



Internationale Finanzkrise



„Verkauf von Ästhetik ist Ausverkauf der Medizin“
Medizin-Ethiker
Prof. G. Maio bei
DAZ-IUZB-Jahrestagung

Der Zahnarzt als Verkäufer von Ästhetik-Produkten

Qualitäts-Mangement-Systeme im Vergleich

Implantologie und Sozialmedizin kontrovers diskutiert

Arzt-Patient-Verhältnis im Informationszeitalter

Der Zahnarzt als Verkäufer von Ästhetik-Produkten? Die „Kundenorientierung“ der Zahnheilkunde in ihrer Unvereinbarkeit mit dem sozialen Charakter der Medizin

Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg

1. Einleitung

Seit Jahrzehnten hatten die Menschen in Deutschland nicht so gesunde und so wenig behandlungsbedürftige Zähne wie heute. Betrachtet man jedoch den Alltag in der Zahnarztpraxis, so ist von dieser verminderten Behandlungsbedürftigkeit nichts zu spüren. Im Gegenteil entsteht der Eindruck, als hätten heute Zahnärzte mehr zu tun als je zuvor. Gleichzeitig ist die Zufriedenheit moderner Menschen mit ihren Zähnen nicht etwa gestiegen sondern eher gesunken. Viele moderne Menschen mögen ihre Zähne, so funktionsfähig sie auch sein mögen, nicht so, wie sie sind. Sie wollen hellere Zähne haben, gleichmäßigere Zähne, kleinere Zähne, größere Zähne, schönere Zähne. Fast scheint es, als gäbe es kein natürliches Gebiss mehr, das nicht von einer ästhetischen Aufbesserung profitieren könnte. Der frühere Zahnarzt, der sich für die Behandlung von kranken Zähnen zuständig fühlte, wird im Zuge dieser neuen Erwartungen an die Zahnmedizin zunehmend zu einem Dienstleistenden, der nicht mehr für kranke, sondern vor allem für gesunde Zähne zuständig ist, die nach Form, Größe und Farbe dem individuellen Geschmack angepasst werden sollen.

Soll sich der Zahnarzt tatsächlich als Spezialist für die Schönheit der Zähne fühlen? Wo liegen die Grenzen eines solchen neuen Verständnisses von Zahnarzt? Darüber wird nachzudenken sein, und ich möchte dies in einigen Kritikpunkten tun, die ich zur Diskussion stelle.

Bevor ich zur ethischen Kritik komme, sei verdeutlicht, worin die Aktualität und das Neue dessen liegt, was die moderne ästhetische Zahnheilkunde vollzieht. Denn die Ästhetik ist ja keineswegs eine der klassischen Zahnmedizin fremde Orientierung. Im Gegenteil – jeder klassische Zahnarzt ist ein ästhetischer Zahnarzt gewesen, weil der Gesichtspunkt der Ästhetik auch bei

der Zahnerhaltung, auch bei der Parodontaltherapie und auch bei der zahnärztlichen Prothetik und der Mund- und Kieferchirurgie immer eine Rolle gespielt hat. Bei diesen Disziplinen ist das primäre Ziel die Behandlung einer krankheitsbedingten Versehrtheit des Zahnes. Ein Arzt, der einen Zahnaufbau vornimmt und hierbei die Ästhetik nicht beachtet, wird diesen Eingriff nicht gut machen können, weil die Ästhetik mit ein Kriterium für gutes ärztliches Handeln ist. Eine Zahnprothese, die zwar funktionell einwandfrei ist, aber ästhetischen Kriterien nicht genügt, wird trotz der guten Funktion kein gutes ärztliches Ergebnis sein. Aber die Ausrichtung an ästhetischen Kriterien ist hier nicht das primäre Ziel, sondern lediglich sekundär in das Ziel der Krankheitsbehandlung eingebettet. Die Ästhetik ist Begleitumstand und nicht primärer Anlass des ärztlichen Eingriffs. Primärer Anlass des ärztlichen Eingriffs ist die Wiederherstellung einer verloren gegangenen Integrität oder Funktion.

Anders sieht es jedoch aus, wenn ein Eingriff primär und ausschließlich aus ästhetischen Gründen erfolgt und eben nicht in die Behandlung eines kranken Zahns eingebunden, sondern nur ästhetisch motiviert ist. In diesen Fällen wird der gesunde Zahn durch einen Arzt verändert, nicht etwa, weil eine medizinische Indikation besteht, sondern allein weil dies vom Kunden so gewünscht wird. Nun kann der Wunsch des Kunden manchmal auch eine medizinische Indikation bedeuten, selbst dann, wenn der Zahn gesund ist. Denken wir an das Gebiss einer jungen Frau, die aus prekären sozialen Verhältnissen kommend der Empfehlung, eine Spange zu tragen, nicht nachgekommen war und sich nun ob ihrer schiefen Zähne schämt und daher sich kaum mehr traut, ohne vorgehaltene Hand zu sprechen oder zu lachen. Auch ohne Funktionseinschränkung könnte es bei dieser Frau indiziert sein, die Zähne aus rein ästhetischen Gründen zu begradien, weil mit der Begradigung dem



Selbstwertgefühl der Frau gedient wird. Gleiches gilt natürlich auch für deutlich verfärbte Zähne, die ebenfalls eine stigmatisierende Auswirkung haben können. Das Bleichen eines solchen auffälligen Zahnes könnte somit auch bei fehlendem krankhaften Befund als ärztliche Hilfe charakterisiert werden, weil der Patient von einem Stigma befreit wird. Diese Konstellationen gibt es, und diese sollen auch nicht der Ansatzpunkt meiner ethischen Kritik sein, aber es ist ein nur schmaler Grat zwischen einer kosmetischen Maßnahme als Leidenslinderung und einer kosmetischen Maßnahme als Resultat eines geschickten Marketings.

2. Die ästhetische Zahnheilkunde schafft von sich aus eine Nachfrage

Durch das Anbieten von ästhetischen Eingriffen sorgt die Medizin erst dafür, dass eine Nachfrage geschaffen wird, die ohne die Medizin selbst nicht aufgekommen wäre. Wenn der Dienstleisterarzt Verschönerungsleistungen anbietet und sogar mehr oder weniger direkt Werbung dafür betreibt, so macht er sich mit verantwortlich für die Folgen, die aus der Anwendung „seiner“ Techniken resultieren. So ist der moderne Dienstleisterarzt und Wunscherfüller mit dafür verantwortlich, dass junge (und zunehmend auch alte) Menschen glauben, ihre Zähne ästhetisch verändern zu müssen, um Anerkennung zu finden. Dieser Zusammenhang wird noch gravierender, wenn der Zahnarzt ästhetische Eingriffe nicht nur auf Wunsch vornimmt, sondern wenn er für solche Eingriffe auch noch Werbung betreibt. Denn die Werbung macht es sich zum Ziel, einen Bedarf zu

wecken. Der Arzt bezweckt mit seiner Werbung nichts anderes, als dem Menschen das Gefühl zu geben, dass es ihm ohne einen ästhetischen Eingriff eigentlich nicht gut gehen kann. Die Werbung soll dafür sorgen, dass Menschen, die sich bisher wohl fühlten, dieses Wohlempfinden durch die Werbung verlieren, damit das Wohlbefinden durch die Maßnahme des Arztes wieder hergestellt werde. Dies verdeutlicht, in welcher schwerwiegenden Weise die Werbung den ärztlichen Auftrag zur Hilfe konterkariert. Wäre das Wohlergehen des Patienten der eigentliche oder gar einzige Beweggrund und die eigentliche Zielsetzung ärztlichen Handelns, wäre die Werbung kein geeignetes Mittel, um dieses Ziel zu erreichen. Ab dem Moment, da der Arzt Werbung für bestimmte kosmetische Maßnahmen betreibt, wird implizit zum Ausdruck gebracht, dass das primäre Ziel dieses ärztlichen Handelns das Verkaufen oder der Gewinn eines Wettbewerbs ist und nicht das Wohl des Patienten. Die Werbung macht schließlich erst recht deutlich, wie sehr die ästhetischen Angebote in der Zahnheilkunde die Klienten in ihrem Selbstvertrauen erschüttern, anstatt ihnen zur Stärkung ihres Selbstvertrauens zu verhelfen.

3. Die ästhetische Zahnmedizin als Teil einer Kultur der Oberflächlichkeit

Ein Arzt, der allein den Wunsch des Patienten als Legitimation seines ärztlichen Tuns begreift, ohne diesen Wunsch noch einmal kritisch zu reflektieren, läuft Gefahr, bestimmte Vorstellungen zu bestätigen, die für sich genommen kritikwürdig sind. So müssen wir z. B. fragen: Was ist das für eine Vorstellung vom Menschen, wenn man davon ausgeht, dass man nur mit einem gleichmäßigen Gebiss ein lebenswertes Leben führen kann? Was ist das für ein Menschenbild, wenn man die persönliche Anerkennung von der Form des Gebisses oder der Zahnfarbe abhängig macht? Im antiken Griechenland galt die Einheit von Wahrem, Gutem und Schönerem als Bildungsideal. Man hat das Konzept der Kalokagathie entwickelt, das für eine Harmonie zwischen Schönheit und moralischer Vollkommenheit steht. Lange Zeit also ging man von der Vorstellung einer Verbindung zwischen Gutem und Schönerem aus. Platon sieht die Tugend im wahrhaft Schönen verwirklicht. Schon vor Platon hat Demokrit unterschieden zwischen der wahren Schönheit und der rein optischen Gefälligkeit. Im Mittelalter und in der frühen Neuzeit unterschied man zwischen der idealen Schönheit, die Tugend verkörperte, und einem sinnlich Schönen, das nur äußerlich

berlich war und nicht als Tugend betrachtet wurde. Heute hat man die Schönheit in der Tat reduziert auf das rein Äußere und hat sie der Tugend, der inneren Haltung komplett entrissen. Daraus folgt, dass die Suche nach einer solchen Schönheit nun nicht mehr die Suche nach einer ganzheitlichen Einheit ist. Vielmehr ist die heutige Suche nach Schönheit Ausdruck einer auf Leistung und Funktionalität ausgerichteten Gesellschaft, die nicht eine ganzheitliche Einheit im Sein sucht, sondern sich mit dem Schein begnügt.

Wenn man dies zu Ende denkt, kann man sich der Erkenntnis nicht verwehren, dass eine Medizin, die auf breiter Front rein



kosmetisch handelt, am Ende mitverantwortlich ist für eine Gesellschaft, die dem Primat der Eitelkeit, der Äußerlichkeit, der Jugendlichkeit und der sinnentleerten Oberflächlichkeit folgt. Die Zahnmedizin mag nicht der Urheber dieser Ausrichtung sein, aber indem sie offiziell – und meist ohne Skrupel – die Ästhetik zu einer ihrer zentralen Aufgaben macht, bestätigt und fördert eine solche Medizin die latent vorhandenen modernen Tendenzen.

Die kosmetische Zahnmedizin trägt zu einem in der Medizin wie in der modernen Gesellschaft weit verbreiteten Machbarkeitswahn bei. Daher ist nicht zu leugnen, dass eine sich der reinen Ästhetik verschreibende Medizin sich zur Komplizin einer solchen auf Nichtigkeiten orientierten und von Machbarkeitsvorstellungen geleiteten Gesellschaft macht (MAIO 2007a). Die Fixierung auf Äußerlichkeiten, die Hochschätzung des reinen Scheins und die Reduzierung des Menschen auf seine Leistungsfähigkeit und seine rein äußerliche „Attraktivität“ sind ein Bestandteil der

beklagenswerten Verstrickung der modernen Medizin. Eine solche Medizin hat sich von ihrem ureigenen Auftrag, eine Hilfe für krank gewordene, für in Not geratene Menschen zu sein, verabschiedet und sich dazu herabgelassen, Erfüllungsgehilfin einer mit Ideologien behafteten Konsumgesellschaft zu werden. Sie ist zuweilen nicht mehr als eine Dienerin der Beauty-Industrie.

4. Ist die ästhetische Zahnmedizin überhaupt noch Medizin?

Wenn die Zahnmedizin als Leitmotiv ihres Handelns tatsächlich nur noch den Markt, die Gewinnoptimierung und die persönlichen und oft narzisstischen Wünsche ihrer Kunden definitiv wählte, so würde sie bald in eine Identität zurückfallen, die sie eher in die Nähe des Barbiers und Zahnreißers als in die Nähe der ärztlichen Identität bringt. Am Ende eines solchen Trends steht die Ablösung einer moralischen Institution durch ein moralindifferentes Handwerk. Die Zahnmedizin – wie die Medizin allgemein – ist eine Profession und nicht nur ein Beruf. Mit dem Status der Profession sind Privilegien verbunden, die darin bestehen, dass der Staat sich bei der Formulierung der Standards für die Ausübung der Profession weitgehend heraushält; der Staat vertraut darauf, dass die Zahnärzte selbst festlegen, was eine gute Zahnmedizin ist. Darin liegt das Privileg der Zahnmedizin als Profession, dass sie von sich aus sagen kann, wie eine Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst auszusehen hat. Der Staat verlässt sich darauf, weil er davon ausgeht, dass die Zahnmedizin als Leitmotiv ihrer Entscheidungen das Interesse des Patienten im Auge hat. Das Vertrauen beruht also nicht nur auf den technischen Fähigkeiten des Arztes, sondern vor allem darauf, dass die Zahnmedizin als Medizin sich von einem moralischen Wert, nämlich dem Wohl des Patienten – und nur von diesem –, in ihrer Festlegung der Standards leiten lässt. Ähnlich beruht auch das Vertrauen des Patienten weniger auf der technischen Versiertheit des Arztes als darin zu wissen, dass wenn er Arzt ist, er als Arzt sicher zu allererst an seinen Patienten denken wird. Von einem Verkäufer wird man eine solche moralische Grundeinstellung nicht erwarten, und jeder weiß, dass der Verkäufer zunächst einmal daran denkt, sein Produkt zu verkaufen. Ein Arzt aber darf nicht zuerst an den Verkauf denken, sondern muss zuerst daran denken, ob seine Leistung tatsächlich gut für den Patienten ist. Genau hierin liegt der vulnerable Punkt der heutigen Zahnmedizin, wie der Medizin überhaupt.

In den letzten Jahren ist, in Abgrenzung zu einem lange Zeit eher paternalistischen Arzt-Patient-Verhältnis, die Mündigkeit und Autonomie des Patienten in den Vordergrund gerückt worden. Die Autonomie zu respektieren ist notwendige, aber keineswegs hinreichende Bedingung dafür, ein guter Arzt zu sein. Die Grundhaltung der Fürsorge ist vielmehr das identitätsstiftende Moment ärztlichen Handelns. Diese Fürsorge – die freilich ohne Respektierung der Autonomie nicht möglich ist – setzt voraus, dass der Arzt den Patienten als Menschen wahrnimmt und nicht nur als Konsumenten von medizinischen Dienstleistungen. Medizinische Dienstleistungen an autonome Kunden zu verkaufen mag einfach sein, aber im Grunde beruhen solche Handlungen auf einer reinen Tauschbeziehung, die nicht zwangsläufig vom humanistischen Interesse am Anderen sondern oft genug von einer grundlegenden Gleichgültigkeit dem Anderen gegenüber getragen ist. Gleichgültigkeit deswegen, weil der Andere vornehmlich unter der Perspektive des potentiellen Verbrauchers und meist nicht als personales Gegenüber betrachtet wird.

Wenn die moderne Medizin den Verkauf jedweder Dienstleistungen gegen Geld an autonome Kunden zu ihrem eigentlichen Ziel erklärt, so ist das von sich aus nicht zu verurteilen, und man könnte hierfür eine entsprechende Dienstleisterethik formulieren, die ganz andere Standards als die für die Medizin gültigen notwendig machte. Doch wenn eine solche Dienstleisterethik formuliert werden würde, dann müsste klar sein, dass ab dem Moment, da der Verkauf und die Wunscherfüllung im Vordergrund stehen, es sehr fraglich wird, ob sich eine solche Disziplin noch Medizin nennen kann (MAIO 2007b).

Eine Medizin, die keine andere Vision hat als lediglich Dienstleisterin im Dienste aller denkbaren Wünsche des Menschen zu sein, wird sich mittelfristig als Medizin abschaffen, gerade weil sich die Medizin als Medizin nicht über die Anwendung medizinischer Mittel konstituiert. Die Medizin konstituiert sich als Medizin vor allen Dingen über die Zielgerichtetheit ihres Tuns (KASS 1981; MAIO 2007a; PELLEGRINO 2005). Der Anfang der Medizin lag nicht dort, wo zum ersten Mal eine Technik angewendet oder ein Medikament verabreicht wurde, sondern er lag dort, wo ein Mensch einem anderen Menschen versicherte, dass er seine Maßnahmen allein zum Wohle des Kranken anwenden würde. Diese Versicherung war unabdingbar, um

als Disziplin bestehen zu können, weil nur über eine solche Versicherung der Kranke einer solchen Disziplin tatsächlich Vertrauen entgegenbringen konnte. Eine Medizin, die das Wohl des Kranken nun durch die Wünsche des Kranken ersetzen möchte, wird damit die Grundlage für das in den Arzt gesetzte Vertrauen zunehmend erschüttern.

5. Schlussfolgerungen

Die vorangegangenen Überlegungen sollen deutlich machen, dass die ästhetische Zahnheilkunde in Zukunft ihre Glaubwürdigkeit und ihre Identität als genuin ärztliche Disziplin nur dann bewahren kann, wenn sie mit der Indikationsstellung verantwortungsbewusst umgeht. Ein Arzt, der nur reflexartig das tut, was der Klient von ihm erwartet, läuft Gefahr, vom Klienten zum reinen Erfüllungsgehilfen degradiert zu werden. Ein solcher Arzt könnte genauso gut ein Handwerker sein. Was den Arzt zum Arzt macht, ist gerade die kritische Reflexion des Patientenwunsches, ist die Implementierung von Verantwortung. Konkret bedeutet das, dass der gute Arzt den Wunsch des Patienten nach einem ästhetischen Eingriff stets kritisch überdenkt. Er behandelt nicht einfach nach Wunsch, sondern erst wenn er sich sicher ist, dass er mit seiner Behandlung auch



langfristig dem Patienten einen guten Dienst erweist. Daher kommt dem klärenden Gespräch eine ganz besondere Bedeutung zu; im Zweifelsfall müssten Klientenwünsche auch abgelehnt werden.

Wenn sich der ästhetische Zahnarzt als Arzt verstünde, müsste er andere Schönheitsideale propagieren, die nicht einseitig sind und die die Schönheit gerade nicht auf die äußere Form reduzieren, sondern die sie als Gesamteindruck eines Men-

schen begreifen. Der Philosoph Gernot Böhme hat Schönheit nicht als Prädikat, sondern als eine Weise zu sein definiert (BÖHME 2003). In dieser Konzeption wird Schönheit nicht erst durch Medizintechnik möglich, sondern v.a. durch die Arbeit an einer anderen Ausstrahlung, an einem anderen Auftreten, an einer anderen Kommunikationsweise, an einer anderen Einstellung zu sich und der Welt. Daher wäre eine Aufgabe auch der ästhetischen Zahnheilkunde, für eine Schönheit zu plädieren, die gerade nicht darin besteht, alle Menschen durch Technik zu uniformieren, sondern die besonders die Diversität menschlichen Aussehens positiv konnotiert. Mit einer solchen Beratung und Überzeugungsarbeit würde der Zahnarzt seinem Patienten in vielen Fällen einen größeren Dienst erweisen als mit einem invasiven Eingriff.

Der ästhetische Zahnarzt, der – als Arzt – in einer Weise „hilft“, die viele Risiken mit sich bringt, teuer für den Patienten ist und zugleich ineffektiver ist als andere Formen, soziale oder private Anerkennung zu erlangen, ein solcher Zahnarzt wird seinem Auftrag als Arzt jedenfalls nicht gerecht. Daher wird die Zahnmedizin darüber nachzudenken haben, wie sie angesichts der zunehmenden Marktorientierung ihrer Disziplin ihren Kernauftrag, dem leidenden Patienten helfend – und nicht ausbeutend – zur Seite zu stehen, tatsächlich noch glaubhaft und Vertrauen erweckend einlösen kann.

Prof. Dr. Giovanni Maio
Lehrstuhl für Bioethik und
Interdisziplinäres Ethikzentrum Freiburg

Literatur:

1. BÖHME G: Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht. Kunst- erdingen: Die Graue Edition (2003)
2. KASS LR: Regarding the end of medicine and the pursuit of health. In: Caplan AC (Ed): Concepts of health and disease. Addison- Wesley: Reading, Mass., pp 3-30 (1981)
3. MAIO G: Ethische Grenzen kosmetischer Maßnahmen in der Zahnheilkunde. Zahn- ärztliche Mitteilungen 96, Nr. 10, 16.05.2006, Seite 78-83 (2006)
4. MAIO G: Medizin im Umbruch. Ethisch- anthropologische Grundfragen zu den Para- digmen der modernen Medizin. Zeitschrift für Medizinische Ethik 53: 229-254 (2007a)
5. MAIO G: Ist die ästhetische Chirurgie über- haupt noch Medizin? Eine ethische Kritik. Handchir Mikrochir Plast Chir 39: 189- 194 (2007b)
6. PELLEGRINO, ED: Bekenntnis zum Arztberuf – und was moralisch daraus folgt. Eine tugendorientierte Moralphilosophie des Berufs. In: Hans Thomas H (Ed.): Ärztliche Freiheit und Berufsethos. Dettelbach: J.H. Röhl, pp 17-60 (2005)



Wohin steuert das Gesundheitswesen? Wie geht es weiter im DAZ? DAZ-Jahrestagung brachte mehr Fragen als Antworten

Seit 1980 gibt es den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde als kleinen zahnärztlichen Berufsverband. Nach wie vor fühlt er sich den bei seiner Gründungsmaßgeblichen Zielen verpflichtet: bevölkerungsweite Prophylaxe fördern, den Berufsstand zur Verbesserung der Qualität zahnärztlicher Arbeit aus eigener Verantwortung motivieren, sich für eine gute Versorgung aller Bürger unabhängig von Einkommen und sozialem Status einsetzen. Durch Zusammenschluss von Kollegen in so genannten Studiengruppen, durch fachliche und berufspolitische Diskussion, Fortbildungsveranstaltungen und die Herausgabe eines eigenen Mediums hat der DAZ sich seither für Verbesserungen zu Gunsten von Patienten und der im Versorgungssystem Tätigen stark gemacht und immer wieder Themen unter die Lupe genommen, die sonst eher an den Rand gedrängt oder unter den Teppich gekehrt zu werden drohten.



Das kritische Beleuchten bestimmter Aspekte der Standespolitik und des Versorgungsgeschehens haben sich auch andere auf die Fahnen geschrieben, so die Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB),

die folgerichtig eine Lupe in ihrem Logo führt. Die IUZB entstand ursprünglich im Zusammenhang mit Konflikten um die Honorarverteilung in Berlin. Schnell erweiterten sich die Ziele und Aktivitäten der Gruppe und bereits im Jahr 2002 formierte sich die IUZB als eingetragener Verein, welcher bei den Körperschaftswahlen in Berlin unter den Oppositionsverbänden mittlerweile die meisten Wählerstimmen auf sich vereinen kann.



Ähnlich wie der DAZ setzt sich die IUZB für eine gute Versorgung der Patienten und eine gerechte Honorierung der im Gesundheitswesen Arbeitenden ein. Besonders Augenmerk legen die IUZBler auch auf das Geschehen in den zahnärztlichen Körperschaften. Dahinter steht die Auffassung, dass man zuallererst im eigenen Zuständigkeitsbereich klare und korrekte Verhältnisse schaffen muss, ehe man sich Problemen im größeren Rahmen zuwenden kann. Neben der Einforderung von Transparenz geht es der IUZB zum Beispiel um die Frage, ob Fehlverhalten in den Körperschaften von der Kollegenschaft erst dann geahndet werden soll, wenn es justiziabel ist. Oder ob nicht vielmehr bereits früher

eingeschritten werden muss, wenn gegen anerkannte moralische Prinzipien verstoßen wird. Die IUZB orientiert sich dabei u.a. an Forderungen, wie sie unter dem Stichwort „Wirtschaftsethik“ in der Wirtschaft und abgewandelt auch in verschiedenen nationalen und internationalen Institutionen und Organisationen seit längerer Zeit diskutiert werden und Niederschlag in entsprechenden Verhaltenskodizes gefunden haben. Insgesamt geht es der IUZB um die Glaubwürdigkeit und demokratische Arbeitsweise der zahnärztlichen Selbstverwaltung – Themen, die auch dem DAZ am Herzen liegen.

Fortlaufend aktualisierte Infos zu den IUZB-Aktivitäten finden Sie unter

www.iuzb.net

Dank guter Kontakte auf Berliner Ebene entstand 2008 die Idee, die Herbsttagungen beider Verbände zusammen abzuhalten. So fand im September 2008 in Berlin-Mitte erstmalig eine gemeinsame DAZ-IUZB-Jahrestagung statt, bei der unter rege Beteiligung von IUZBlern, DAZlern und weiteren Zahnärzten der Medizin-Ethiker Prof. Dr. Giovanni Maio aus Freiburg zum Thema „Medizin und Schönheitswahn –

Ethische Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde“ referierte. Laut Maio vollzieht sich derzeit, zumal in der Zahnmedizin, ein grundlegender Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis und im ärztlichen Selbstverständnis. An die Stelle des Arztes, der dem Not leidenden Kranken hilft, tritt der Dienstleister-Arzt, der seine Angebote an der Kunden-Nachfrage ausrichtet bzw. diese Nachfrage oft zuvor durch Werbung selbst erzeugt. Immer mehr Raum gewinnen Wellness- und Fitnessangebote sowie Verschönerungsleistungen, die oftmals nichts mit notwendiger Krankheitsbehandlung zu tun haben, sondern rein kommerziell motiviert sind. Wenn sich der Arzt oder Zahnarzt auf ein solches Terrain begibt, verlässt er den Boden grundlegender ärztlicher Prinzipien und wird damit, so Maio, zum Handwerker und Verkäufer. Dabei ging es dem Leiter des Freiburger Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin keineswegs darum, dem Bemühen um ästhetische Lösungen in der Zahnheilkunde eine Absage zu

erteilen oder bestimmte zahnmedizinische Maßnahmen grundsätzlich zu verteufeln. Entscheidend ist für ihn vielmehr der Kontext der Einzelmaßnahme, die Motivation der Beteiligten. Das Abrücken von den ärztlichen Prinzipien hat im übrigen seinen Preis. Es kostet, wenn die Entwicklung so weiter geht, die mit der Freiberuflichkeit verbundenen Privilegien (auch steuerlich, s. S.21), und es kostet letztlich das Vertrauen der Patienten in die ärztliche Profession.

Dass die Kommerzialisierung der Medizin zu Vertrauensverlusten führt, dürfte jeder Zahnarzt nachvollziehen können, der ja ab und zu auch selbst Patient ist. Seit in einem STERN-Schwerpunktheft zum Thema „Zähne“ auf das Qualitätssicherungsprojekt des DAZ und die Selbstverpflichtung der beteiligten Zahnärzte verwiesen wurde, reißen in der Geschäftsstelle die Anfragen nicht mehr ab. Viele Patienten haben den Eindruck, dass für den Zahnarzt die finanzielle Seite im Vordergrund steht, und sind davon zutiefst verunsichert. Dabei geht es nicht darum, dass sie etwa nichts bezahlen oder nur die billigste Lösung wollen. Vielmehr suchen sie einen Zahnarzt, dem sie vertrauen können. Und das heißt für sie: einen Zahnarzt, der nicht das

Geld, sondern ihr gesundheitliches Problem an die erste Stelle setzt und sich nach bestem Wissen und Gewissen bemüht, ihnen zu helfen.

Für viele Teilnehmer der Tagung von DAZ und IUZB waren die Ausführungen des Referenten, die er dem DAZ-Forum dankenswerter Weise in komprimierter Form zur Verfügung gestellt hat (siehe Seite 5ff), eine Ermutigung, sich nicht durch die allgegenwärtige Marketing-Flut beirren zu lassen, sondern weiterhin die Arbeit am Be-



Referent Prof. Maio (r) im Gespräch mit G. Gneist, IUZB

darf der Patienten und den Grundprinzipien ärztlicher Ethik auszurichten. Inzwischen scheint die Wichtigkeit dieses Themas auch an anderer Stelle wahrgenommen zu werden. Prof. Maio saß z.B. auch beim Deutschen Zahnärztetag im Oktober 2008 auf dem Podium und konfrontierte dort die Zahnärzte mit seiner Bewertung der aktuellen Entwicklung aus ethischer Sicht.

Der 2. Teil der Tagung startete mit einem Austausch zu aktuellen berufspolitischen Fragen. Hierbei akzentuierte der DAZ-Vorsitzende Dr. Eberhard Riedel aus München den seit Monaten nicht abreißen lassen Disput um die zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ausgangspunkt war die vereinbarte Harmonisierung von Studiengängen in Europa im Rahmen eines Systems mit Bachelor- und Master-Abschluss sowie ECTS-Punkten. Die Befürworter verstärkter Spezialisierung und weiterer Fachzahnarztgebiete versuchen im Fahrwasser der europäischen Anpassung ihre Vorstellungen durchzubringen; der DAZ betrachtet diese Entwicklung mit Skepsis und hat sich der Allianz gegen die Veränderung der Weiterbildungsordnung angeschlossen. Beim Deutschen Zahnärz-

tetag im Oktober 2008 und auch bei einer außerordentlichen Sitzung der Bundeszahnärztekammer im November 2008, die inzwischen stattgefunden haben, wurde das strittige Thema nicht behandelt. Es ist somit vertagt auf die nächste BZÄK-Bundesversammlung Herbst 2009. Der neu gewählte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel bekräftigte kürzlich in einem zänd-Interview, dass um eine Änderung der Fort- und Weiterbildungsordnung kein Weg herumführe, schließlich ginge es bei der Angleichung an europäische Standards um eine „höheren Zielen verpflichtete Herausforderung“. Die DGZMK und die Vereinigung der Hochschullehrer setzten sich in einem Positionspapier mit den Argumenten der Kritiker auseinander (Zahnärztliche Mitteilungen 28-2008). Wie die Allianz lehnen beide Organisationen die Umstellung der Zahnmedizin auf ein Bachelor-Master-System entschieden ab. Den Ausbau der postgraduierten Angebote mit Masterabschlüssen und neuen Fachzahnarztqualifikationen halten sie jedoch im Interesse einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung für geboten. Die Diskussion zur Aus-, Fort- und Weiterbildung wird also weitergehen.

Zurück zur Tagung in Berlin. Nach Dr. Riedel ergriff Gerhard Gneist, Vorsitzender der IUZB, das Wort und erläuterte die aktuellen Vorhaben seiner Organisation. Zum Zeitpunkt der Jahrestagung befand man sich in Berlin gerade im Kammerwahlkampf. Inzwischen haben die Berliner Zahnärzte ihre Stimmen abgegeben (Wahlbeteiligung 44%), ohne allerdings die Kräfteverhältnisse wesentlich zu ändern. Auch zukünftig wird die IUZB zusammen mit anderen Berliner Gruppen die – durchaus starke – Opposition bilden. Mit der Kammer und KZV gab und gibt es – wie Gneist berichtete – verschiedene, z.T. auch mit juristischen Mitteln geführte Auseinandersetzungen, so in Bezug auf die Organisation des Notdienstes und in Bezug auf das Versorgungswerk. Fast ausnahmslos hat die IUZB bisher vor Gericht Recht und Rückendeckung seitens der Aufsichtsbehörde bekommen. Mit ergänzenden Berichten aus der Arbeit in den Berliner Körperschaften von Olaf Cornehlens, Berlin,

IUZB-Vertreter im Versorgungswerk, und von Dr. Helmut Dohmeier, Berlin, dem Vorsitzenden der Berliner Unabhängigen Zahnärzte (BUZ) und Mitglied im Rechnungsprüfungsausschuss der KZV Berlin, wurde der organisationsübergreifende Teil der Jahrestagung beendet. Teilnehmer von beiden Seiten bezeichneten die gemeinsame Veranstaltung als gelungen. Sie muss nicht die einzige Tagung dieser Art bleiben.

Den Auftakt der nun folgenden DAZ-Jahreshauptversammlung (JHV) bildeten der Vorstandsbericht, die Informationen zur wirtschaftlichen Lage des Verbandes und die üblichen Vereinsformalia. Nach Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung und Dank für die seit der letzten JHV geleistete Arbeit standen turnusgemäße Vorstandsneuwahlen auf dem Programm. Erstmals in der Geschichte des Verbandes fand sich kein Kandidat bzw. keine Kandidatin für das Amt des/der ersten Vorsitzenden. Dies hat zweifellos zu tun mit der gestiegenen Belastung der Zahnärzte in ihren Praxen, mindestens ebenso aber auch mit der Resignation vieler langjähriger Mitglieder angesichts der allgemeinen Entwicklung und des Mangels an neuen, jüngeren Mitstreitern. Auch wenn der DAZ derzeit noch über gewisse personelle und materielle Ressourcen verfügt, die Arbeit in Teilbereichen gut funktioniert und viele Mitglieder klar zu den Verbandszielen und auch zu den von Prof. Maio vorgetragenen Maximen stehen, wird dennoch das Nachwuchsproblem immer gravierender.

Angesichts dieser Situation forderte die Mitgliederversammlung den bisherigen Vorstand auf, seine Tätigkeit kommissarisch fortzuführen und verschiedene Optionen, die Zukunft des DAZ betreffend, zu prüfen. Dies soll nun in den nächsten Monaten geschehen, und dabei sind alle interessierten Mitglieder ganz eindringlich zur Mitarbeit aufgefordert.

**Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin, Köln**

Kostenloses Infomaterial zum Verteilen, insbesondere zur **Fluorid-Prophylaxe**, gibt es bei der **DAZ-Infostelle für Kariesprophylaxe**, Oberlindau 80-82, 60323 Frankfurt, T. 069/24706822, F.069/70768753, daz@kariesvorbeugung.de



Weg von der Zahnmedizin – führt zur Umsatzsteuerpflicht



Nach den Ratschlägen von Praxisberatern, wie eine moderne Zahnarztpraxis mit Erfolg in die Zukunft geführt wird, müssen verstärkt Leistungen außerhalb der Gebührenkataloge erbracht werden, Leistungen, die mit der eigentlichen Zahnmedizin nichts mehr zu tun haben. Damit unterliegen wir teilweise der Umsatzsteuerpflicht. Unser ärztlicher Beruf wandelt sich. Da gilt es aufzupassen.

Umsatzsteuerfrei sind nach § 4 Nr. 14 Satz 1 UStG ausschließlich ärztliche Heilbehandlungen, und dazu zählen Leistungen zur Vorbeugung, Diagnose und Behandlung über Heilung bis Nachsorge von Erkrankungen. Entsprechende von Heilpraktikern, Krankengymnasten, Hebammen oder ähnlich heilberuflich Tätigen erbrachte Leistungen sind ebenfalls umsatzsteuerbefreit.¹

Doch wird in der zahnärztlichen Praxis häufig sehr viel mehr erbracht bzw. angeboten: Bestimmte zahntechnische Leistungen (kleine Laborarbeiten wie Modelle, Zahnersatz-Reparaturen, aber auch chairside gefertigte Restaurationen – Cerec!) gehörten schon immer zum zahnärztlichen Alltag. Im Rahmen der Prävention kam der Verkauf von zahnärztlichen Hygieneartikeln im Praxishop dazu. Erweitert wird das gelegentlich um Produkte, die den „allgemeinen Gesundheitszustand“ verbessern sollen. In letzter Zeit finden sich zusätzlich umsatzstarke „ästhetische“ Leistungen wie Bleaching, Veneers oder Botox-Injektionen und andere „Wohlfühl“-Angebote. Dieses alles sind keine von der Umsatzsteuer befreiten Heilbehandlungen!

Konnten wir bislang auf die Erhebung und Abführung der Umsatzsteuer auf Grund des geringen Umfangs verzichten, so wird durch die Ausweitung des Angebotes insbesondere mit den zuletzt angeführten Leistungen schnell die Grenze der von der Umsatzsteuer befreienden Kleinunternehmerregelung überschritten:

„Unternehmer, die nur geringe Umsätze tätigen, werden als Kleinunternehmer eingestuft. Als Kleinunternehmer gelten Unternehmer, deren Umsatz im vorangegangenen Jahr einen Betrag von 17.500 € nicht überstiegen hat und deren Umsatz im laufenden Jahr 50.000 € voraussicht-

lich nicht übersteigen wird. Beide Voraussetzungen müssen gegeben sein.“²

Damit kommt ein größerer bürokratischer Aufwand auf die Praxis zu bei der Rechnungserstellung sowie auf Buchführung und Steuerberater bei der Erfassung und Berechnung der umsatzsteuer-relevanten Daten sowie der Erstellung der Umsatzsteuererklärungen.

Versüßt wird dieser Aufwand durch die Möglichkeit des Vorsteuer-Abzuges: Bei allen Ausgaben, die für die umsatzsteuerpflichtigen Leistungen getätigt wurden, kann die bezahlte Umsatzsteuer von der entstandenen Umsatzsteuerschuld als Vorsteuer abgezogen werden. Ein Teil der Kosten (z.B. für Geräte und Materialien) ist direkt zuordenbar – hier kann man die Umsatzsteuer zu 100 % in Ansatz bringen, weshalb es sich empfiehlt, diese Ausgaben getrennt zu erfassen. Weitere Ausgaben der Praxis (z.B. Miete, Energiekosten, Anschaffungen für die Praxis insgesamt) kommen teilweise dem steuerpflichtigem Bereich zugute; hier kann die gezahlte Umsatzsteuer anteilig abgezogen werden. Der hierfür maßgebliche Faktor muss bei jeder notwendigen Umsatzsteuervoranmeldung und folgenden Umsatzsteuererklärung neu berechnet werden. Entsprechend dem Anteil von umsatzsteuerpflichtigen (s. oben) zu umsatzsteuerfreien (zahnärztlichen sowie Kfo- und KBr-Labor-) Einnahmen kann die von dem nach Abzug der direkt dem umsatzsteuerpflichtigen Praxisumsatz zuordenbaren Ausgaben verbleibenden Anteil der Gesamtausgaben gezahlte Umsatzsteuer als Vorsteuer geltend gemacht werden. Seit 2006 muss das alles auf der neuen Anlage EÜR (Gewinnermittlung nach § 4 Abs. 3 EStG) eingetragen der Einkommensteuererklärung beigefügt werden. Alles klar?

Oder sollten wir uns vielleicht doch lieber mehr auf unseren (zahn-)ärztlichen Beruf besinnen?

Dr. Ulrich Happ, Hamburg

¹ C. Metzger, Bundessteuerberaterkammer, Okt. 2008: Umsatzsteuerpflicht bei ästhetischen/kosmetischen Leistungen wie Bleachen, www.zaek-hh.de/

² www.steuerlexikon-online.de/Kleinunternehmerregelung.html