut, wenn Leute auf ihre Schönheit schauen, und ich sehe weder einen Vor- bzw. Nachteil. Es ist ganz klar, dass Leute eher wegen der Ästhetik in der Front zum Zahnarzt kommen, als wenn ihnen ein Zahn fehlt und sie mit dem Biss Schwierigkeiten haben. Ich habe aber nicht das Gefühl, dass die ästhetische

Zahnheilkunde überhand nimmt. Es ist ein natürliches Bedürfnis des Menschen schön zu sein. Wenn jemand einen braunen Rand bei einer Füllung hat, kommt er eher deshalb und nicht wegen des Loches im Molaren, welches schon seit drei Jahren besteht. Das ästhetische Bedürfnis der Menschen ist einfach da, das ist ganz klar. Auch mit den Steinchen, dass sich vor allem Junge machen lassen. Ich habe mir selbst auch vor vielen Jahren so ein Steinchen machen lassen. Man hat oft auch das Bedürfnis, etwas Besonderes zu haben.

Interviewer: Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?

Befragter männlich: Das ist bei allen Berufen so. Ein Arzt muss auch gleichzeitig ein Geschäftsmann sein. Das ist ja ganz logisch, er kann nicht umsonst arbeiten. Dass aber speziell die ästhetische Zahnheilkunde den Zahnarzt zum Geschäftsmann macht, würde ich nicht sagen. Man kann mit jedem Loch ein Geschäft machen und auch mit jeder Zahnücke. In dieser Frage wird hervorgehoben, dass die ästhetische Zahnheilkunde vom Zahnarzt ausgeht und nicht vom Patienten, und das ist es eigentlich aus meiner Sicht nicht, sondern der Patient kommt mit dem Bedürfnis. Er sieht in der Werbung die Stars mit den weißen Zähnen usw. Natürlich gibt es Zahnärzte, die mit aggressivem Marketing versuchen, zusätzlich die Wünsche der Patienten nach noch weißeren Zähnen usw. entstehen zu lassen. So kann man das auch machen. Ich kenne zu wenige Kollegen, dass ich sagen kann, von zehn Kollegen machen es acht so. Das kann ich nicht. Ich kann nur sagen: „Ich mache das nicht.“

Interviewer: Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die Medien?

Befragter männlich: Die Medien haben auf jedem Fall großen Einfluss. Es ist ja viel interessanter über die Ästhetik zu schreiben als über den Backenzahn. Die Frontästhetik, das schöne Lachen gehört ja dazu.

Interviewer: Haben Sie das Gefühl, dass die Medien ein verzerrtes Schönheitsideal kreieren?

Befragter männlich: Verzerrt nicht, sondern das ist ein bestimmtes Schönheitsideal, zu dem in unserer Kultur weiße Zähne einfach gehören. Wobei ich sagen muss, dass immer wieder Leute zu uns kommen, die ihre Zähne bleichen lassen wollen, wo ich denke, dass es überhaupt nicht notwendig wäre. Aber die wollen es noch heller. Es ist deren Wunsch, und wenn ich jemanden glücklich machen kann, dann macht man es halt. Ich selber wäre noch nie auf die Idee gekommen, einem Patienten zu sagen, er solle seine Zähne bleichen, weil sie so dunkel sind. Ich sagte ihm, wenn der Zahn schief ist, und frage, ob dieser nicht stört.

Interviewer: Wo liegt Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen ästhetischer und kosmetischer Zahnheilkunde, bzw. wo liegt die Grenze zwischen kurativen und nicht kurativen Behandlungen in der zahnärztlichen Praxis?

Befragter männlich: Für meine Begriffe ist die ästhetische und kosmetische Zahnheilkunde das Gleiche. Es gibt für mich auch keine scharfe Grenze zwischen den kurativen und nicht kurativen Behandlungen, sondern es ist ein fließender Übergang. Wenn heute jemand durch einen Unfall seine Zähne verliert, wird man ihm eine schöne Front aufstellen und nicht irgendeine. In diesem Fall ist dann auch die kosmetische/ästhetische Dentistry gefragt und gleichzeitig ist es auch kurativ. Wenn einer schiefe Zähne hat und man beschleift sie und macht gerade Kronen, dann ist das kosmetisch, ästhetisch, aber eigentlich nicht kurativ im zahnärztlichen Sinne, aber kurativ, wenn es ihm dadurch besser geht und er ein schöneres Bild von sich hat und dadurch glücklicher ist. Zum Heilen gehört ja nicht nur der Zahn, sondern auch, dass der Patient mit sich zufrieden ist.

Interviewer: Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?

Befragter männlich: Das ist ganz eine klare Sache für mich. Wenn ich etwas mache, was nicht notwendig ist und auch der Patient es nicht will, ich es ihm aber einreden will, nur damit ich ein Geschäft mache. An diesem Punkt hört für mich die Ethik auf. Ich habe einen Eid geschworen als Arzt und nach dem mache ich, was notwendig und sinnvoll ist.

Interviewer: Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?

Befragter männlich: Man kann die Zahnheilkunde nicht nach Prioritäten festlegen, es ist die Parodontologie wichtig, es ist die Endodontie wichtig, es ist alles wichtig. Es gibt für mich keine Prioritätenliste.

Interviewer: Welche Bedeutung hat für Sie die funktionelle Zahnheilkunde?

Befragter männlich: Auch diese ist wichtig, sie ist aber eher noch immer in den Kinderschuhen. Für viele ist die funktionelle Zahnheilkunde aber auch eine eher kompliziertere Sache, glaube ich. Ich achte sehr auf den Biss, auf Knirschzeichen, das ist für mich sehr wichtig. Ich habe das von einem anerkannten Stomatognathiker gelernt. Das ist für mich sehr wichtig und fließt auch in meine Behandlung ein?

Interviewer: Gehört die Parodontologie Ihrer Meinung nach zu den Eckpfeilern einer modernen Zahnmedizin?

Befragter männlich: Es ist auch ein gesundes Parodont nicht nützlich, wenn der Zahn devital und kaputt ist. Es hätte auch keinen Sinn eine Reihungsliste zu machen, welche Disziplin die wichtigste ist. Alle sind wichtig.

Interviewer: Vielen Dank für das Gespräch!

Interview 02/03-13

Interviewer: Die Kosmetische bzw. Ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?

Befragter männlich: Ja, das ist ein allgemeiner Trend. Es werden die Haare gefärbt, es wird Botox gespritzt, es wird Fett abgesaugt und die Zähne gehören natürlich dazu. Schöne Zähne sind sowohl beruflich als auch privat sehr wichtig. Die Leute haben mehr Interesse. Das Problem ist aber häufig, dass die Leute Interesse an schönen Zähnen haben, aber nicht viel dafür ausgeben wollen. Das Zahnbewusstsein in der Bevölkerung steigt deutlich.

Interviewer: Hat dieser Trend auch auf Ihre Behandlung einen Einfluss genommen?

Befragter männlich: Ja, da die Ästhetik sehr gefragt ist. Angefangen von Veneers bis zu Zirkonkronen, die ja wesentlich schöner aussehen.

Interviewer: Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?

Befragter männlich: Das sehe ich nicht so. Ich als Arzt sage dem Patienten, es gibt die oder die Möglichkeiten, und der Patient soll dann entscheiden. Es gibt keine Lösung, die bei allen Patienten passt. In diesem Moment ist für mich das Finanzielle zweitrangig. Zum Geschäftsmann wird der Zahnarzt automatisch, wenn z. B. die Finanz kommt oder die Firmen und Vertreter. Das geht gar nicht anders.

Interviewer: Wo liegt Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen ästhetischer und kosmetischer Zahnheilkunde, bzw. wo liegt die Grenze zwischen kurativen und nicht kurativen Behandlungen in der zahnärztlichen Praxis?

Befragter männlich: Ich sehe das so: Wenn zu mir jemand kommt, der vorne einen wurzelkanalbehandelten Zahn und ein paar verfärbte Füllungen hat, dann ist er für mich medizinisch in Ordnung. Er hat funktionell kein Problem. Er kann beißen, er kann kauen, aber es ist nicht schön. Wenn er es schöner will, dann ist es für mich eine rein kosmetische Behandlung. Das ist das Gleiche wie wenn jemand abstehende Ohren hat, er wird durch die Operation auch nicht besser hören. Ich würde einem Patienten nie sagen, das gefällt mir nicht, das sieht nicht schön aus.

Interviewer: Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die Medien?

Befragter männlich: Teilweise haben die Medien schon einen Einfluss. Man sieht überall die super Zähne. Es will jeder schön sein. Aber auch die Firmen üben indirekt über die Medien Druck auf die Zahnärzte aus. In den Zeitschriften steht, jeder sollte einen Intraoralscanner haben, oder Laser. Dann kommt der Patient und will mit diesen Techniken behandelt werden. Ja, da haben die Medien schon großen Einfluss.

Interviewer: Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?

Befragter männlich: Die Grenze ist bei mir bei 28 Zähnen - sarkastisch ausgedrückt. Alles andere entscheidet der Patient. Es ist nicht so wie bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall. Da gibt es für mich ethische Grenzen, z. B. mit der Verlängerung nicht des Lebens sondern des Sterbens. Da werden Milliarden ins Sterben investiert. Das Beschleifen gesunder Zähne ist für mich eine ethische Grenze. Das ist für mich Körperverletzung. Oder wenn man Patienten, die schwer krank sind und eine Lebenserwartung von vier Monaten haben, eine Versorgung um 4000 Euro macht, da ist für mich die Grenze.

Interviewer: Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?

Befragter männlich: Das beginnt schon mal im Wartezimmer, der Patient soll sich wohlfühlen. Ich will keine Plakate von der Ärztekammer im Wartezimmer und keine Zeitschriften aus dem Jahr 2008. Als Nächstes sollte eine ordentliche Befundung und eine Aufklärung gemacht werden. Der Patient bekommt einen Heil- und Kostenplan und er hat Zeit, es sich zu überlegen, was er machen will. Es geht schließlich um seine dentale Zukunft. Prophylaxe ist auch sehr wichtig. Was auch sehr wichtig in einer modernen Praxis ist, ist ein gutes Bestellsystem. Der Patient sollte nicht länger als 10 Minuten warten.

Interviewer: Welche Bedeutung hat für Sie die funktionelle Zahnheilkunde?

Befragter männlich: Früher haben wir sehr viel mit Gesichtsbögen und dem Zeug gearbeitet und seit einiger Zeit machen wir die Versorgungen nur mehr in der Habituellen. Wir haben ja kaum Restaurationen, wo oben und unten 14 Zähne gleichzeitig beschliffen werden. Das hat vielleicht ein Professor an der Klinik.

Interviewer: Gehört die Parodontologie Ihrer Meinung nach zu den Eckpfeilern einer modernen Zahnmedizin?

Befragter männlich: Ja natürlich. Die Parodontologie ist aber auch stark vom Patienten abhängig. Wir betreuen aber sehr viele Patienten seit Jahren erfolgreich, die Patienten sind motiviert. Viele können ihrem Schicksal nicht entgehen, wir können es aber erfolgreich hinauszögern. Die Meinungen zwischen den Implantologen und den Parodontologen gehen natürlich auseinander, das ist ganz klar.

Interviewer: Vielen Dank für das Gespräch!

Interview 03/06-13

Interviewer: Die Kosmetische bzw. Ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?

Befragter männlich: Ich würde sagen, dass die Welle der Kosmetik und Ästhetik - das sind ja zwei verschiedene Begriffe und zwei verschiedene Schwerpunkte - gerade schon wieder am Abflauen ist. Das Maximum dieser Welle war vielleicht vor 10 Jahren. Es hält noch an, aber die ganzen Kurse usw. nehmen, glaub ich, momentan an Intensität wieder ab. Es gibt ja nicht viel Neues. Der Standard der Durchschnittspraxis ist heute so hoch, dass der Unterschied zwischen der Kosmetik und Ästhetik-Linie in der traditionellen Zahnmedizin so gering ist, dass ich glaube, dass die meisten ein bisschen ernüchtert inzwischen - bedingt auch durch die Wirtschaftskrise, weil die Patienten nicht mehr so zur Verfügung stehen - wieder damit aufgehört haben.

Interviewer: Hat dieser Trend auch auf Ihre Behandlung einen Einfluss genommen?

Befragter männlich: Niemals, die Behandlung in der Klinik ist immer ausschließlich medizinisch orientiert. Wir versuchen natürlich in Bereichen auch der Zahnmedizin, die ästhetisch orientiert aktiv ist, unsere Erfahrungen aufrechtzuerhalten und zu bewerten und zu beurteilen. Es ist aber definitiv so, dass bei uns keine nicht medizinisch indizierte Maßnahme gemacht wird. Es wird nur was gemacht, wenn ein Bedarf da ist. Es gibt natürlich psychische Beeinträchtigungen durch die Mundsituation, Gebissituation, wo auch eine ästhetisch definierte Leistung medizinische Notwendigkeit darstellt.

Interviewer: Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?

Befragter männlich: Die Differenzierung zwischen Ästhetik und Kosmetik ist ein wichtiger Punkt. Es ist so, dass die Medizin durch ein starres Gebührenordnungssystem limitiert ist und dass es ein paar geschäftstüchtige, findige Zahnärzte als Nische entdeckt haben, diesem Korsett zu entkommen. Sie definieren im Prinzip Wahlleistungen als kosmetische Leistungen, um die freie Abrechnung mit den Patienten vereinbaren zu können. Das ist meiner Meinung nach auch notwendig, weil ich nicht

akzeptieren kann, dass die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten die Kosten übernimmt, die nicht indiziert sind. Ich persönlich lehne die kosmetische Zahnmedizin total ab, ich finde das völlig unmedizinisch. Ich verstehe natürlich, dass jeder Zahnarzt Freiberufler ist und als Freiberufler muss er natürlich dafür sorgen, dass seine Tätigkeit finanziell, wirtschaftlich funktioniert. Denn nur ein gesundes Praxisunternehmen kann den Patienten auch helfen.

Interviewer: Wo liegt Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen ästhetischer und kosmetischer Zahnheilkunde, bzw. wo liegt die Grenze zwischen kurativen und nicht kurativen Behandlungen in der zahnärztlichen Praxis?

Befragter männlich: Das kann ich jetzt nicht druckreif definieren, aber für mich ist auch ein Goldinlay höchste Ästhetik. Für mich ist Ästhetik, wenn das, was ich in meinem Kopf als Zielvorgabe habe, und die Realität, die ich hinterher geschaffen habe im Mund, unter praktischen Bedingungen perfekt übereinstimmt. Auch eine Kunststofffüllung in der Front, wenn ich die „supergut“ gemacht habe auf der Grundlage einer Indikation, ist das für mich Ästhetik. Wenn aber kariesfreie Zähne gebleicht werden, obwohl es nicht notwendig ist, finde ich das so unnatürlich. Das zeugt für mich eher dafür, dass jemand ein psychotherapeutisches Problem hat, wenn er sich mit 40 die Zähne bleichen lässt wie ein 20-Jähriger. Das ist dann Kosmetik, da geht es nur um Geld. Das ist nicht notwendig. Diese Dinge regen mich echt auf, ich will das nicht unterstützen.

Interviewer: Sollte es eine stärkere Trennung zwischen beiden Gebieten geben?

Befragter männlich: Die reinen Marketingbegriffe haben nichts in der Zahnheilkunde zu suchen. Ich würde auch als approbierter Zahnarzt finden, dass diese Begriffe nicht da hingehören. Ich würde das in Deutschland überhaupt nicht fördern, sondern im Gegenteil, ich würde es behindern, wo es nur geht. Gesunde Zähne sind ästhetisch. Die Volksgesundheit ist wichtiger als die wirtschaftlichen Vorteile von Einzelnen.

Interviewer: Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die Medien?

Befragter männlich: Natürlich, die Medien haben Einfluss. Ich weiß, wie die Medien arbeiten. Seit zwanzig Jahren bin ich in dem Bereich tätig und habe auch immer Kontakt mit Medien. Einmal im Jahr müssen diese Medien Sonderhefte machen - meistens in der Saurengurkenzeit - und dann nehmen sie das Thema "Gesundheit". Da gehören dann diese Dinge wie schöne Zähne auch dazu. Die Medien manipulieren uns.

Interviewer: Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?

Befragter männlich: Ich mache nichts, wo keine medizinische Notwendigkeit da ist. Das wissen meine Patienten auch und die akzeptieren das. Jede Persönlichkeit selektiert im Laufe der Jahre die Patienten, die zu ihm passen, über seine Einstellung, über seine Sprache, über seine Kommunikation, über seine nonverbale Präsenz. Ich schade den Zahn nicht, ich erhalte so viel wie möglich der Zahnhartsubstanz, ich mach kaum Kronen. Ich versuche, den Nerv so lange wie möglich zu erhalten.

Interviewer: Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?

Befragter männlich: Wir sind alle professionell, weil wir davon leben, also ist das Wort professionelle Zahnheilkunde per se schon wieder der typische Marketing-Schwachsinn eines Berufspolitikers. Das dürfen Sie auch gerne so transkribieren. Zahnheilkunde impliziert schon, dass wir uns medizinisch orientieren. Also ist das Wort selbsterklärend.

Interviewer: Welche Bedeutung hat für Sie die Parodontologie und die funktionelle Zahnheilkunde?

Befragter männlich: Das sind Bestandteile der Zahnheilkunde. Ich würde keinen der Bereiche nur annähernd bevorzugen, das sind nur Teilbereiche. Was mich momentan ärgert, das ist Folgendes. Das muss ich auch einmal loswerden an der Stelle. Das kann

auch ruhig einer lesen, der standespolitisch aktiv ist. Wir haben das Problem, dass wir nur begrenzten Etat haben. Wir haben aber eine ganze Menge von Interessensgruppierungen. Die Standespolitiker schreiben sich auf die Fahnen, dass in den letzten 30 Jahren die Prophylaxe so gut war, dass wir eine deutliche Reduktion in der Karieshäufigkeit haben. Das stimmt, aber ob das die Präventionsaktivitäten sind oder andere soziodemografische Entwicklungen, das können wir noch nicht wissenschaftlich klären. Die Konsequenz ist aber, dass die Standespolitiker aufgrund des Erfolges die Mittel umverteilen. Dann schreit der Parodontologe, dass er das Geld für seine Prävention braucht. Das ist ein Schmarren. Diese Differenzierung in verschiedene Grüppchen bewirkt nur, dass diese Grüppchen so beschäftigt sind, gegeneinander zu agieren und zu intrigieren, dass man kein gemeinsames großes Ziel formulieren kann, und das muss sich endlich ändern, sonst wird sich die Zahnmedizin nicht gegen die große Politik durchsetzen.

Interviewer: Vielen Dank für das Gespräch!

Interview 04/07-13

Interviewer: Die Kosmetische bzw. Ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?

Befragter männlich: Zum Einen wird in der Literatur Ästhetik von Kosmetik getrennt, deshalb ist es schon schwierig, die Frage zu trennen. Zum Zweiten, ja es ist von den Ländern sehr unterschiedlich. Ich sehe ja nicht nur die Perspektive hier in Deutschland sondern von der ganzen Welt. Da gibt es eben Länder, die haben einen richtigen Hype und in anderen Ländern verhält es sich ganz normal. Die Zahnästhetik hat in der Gesellschaft erheblich an Bedeutung gewonnen. In Deutschland können Sie heute schlecht mit einem Goldzahn in der Front punkten. Man sollte eine nicht erkennbare Restauration machen. Die beste Restauration ist die, die man nicht erkennt, die von der Natur nicht zu unterscheiden ist, nicht die schneeweiße, wie in den USA.

Interviewer: Hat dieser Trend auch auf Ihre Behandlung einen Einfluss genommen?

Befragter männlich: Die hat insofern Einfluss genommen, als natürlich die ästhetischen Wünsche der Patienten gestiegen sind. Das bedeutet im Seitenzahnbereich, dass zunehmend mehr zahnfarbene Restaurationen gemacht werden und Goldinlays und Amalgamfüllungen rückläufig sind. Bei den Frontzähnen können wir heute natürlich bei Eckenaufbauten schichten und nicht mehr wie vor 30 Jahren mit einer Opazität aufbauen.

Interviewer: Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?

Befragter männlich: Kosmetische Zahnheilkunde ist alles das, was überhaupt nichts mehr mit Medizin zu tun hat. Während bei der ästhetischen Zahnheilkunde eine Kombination aus medizinischen und ästhetischen Aspekten eine Rolle spielt. Wer rein Kosmetik macht, hat mit der Medizin nichts zu tun, das ist keine medizinische Leistung und laut dem Gesetz sogar umsatzsteuerpflichtig. Wenn Sie auf Wunsch des Patienten eine Leistung erbringen und diese dem Patienten nicht schadet, ist das sicher noch akzeptabel. Es gibt aber auch kosmetische Leistungen, die Gesundheitsschäden verursachen, die langfristige Schäden verursachen, und diese sind natürlich nicht mehr akzeptabel.

Interviewer: Sollte es eine stärkere Trennung zwischen beiden Gebieten geben?

Befragter männlich: Wenn man weltweit es schafft, das sauber zu definieren: JA

Interviewer: Haben Sie das Gefühl, dass die Medien ein verzerrtes Schönheitsideal kreieren?

Befragter männlich: Ja, die Gefahr sehe ich schon. Das ist aber auch so ein Modetrend, der schwillt an und ebbt wieder ab. In der Tat ist es natürlich so, wenn sie sehen, dass

selbst die Models nicht mehr schön sind, sondern letztendlich mit digitaler Bildbearbeitung die Falten weg gemacht werden. Damit wird den jungen Leuten, die das nicht so gut beurteilen können, die das glauben, denen wird eine falsche Welt vorgegaukelt, und das kann im Einzelfall auch gefährlich sein.

Interviewer: Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?

Befragter männlich: Die ethischen Grenzen sind dann, wenn es zum Nachteil des Patienten und dessen Gesundheit ist. Ich kann nicht jemanden einen gesunden makellosen Zahn überkronen, nur weil ich damit Geld verdienen will. Oder wenn gesunde Zähne extrahiert werden und Implantate gesetzt werden mit der Begründung: "Wenn der Knochen noch vorhanden ist, heilt das Implantat besser ein."

Interviewer: Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?

Befragter männlich: Zu einer modernen und professionellen Zahnmedizin gehört erstens eine hervorragende Diagnostik, die in vielen Bereichen noch entwicklungsbedürftig ist. An der Diagnostik orientiert sich dann auch, in welchen Abständen ich dann letztendlich die Nachsorge mache. Stichwort auch in der Medizin ist die individualisierte Medizin. Es ist Unfug, zweimal im Jahr den Patienten einzubestellen, wichtig ist zu differenzieren. Wenn jemand ein hohes Parodontitisrisiko hat, dann kommt der viermal im Jahr, beim anderen reicht es, wenn er einmal im Jahr kommt, weil er überhaupt kein Risiko hat. Zur modernen Zahnheilkunde gehört auch eher abwarten und nicht immer maximal invasiv, sondern minimal invasiv vorzugehen. Eine Planung zu haben, ist sehr wichtig.

Interviewer: Vielen Dank für das Interview!

Interview 05/08-13

Interviewer: Die Kosmetische bzw. Ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?

Befragter männlich: Da haben Sie vollkommen Recht. Es ist in der Tat so, dass heute die Patienten eher in meine Praxis kommen und nach einer ästhetischen Veränderung fragen als noch vor 10-15 Jahren, als ich meine Praxis eröffnet habe. Ich bin mir auch sicher, dass dieser Trend vor allem durch die Medien geschürt wird. Es hat fast den Anschein, dass einige Patienten erst zum Zahnarzt gehen, wenn ein ästhetischer Makel zu korrigieren ist, nicht aber bei funktionellen Problemen.

Interviewer: Hat dieser Trend auch auf Ihre Behandlung einen Einfluss genommen?

Befragter männlich: Dieser Trend hat natürlich auch auf meine Behandlung einen Einfluss genommen. Wir verwenden heute neuere, modernere Materialien wie zum Beispiel Zirkon oder Composite. Dem Patienten ist es wichtig, dass der Zahnersatz dem natürlichen Zahn am ähnlichsten kommt. Der Trend hat aber nicht insofern Einfluss auf meine Behandlung genommen, dass wir den Patienten versuchen, zu einer Krone oder einem neuen Inlay zu zwingen, wenn dieses gar nicht indiziert ist. In erster Linie steht für mich natürlich immer noch die Indikation für eine Behandlung und das soll auch in Zukunft so bleiben.

Interviewer: Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?

Befragter männlich: Sie sprechen immer von kosmetischer und ästhetischer Zahnheilkunde. Ich würde diese zwei Begriffe sehr wohl trennen. Für mich ist es wichtig, dass jeder Eingriff, den wir im Munde des Patienten durchführen und der zur Funktionsverbesserung dient, auch ästhetisch ist und dem Patienten gefällt. Es nützt die beste Funktion nichts, wenn es nicht ästhetisch aussieht. Die Kosmetik ist meiner

Meinung nach ein momentaner Trend, der nichts in der Medizin verloren hat. Dazu zähle ich Steinchen auf den Zähnen oder das Bleichen der Zähne, auch das Aufkleben von irgendwelchen anderen Dingen auf den Zahn. Das hat nichts mit Medizin zu tun. Wenn sich ein Zahnarzt auf diese Schiene begibt und zum überwiegenden Teil die Wünsche der Patienten mit solchen Sachen befriedigt, dann würde ich sagen, dass er sich dadurch zum Dienstleister macht. In unserer Praxis besteht diese Gefahr nicht. Da lege ich meine Hand drauf.

Interviewer: Sollte es eine stärkere Trennung zwischen beiden Gebieten geben?

Befragter männlich: Für mich gibt es diese Trennung bereits. Das habe ich ja gerade definiert.

Interviewer: Haben Sie das Gefühl, dass die Medien ein verzerrtes Schönheitsideal kreieren?

Befragter männlich: Seit es die Medien gibt, werden Schönheitstrends kreiert. Das ist Tatsache. Dazu kann ich nicht mehr sagen.

Interviewer: Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?

Befragter männlich: Für mich ist die Grenze dann erreicht, wenn es für eine Behandlung keine Indikation mehr gibt. Man kann nicht gesunde Zähne aufbohren und mit Füllungen füllen oder gesunde Zähne überkronen, damit man Geld verdient. Das ist meiner Meinung nach die ethische Grenze.

Interviewer: Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?

Befragter männlich: Die moderne Zahnmedizin beginnt für den Patienten schon im Warteraum. Es ist nicht notwendig, dass ein Patient stundenlang im Warteraum sitzt

und wartet, bis er drankommt. Dann sollte der Patient eingehend untersucht werden und ein Befund erstellt werden. Danach sollten dem Patienten die Möglichkeiten der Therapie erklärt werden und gemeinsam mit dem Patienten ein Behandlungsplan erstellt werden. Eine gute Aufklärung und eine sorgfältige Arbeit sollten immer im Vordergrund stehen, damit der Patient auch noch nach Jahren ein Vertrauen in seinen behandelnden Arzt hat.

Interviewer: Vielen Dank für das Interview!

Im Folgenden befindet sich die schriftliche Befragung, die Antworten der Befragten wurden wortgenau aus dem Fragebogen übernommen.

Schriftliches Interview 01/04-13

Frage: Die Kosmetische bzw. Ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?

Antwort: Der ästhetische Anspruch der Bevölkerung gestützt durch Film, Funk und Medien hat auch vor der Zahnheilkunde nicht haltgemacht. Der präventive, ästhetische Faktor ist zunehmend. Durch die Fortschritte in der Parodontologie und Implantologie sind zwei Hauptfelder mehr entstanden.

Frage: Hat diese Entwicklung auch Einfluss auf die Behandlung in Ihrer Klinik/Praxis?

Antwort: Die Fortentwicklung der Zahnmedizin muss Bestandteil einer sehr guten Versorgung der hilfeschenden Patienten sein.

Frage: Welche Möglichkeiten und Grenzen sehen Sie in diesem hart umkämpften Wachstumsmarkt?

Antwort: Möglichkeiten: fachlich Sinnvolles zum Nutzen der Patienten bei individuellem „Anspruchsverhalten“ der Patienten. „Nihil nocere“ und Beachtung der Grenzen von Zahnmedizin zur Kosmetik und Gesundheitsschäden.

Frage: Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?

Antwort: Kosmetik ist etwas anderes als Ästhetik in der Zahnmedizin. Doch kann eine ästhetische, schöne Restauration auch als „Kosmetik“ verstanden werden. Kosmetik

aber ist keine Zahnmedizin. Betreibt der Zahnarzt Kosmetik außerhalb der Zahnmedizin, ist er Geschäftsmann und Handwerker!

Frage: Wo liegt Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen ästhetischer und kosmetischer Zahnheilkunde, bzw. wo liegt die Grenze zwischen kurativen und nicht kurativen Behandlungen in der zahnärztlichen Praxis?

Antwort: Es gibt keine kosmetische Zahnmedizin. Es gibt eine ästhetische Zahnmedizin, die durch allgemeingültige Regeln der Zahnheilkunde definiert ist. Alle Eingriffe in das orale System, die fachlich, medizinisch und psychologisch nicht notwendig und meist Wunschleistungen der Patienten sind, gehören in die Rubrik „Handwerk“.

Frage: Sollte es eine stärkere Trennung zwischen beiden Gebieten geben?

Antwort: Die Trennung ist durch das Zahnheilkundengesetz, Berufsrecht und die Definitionen der wissenschaftlichen Gesellschaften beschrieben.

Frage: Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die Medien?

Antwort: Die Medien haben einen sehr großen Einfluss – egal welche Art von Medien. Jedoch auch die ZahnärztInnen und ihre MitarbeiterInnen selbst. Hier werden leider „Verkäufer“ von Kosmetik herangezüchtet.

Frage: Besteht die Gefahr, dass von den Medien ein verzerrtes Schönheitsideal kreiert wird?

Antwort: Es gibt viele Beispiele für ein verzerrtes Schönheitsideal: Brustvergrößerung, Nasenkorrekturen, Magerwahn, Gesichtsstraffungen, Haarimplantate, Bauchfettresektionen, ... Medien – persönliches Umfeld – Ärzte – Zahnärzte – Patientenwunsch

Frage: Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?

Antwort: Die ethische Grenze liegt am „nihil nocere“ s.o. Auch der Wunsch des Patienten oder eine Eigenverantwortung dürfen nicht dazu führen, dass sich der Zahnarzt-in außerhalb der Regeln von „good practice“ begibt.

Frage: Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?

Antwort: Prophylaxe, Gesundheitserziehung, Parodontologie, konservierende Zahnheilkunde, zeitgemäße Materialien, Prothetik, Funktionsdiagnostik, Implantologie, Endodontie, KFO: Spezialisten only!, Kinderzahnheilkunde, orale Chirurgie (was man kann!)

Frage: Welche Bedeutung hat für Sie die funktionelle Zahnheilkunde?

Antwort: Die funktionelle Zahnheilkunde in der konservierenden ZHK und in Prothetik ist ein wichtiger Eckpfeiler einer präventiven, langlebigen ZHK

Frage: Gehört die Parodontologie Ihrer Meinung nach zu den Eckpfeilern einer modernen Zahnmedizin?

Antwort: So ist auch die Parodontologie in vielen verschiedenen Erkrankungsbildern ein Hauptpfeiler der Zahnmedizin. Die noch so schöne Ästhetik ist dem Verfall preisgegeben, wenn Funktion, Prophylaxe und parodontale Gesundheit notleidend sind.

Schriftliches Interview 02/04-13

Frage: Die Kosmetische bzw. Ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?

Antwort: Es sind viele Richtungen erkennbar:

- CAD/CAM Prothetik + Implantat
- neue Materialien in der Prothetik und in der konservierenden ZHK
- plastische, ästhetische Chirurgie
- Sofortversorgung der zahnlosen Patienten

Auf der einen Seite Qualitätsverbesserung, aber auch Konsumialisierung – wie in allen Bereichen, so auch in der Medizin.

Frage: Hat diese Entwicklung auch Einfluss auf die Behandlung in Ihrer Klinik/Praxis?

Antwort: Natürlich! Unsere Betonung liegt in der Verbesserung der Lebensqualität unserer Patienten! Dazu benötigen wir ein breites Spektrum an Möglichkeiten und Techniken

Frage: Welche Möglichkeiten und Grenzen sehen Sie in diesem hart umkämpften Wachstumsmarkt?

Antwort: Wenn Sie hier die Ästhetik meinen, so sind die Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Grenzen setzt der Markt! Es wird immer Patienten geben, für die die Ästhetik ihrer Zähne extrem wichtig ist. Diese Menschen haben eine hoch qualifizierte Behandlung verdient. Zur „ästhetischen Behandlung“ kann man niemanden wirklich überreden – der Wunsch ist individuell!

Frage: Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?

Antwort: Nichts existiert ohne wirtschaftlichen Hintergrund -> so ist das System. Auch wenn man nichts verlangt, denkt man an die wirtschaftlichen Aspekte. Wir sind Dienstleister und Unternehmer! Der Wunsch nach Verbesserung des Aussehens nimmt zu und wird vom Patienten formuliert. Daran ist per se nichts Negatives erkennbar.

Werden aus ästhetischen Überlegungen Behandlungsfehler gemacht, so ist das genauso problematisch wie alle Behandlungsfehler.

Frage: Wo liegt Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen ästhetischer und kosmetischer Zahnheilkunde, bzw. wo liegt die Grenze zwischen kurativen und nicht kurativen Behandlungen in der zahnärztlichen Praxis?

Antwort: Im Prinzip ist da kein Unterschied. Kurativ ist dann eine Behandlung, wenn ein bestehendes Leiden behandelt wird, z. B. Schmerz oder Behinderung beim Essen, Lachen oder Sprechen.

Hat ein Patient einen hohen „Leidensdruck“, weil ihm seine Zähne nicht gefallen, und er kann nicht mehr frei lachen oder gar sprechen, so ist auch eine „ästhetisch“ basierte Therapie als kurativ zu bezeichnen und indiziert.

Frage: Sollte es eine stärkere Trennung zwischen beiden Gebieten geben?

Antwort: s.o.

Frage: Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die Medien?

Antwort: Aussehen bzw. der Wunsch nach Veränderung des eigenen Aussehens wird natürlich durch Bilder in den Medien beeinflusst.

Frage: Besteht die Gefahr, dass von den Medien ein verzerrtes Schönheitsideal kreiert wird?

Antwort: Hier sollte man nicht nur die Medien einbeziehen. Die Medien drücken ja häufig das aus, was wir empfinden... Das sind auch kulturhistorische Aspekte, die wohl häufig viele Ursachen haben.

Frage: Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?

Antwort: Gibt es eine „nicht marktorientierte“ Zahnheilkunde?

Alle Therapieformen der Medizin haben sich dem Prinzip der „Verbesserung“ der individuellen Lebensqualität unterzuordnen. Wenn wir durch unser Tun die Lebensqualität (Quality of life → unendlich viel Wissenschaft!!!) nicht verbessern, dann muss die Therapie unterbleiben. Dazu gehören dann viele, individuelle Aspekte: Finanzen, Befinden, Wünsche etc.

Frage: Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?

Antwort: Gute Ausbildung; zentral: professionelle Dental Hygiene und ein breites Behandlungsspektrum, um die individuellen Bedürfnisse berücksichtigen zu können!

Frage: Welche Bedeutung hat für Sie die funktionelle Zahnheilkunde?

Antwort: Ist die Basis für die Prothetik. Wird aus meiner Sicht überbewertet!

Frage: Gehört die Parodontologie Ihrer Meinung nach zu den Eckpfeilern einer modernen Zahnmedizin?

Antwort: PA ist Eckpfeiler und Zentrum

Schriftliches Interview 03/08-13

Frage: Die Kosmetische bzw. Ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?

Antwort:

- Die Bevölkerung wünscht sich schöne Zähne im sichtbaren Bereich.
- Viele Firmen entwickeln gezielt in Ästhetik, gerade im Bereich Bleaching, Veneers, Keramik, Kunststoff, etc.

- Die gesamte Zahnheilkunde ist in den letzten Jahren immer mehr kommerzialisiert worden.

Frage: Hat diese Entwicklung auch Einfluss auf die Behandlung in Ihrer Klinik/Praxis?

Antwort: Nein, weil wir ein klares Konzept fahren

1. Die Basis und Funktion müssen stimmen, erst dann die Ästhetik
2. Demzufolge müssen wir Patienten gezielt auf Funktion und Basis hinweisen und dadurch manchmal in ihren Erwartungen bremsen.

Frage: Welche Möglichkeiten und Grenzen sehen Sie in diesem hart umkämpften Wachstumsmarkt?

Antwort: Man kann das Rad nicht neu erfinden. Gute Selektion ist unabdingbar in der Auswahl der Geschäftspartner. Viele Produkte kommen, werden angepriesen und verschwinden dann wieder.

- Problem der Garantie und Gewährleistung
- Problem, den Überblick zu bewahren

Frage: Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?

Antwort:

- Ein BWL Studium wäre vom Vorteil
- Die Bürokratie hat massiv zugenommen
- Ständiges Anpreisen von Mehrkostenleistungen kann das Vertrauen zwischen Arzt – Patient trüben, ist aber wirtschaftlich unabdingbar.

Frage: Wo liegt Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen ästhetischer und kosmetischer Zahnheilkunde, bzw. wo liegt die Grenze zwischen kurativen und nicht kurativen Behandlungen in der zahnärztlichen Praxis?

Antwort:

- Es gibt keine Grenze, denn es soll immer schön sein und dem Patienten gefallen.
- Der Patient ist viel zu sehr gepolt auf die Optik, nach dem Motto: Was interessiert mich der Seitenzahnbereich, Hauptsache die Front schaut gut aus.
- Im kosmetischen Bereich endet unser Betätigungsfeld am Lippenrot, also ist das eher zu vernachlässigen.

Frage: Sollte es eine stärkere Trennung zwischen beiden Gebieten geben?

Antwort: Nein, man sollte uns noch mehr machen lassen

Frage: Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die Medien?

Antwort:

- Destruktiv und kontraproduktiv
- Irreführend
- Patient bekommt gefährliches „Halbwissen“
- Bewertungsportale sind auch sehr umstritten
- Der Zahnarzt wird zunehmend als raffgierig hingestellt

Frage: Besteht die Gefahr, dass von den Medien ein verzerrtes Schönheitsideal kreiert wird?

Antwort: Nein, das machen wir selber. Dennoch ist die Vorgabe für viele inspirierend

Frage: Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?

Antwort: ?

- In der Erwartungshaltung der Patienten und der mangelnden Bezahlung der Wunschleistungen seitens der Kassen
- Irgendwann kann das ganze Spektrum einfach nicht mehr vermittelt werden.

- Patienten sind zunehmend überfordert bei dem stetig wachsenden Angebot

Frage: Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?

Antwort: Gute Aufklärung, gute Befundung mit modernsten Geräten, Spezialisierung der Ärzte, Prophylaxe, faire Preise, kurze Behandlungen, minimalinvasive Eingriffe, moderne Materialien, kurze Wege, Praxismanagement und Qualitätsmanagement, optimale Hygienestrukturen, Zusammenschluss spezialisierter Ärzte, interdisziplinäre Zusammenarbeit, moderne, digitale Geräte;

- Internet + Facebook Präsenz
- Recall
- Werbung und Veranstaltungen

Frage: Welche Bedeutung hat für Sie die funktionelle Zahnheilkunde?

Antwort: eine sehr hohe!

Frage: Gehört die Parodontologie Ihrer Meinung nach zu den Eckpfeilern einer modernen Zahnmedizin?

Antwort: unbedingt!

Schriftliches Interview 04/07-13

Frage: Die Kosmetische bzw. Ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?

Antwort: Die Entwicklung der Zahnmedizin in Deutschland war und ist geprägt von folgenden Punkten:

- a) Enorme flächendeckende Erfolge in der Prävention
- b) Spezialisierung in Fachgebiete

c) Auch auf die Zahnmedizin hat die zunehmende Kluft zwischen Arm und Reich erheblichen Einfluss.

Die Ästhetische Zahnmedizin (ÄZM) gewinnt an Bedeutung, da die Basismedizin (Schmerzbehandlung) stark abnimmt und Ästhetik allgemein an Bedeutung gewinnt. Beides gilt überwiegend für den wohlhabenden Teil der Bevölkerung

Frage: Hat diese Entwicklung auch Einfluss auf die Behandlung in Ihrer Klinik/Praxis?

Antwort: Ja, denn die Ästhetik hat einen hohen Stellenwert. Vor 30 Jahren eingesetzte Goldinlays machen heute noch zu über 90 % einen perfekten Job. Heute wird in unserem Praxislabor zu 95 % Keramik angefertigt.

Frage: Welche Möglichkeiten und Grenzen sehen Sie in diesem hart umkämpften Wachstumsmarkt?

Antwort: Grenzen liegen für mich außerhalb der Mundhöhle. No Botox

Frage: Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?

Antwort: Jeder Arzt war und ist immer ein Dienstleister und als teilweise freier Unternehmer auch Geschäftsmann. Zu viele Zahnärzte gehen in die Insolvenz, weil an der Universität bis heute betriebswirtschaftliches Basiswissen nicht vermittelt wird. Unser Berufsstand muss das freie Unternehmen verteidigen. Andere Modelle (s. NHS in GB) haben sich auch für die Patienten als schlechter erwiesen. Wenn in der kosmetischen Zahnmedizin dem Patienten etwas aufgeschwätzt wird, was seinen Bedürfnissen nicht entspricht, ist das abzulehnen.

Frage: Wo liegt Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen ästhetischer und kosmetischer Zahnheilkunde, bzw. wo liegt die Grenze zwischen kurativen und nicht kurativen Behandlungen in der zahnärztlichen Praxis?

Antwort: Vielleicht ist Ästhetik eine von der großen Mehrheit so gesehene Schönheit z.B. gerade, formschöne, helle Zähne.

Kosmetik ist individuell (roter oder blauer Nagellack, Lippenstift, etc.)

Kosmetik war der kurze Trend des Steinchen klebens.

Wenn ein Mädchen das wollte und wir sicherstellen konnten, später eine restitutio ad integrum wiederherstellen zu können – so what!

Frage: Sollte es eine stärkere Trennung zwischen beiden Gebieten geben?

Antwort: ergibt sich aus oben Gesagtem.

Frage: Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die Medien?

Antwort: Die Medien haben heute in allen Bereichen des Lebens den größten Einfluss, noch vor Staat und Religion. Die Medien bestimmen heute die Trends, auch beeinflusst durch interessierte Gruppen und stellen die (vermeintlichen) Vorbilder. Die Medien stellen in der heutigen Gesellschaft die größte Macht dar, es gibt kaum eine Möglichkeit, sich ihrem Einfluss zu entziehen.

Frage: Besteht die Gefahr, dass von den Medien ein verzerrtes Schönheitsideal kreiert wird?

Antwort: Es gibt kein allgemein akzeptiertes Schönheitsideal. Es unterliegt kulturellen (asiatische Langhalse, afrikanische Tellerlippen) und immerwährenden zeitlichen Veränderungen (davon lebt die Mode). Die Medien transportieren diese Veränderungen in die Massen. Alle Fußballspieler sind tätowiert. Ist es schön? Alle Amerikaner haben kloschüsselweiße Zähne. Da Bunte und Gala dies wöchentlich zeigen, wird es zum allgemeinen Schönheitsideal. Habe damit kein Problem.

Frage: Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?

Antwort: Ein Beispiel: Ich habe einer Patientin schöne Veneers gemacht. Sie war glücklich. Nach zwei Jahren kam sie mit der Bitte, die Zähne zu vergrößern – man sehe sie kaum. Warum? Sie hatte sich Schlauchbootlippen aufspritzen lassen! Eine weitere Behandlung habe ich abgelehnt. Ein anderer Kollege wird das Geld verdient haben.
Grundsatz: Nihil nocere!

Frage: Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?

Antwort: Als Erstes und Wichtigstes die Prophylaxe! Gesunderhaltung von Anfang an und nach Restauration begleitende Prävention als wichtigsten Pfeiler der Praxisstruktur. Dieses muss auch einen betriebswirtschaftlichen Deckungsbeitrag leisten.
Minimalinvasive Konservierung, Parodontitisbehandlung, auch Ästhetik und Implantologie. Vollprothesen – auch von Gutowski - will ich auch nicht!

Frage: Welche Bedeutung hat für Sie die funktionelle Zahnheilkunde?

Antwort: Auch die Zahnmedizin hat ihre Trends. In den 80er Jahren glaubten wir Zahnärzte, auch Magengeschwüre und Fußpilz heilen zu können. Heute verstauben teure Stuartartikulatoren in den Praxen älterer Kollegen. Klar ist aber: Ohne Funktion geht nichts!
Angefangen bei der KFO!! Bis zum Zahnersatz – die Zähne, Gelenk und Muskulatur müssen im neuromuskulären Gleichgewicht sein. Alles muss unbewusst funktionieren.
Design follows function!

Frage: Gehört die Parodontologie Ihrer Meinung nach zu den Eckpfeilern einer modernen Zahnmedizin?

Antwort: Die Parodontologie ist wohl das wichtigste Fachgebiet heute, weil:

1. Der Bezug zur Allgemeinmedizin ist klar bewiesen und von immenser Bedeutung.
2. Es besteht noch großer Forschungsbedarf!

30-40-Jährige mit vertikalem Knochenabbau mit mehr als 6 mm sind die einzigen, denen ich nicht 100-prozentigen Zahnerhalt garantieren kann. Die Fachliteratur und Kongresse kennen jedoch z. Zt. nur ein Thema: Plastisch-ästhetische-Parodontalchirurgie. Aufwendige Operationen mit Bindegewebs-Transplantationen um 2 mm Rezession (sehr gesunder Zustand) zu decken! In sehr vielen Fällen wird gegen den Grundsatz: „Never treat a healthy patient!“ verstoßen. Hier wird oft zu viel wegen der (vermeintlichen) Ästhetik saniert.

Schriftliches Interview 05/08-13

Frage: Die Kosmetische bzw. Ästhetische Zahnmedizin ist in den letzten Jahren zu einem Trendthema geworden. Welche Entwicklung hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren Ihrer Meinung nach genommen?

Antwort: Zu viel „Rote und Weiße Ästhetik“, zu wenig Funktion!

Frage: Hat diese Entwicklung auch Einfluss auf die Behandlung in Ihrer Klinik/Praxis?

Antwort: Ästhetik ja -> zahnfarbene Füllungen, Bleaching

Frage: Welche Möglichkeiten und Grenzen sehen Sie in diesem hart umkämpften Wachstumsmarkt?

Antwort: Leider wird dieses Tun als „Markt und Geschäftsmodell“ gesehen, die Ethik des ärztlichen Handelns bleibt auf der Strecke.

Frage: Der kosmetischen Zahnheilkunde werden überwiegend rein wirtschaftliche Interessen unterstellt. Besteht durch diese Entwicklung die Gefahr, dass der Zahnarzt zu einem Dienstleister oder sogar zu einem Geschäftsmann wird?

Antwort: Die wirtschaftlichen Interessen sind keine Unterstellung sondern Tatsache. Ich habe an meine Privatadresse Hochglanzflyer von jungen Kollegen erhalten ...

Werbung pur und Werbung verspricht; Kunden, nicht Patienten, weg vom Arzt hin zum Geschäftsmann.

Frage: Wo liegt Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen ästhetischer und kosmetischer Zahnheilkunde, bzw. wo liegt die Grenze zwischen kurativen und nicht kurativen Behandlungen in der zahnärztlichen Praxis?

Antwort: Der Unterschied liegt in der medizinischen Indikation einer kurativen Behandlung zu einer nicht medizinisch notwendigen Verlangensleistung

Frage: Sollte es eine stärkere Trennung zwischen beiden Gebieten geben?

Antwort: Ja

Frage: Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die Medien?

Antwort: Starken Einfluss! Aufgerissene Münder mit blendend falschen weißen Zähnen, alles retuschiert, gab es vor fünfzig und auch vor hundert Jahren nicht!

Frage: Besteht die Gefahr, dass von den Medien ein verzerrtes Schönheitsideal kreiert wird?

Antwort: Ja, siehe Entwicklung der Mode und auch der plastischen Chirurgie.

Frage: Wo sehen Sie die ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde?

Antwort: In einer „marktorientierten“ Zahnheilkunde ist die Ethik verloren. Zahnheilkunde ist patientenorientiert, nicht marktorientiert. Deshalb ist eine Zahnarztpraxis eben kein Geschäftsmodell!

Frage: Was gehört Ihrer Meinung nach heutzutage zu einer professionellen, modernen Zahnmedizin?

Antwort: Prophylaxe, Parodontologie, Kons, FAL/FTL (CMD), Implantate, ZE – in dieser Reihenfolge

Frage: Welche Bedeutung hat für Sie die funktionelle Zahnheilkunde?

Antwort: Ganz wichtig, wird leider in den letzten Jahren vernachlässigt

Frage: Gehört die Parodontologie Ihrer Meinung nach zu den Eckpfeilern einer modernen Zahnmedizin?

Antwort: Ja

10 Danksagung

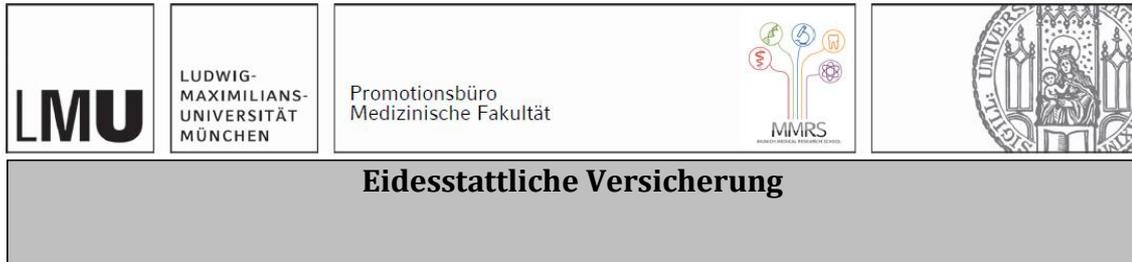
An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen meinen großen Dank aussprechen, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Marckmann für die ausgezeichnete Betreuung und Unterstützung bei der Durchführung der gesamten Arbeit.

Außerdem möchte ich mich bei den Interviewpartnern bedanken. Ohne Ihre Unterstützung eine Durchführung der Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Meinen Eltern und insbesondere meiner Frau danke ich für ihre Geduld, Ermutigungen und Zusprüche während des gesamten Studiums und während der Arbeit an dieser Dissertation.

11 Affidavit



Wassermann, André

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

Degeneriert die moderne Zahnmedizin zu einem gewinnorientierten Dienstleistungsunternehmen? Eine Bestandsaufnahme und ethische Bewertung der „Cosmetic Dentistry“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Lendorf, 28.12.2021

André Wassermann

Ort, Datum

André Wassermann