

M. Jacob<sup>1</sup>, D. Groß<sup>2</sup>

# Fallstricke und dilemmatische Aspekte in der zahnärztlichen Behandlung von Angehörigen und (emotional) Verwandten



M. Jacob

## *Pitfalls and ethical dilemmas in the dental treatment of relatives and other close relations*

**Einleitung:** Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, schwierige bzw. dilemmatische Aspekte in der zahnärztlichen Behandlung von Angehörigen und (emotional) Verwandten systematisch zu analysieren und die Umstände und möglichen Folgen dieser Problematik professionsethisch zu hinterfragen.

**Methode:** Der Beitrag fußt methodisch (1) auf einer prototypischen Fallanalyse und (2) einer professionstheoretischen Analyse der Arzt-Patient-Beziehung.

**Ergebnisse:** Im Fall der Behandlung von (emotional) Verwandten und Angehörigen ist das Risiko erhöht, dass eine übermäßige Bedeutung der Beziehung zwischen Behandler und Patient das distanzierte Expertenhandeln in so großen Teilen lahmlegt, dass verlässlich funktionierende Routinen verlassen werden. Dies kann zu Behandlungsentscheidungen führen, die mit technischer Riskanz und Unsicherheit verbunden sind.

**Schlussfolgerungen:** Der Zahnarzt als professioneller Experte muss kritisch überprüfen, ob seinem nahestehenden Patienten ein autonomer Entscheidungsraum zugänglich ist und dieser darauf zugreift, ob die gewählte Therapieentscheidung das Patientenwohl sicherstellt (Benefizienz-Prinzip) und gleichzeitig berücksichtigt, dass diesem kein oder nur der geringstmögliche Schaden im Zuge der Behandlung erwächst (Non-Malefizienz-Prinzip), und schließlich, ob dem Prinzip der Gleichberechtigung entsprochen wird. Dies bedeutet, dass der Angehörige im Grundsatz behandelt wird wie jeder andere gedachte Patient. (Dtsch Zahnärztl Z 2014; 69: 652–657)

*Schlüsselwörter:* Arzt-Patient-Beziehung; Sach- und Beziehungsebene; Beziehungsfalle; Ethik; Professionstheorie

**Introduction:** The following paper provides a systematic analysis of challenges in the dental treatment of family members and other close relatives and a critical assessment of potential ethical issues involved.

**Methods:** The methodological approach is twofold, combining (1) a prototypical case study with (2) a theoretical analysis of the dentist-patient relationship.

**Results:** Providing treatment to family members and other close relatives increases the risk that the relationship between practitioner and patient interferes with the professional distance so that reliable routines are abandoned. This might lead to risky treatment decisions with uncertain outcome.

**Conclusions:** The dentist as a professional expert has to question whether patients with whom they are in a close relationship are able to make autonomous decisions, make sure that the treatment serves the well-being of the patient (principle of beneficence) and causes no or only minimal harm (principle of nonmaleficence) and, finally, that the principle of justice is complied with. Provided that these conditions are met, family members and other close relatives may be treated like any other patient.

*Keywords:* doctor-patient relationship; professional and personal levels; double bind; ethics professional theory

<sup>1</sup> Maximinstr. 45, 66763 Dillingen/Saar

<sup>2</sup> Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Wendlingweg 2, 52074 Aachen

Peer-reviewed article: eingereicht: 23.05.2014, revidierte Fassung akzeptiert: 23.07.2014

DOI 10.3238/dzz.2014.0652-0657

## 1 Einleitung

Wäre eine zahnmedizinisch professionelle Handlung nur das technische Abarbeiten einer handwerklichen Maßnahme, so würde es keinen Unterschied machen, ob der Behandler die Maßnahme an einer ihm nicht nahestehenden Person oder eben an einem nahen Angehörigen oder Verwandten vornimmt. Tatsächlich aber können die Planung, Entscheidungsfindung, therapeutische Durchführung wie auch der anschließende Aufwand nach Behandlung zwischen diesen beiden Polen unter höchst unterschiedlichen Handlungsbedingungen ablaufen.

Problematisch sind hierbei weniger diejenigen Fälle, die aus fachlicher Sicht eindeutig zu diagnostizieren und therapieren sind, sondern vielmehr sogenannte Grenzfälle, in denen aus der Auswahl von Behandlungsalternativen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen eine schwierige Entscheidungssituation erwächst. Bei intimeren Arzt-Patienten-Verhältnissen, wie sie häufig gerade zwischen (emotional) Verwandten bestehen, kann immer dann ein Gewissenskonflikt entstehen, wenn sich alternative fachliche Optionen mit emotionalen Entscheidungs- und Beziehungsaspekten vermischen. Die Verschränkung, die sich beim behandelnden Zahnarzt in derartigen Fällen aufbaut, liegt – soziologisch gesprochen – darin begründet, dass hier eine Nähe-Distanz-Antinomie (gr. Antinomie = logischer Widerspruch) auftritt. Sie erschwert eine distanzierte Reflexion, welche allerdings für den Übertragungs-/Gegenübertragungsmechanismus im Rahmen jedweder therapeutischen Arzt-/Patienten-Beziehung erforderlich ist [13]. Insofern ist davon auszugehen, dass diese Besonderheiten auf den Verlauf und das Ergebnis der Behandlung des Patienten zurückwirken.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel dieses Beitrages, die Umstände und möglichen Folgen dieser Problematik professionsethisch zu hinterfragen. Der ethische Diskurs im zahnmedizinischen Handlungskontext vollzieht sich in der aktuellen wissenschaftlichen Betrachtung vor dem Hintergrund grundlegender Fragen der Prinzipienethik [7]. Konkret stellt sich die Frage: Sind unter den skizzierten Voraussetzungen die vier ethischen Prinzipien (1) Respekt vor der Patientenautonomie, (2) Benefizienz

(Gebot der ärztlichen Fürsorge) (3) Non-malefizienz (Nichtschadensgebot) und (4) Gerechtigkeit überhaupt gewährleistet? Besagte Frage ist Ausgangspunkt einer ausführlichen Erörterung der Besonderheiten der Behandlung (emotional) nahestehender Personen und ihrer normativen Implikationen.

## 2 Methoden

### 2.1 Fallanalyse

Folgende Fallvignette und die nachfolgende Fallkommentierung veranschaulichen beispielhaft die grundsätzliche Problematik:

#### *Fallkasuistik im Problembezug*

Der 65-jährige Vater der niedergelassenen Zahnärztin Dr. AB war vor etwas mehr als drei Monaten zum letzten Mal in der Praxis seiner Tochter. Damals wurden wegen Furkationsbefall und chronischen, therapieresistenten parodontalen Problemen die Zähne 17 und 26 entfernt. Dabei ging auch die Brücke 15–17 verloren. Da Zahn 27 bereits vor einigen Jahren extrahiert werden musste, resultierte hieraus beidseits eine Freieidsituation distal der 5er. Nun stehen die weitere Therapieplanung und die endgültige prothetische Versorgung an.

Dr. AB glaubt ihren Vater zu kennen und unterstellt, dass dieser eine herausnehmbare Lösung a priori ablehnt. Obwohl medizinischer Laie, tritt der Vater ihr gegenüber ausgesprochen selbstbestimmt auf. Die Zahnärztin sieht ihrerseits keine Indikation für eine implantologische Versorgung, da die Atrophie der Kieferkämme sehr stark ausgeprägt ist. Augmentierende Behandlungen mit externem Sinuslift führt Frau Dr. AB nicht durch; andererseits kommt es für sie auch nicht in Frage, ihren Vater zu überweisen.

Das Verhältnis zu ihrem Vater als Patient und die geschilderten Rahmenbedingungen verunsichern die Behandlerin von Beginn an. Sie hat das latente Gefühl, in ihrer Behandlungsplanung blockiert zu sein. Sie verspürt einen Erwartungsdruck ihres Vaters, der für sie von Anfang an zu einer Einschränkung in ihrer fachlichen Entscheidungsfreiheit führt. Bei jedem anderen Patienten hätte sie als erste Behandlungsoption einen kombinierten Zahnersatz vor-

geschlagen. Eben diese Option sortiert sie jedoch bei ihrem Vater von vornherein aus. Stattdessen schlägt sie ihm eine Lösung mit Freieidsbrücken vor – allerdings mit erheblichen „Bauchschmerzen“, denn die endständigen Zähne 15 und 25 sind schon seit langer Zeit endodontisch behandelt und wurzelgefüllt. Die Apizes sind zwar o.p.B., aber sowohl der bereits präparierte Zahn 15 als auch der noch nicht beschliffene Zahn 25 weisen größere Defektversorgungen bzw. Füllungen auf.

Trotz des bestehenden Risikos verständigt sie sich letztlich mit ihrem Vater auf die Anfertigung von Freieidsbrücken, die auf beiden oberen 4ern und 5ern befestigt werden sollen. Ihre Erfahrung mit Anhängenbrücken ist begrenzt: In 15 Jahren Berufserfahrung hat sie diese Konstruktion etwa 10 Mal durchgeführt – mehrheitlich erfolgreich. Der Vater reagiert zufrieden auf den Behandlungsplan und die Zahnärztin führt die Therapie wie besprochen durch. Doch ungefähr ein Jahr nach dem Einsetzen der Freieidsbrücken frakturiert der Brückenanker 15.

Dr. AB ist frustriert und macht sich Vorwürfe. Insgeheim denkt sie, dass dieser therapeutische Misserfolg den Besonderheiten der Vater-Tochter-Beziehung bzw. – negativ gewendet – der fehlenden professionellen Distanz zwischen Zahnärztin und Patient geschuldet war. Was hätte sie anders machen sollen?

#### *Fallkommentar*

Kann im beschriebenen Fall Raum für eine gemeinsame Entscheidung entstehen, in dem die Beteiligten den jeweiligen Erwartungen an ihre Rolle als Behandler bzw. als Patient gerecht werden? Oder sind hier zu viele implizite Entscheidungsmechanismen wirksam, die ein explizites Reflektieren der prinzipiell möglichen Behandlungsvarianten von vornherein unmöglich machen?

Es wird in der beschriebenen Fallvignette leicht nachvollziehbar, dass nichtkommunizierte Vorannahmen und stillschweigend vorausgesetzte Vorlieben dazu führen, dass der Entscheidungsprozess ohne die üblichen Mechanismen einer distanzierten Reflexion abläuft. Dieser unbewusste „Schweige-pakt“ ist nicht nur unbefriedigend für den Behandler, sondern kann auch die Interessen des Patienten tangieren.

Denn auch auf dessen Seite ergibt sich aus der emotionalen Nähe zur Behandlerin, dass die üblichen distanzierten Übertragungsmuster außer Kraft gesetzt werden können und der eigene Patientenwille nicht bzw. nicht hinreichend ausgedrückt werden kann. Professions-theoretisch wird unter diesen Voraussetzungen das autonome, duale Arbeitsbündnis zwischen Professionellem und Patient nur unvollständig bzw. unzureichend ausgehandelt. *Walther* konstatierte auf der Karlsruher Konferenz des Jahres 2014 [15], dass es von großer Bedeutung sei, den Patienten als Partner in der Entscheidungsfindung anzuerkennen, wozu gehöre, die Lebenswirklichkeit des Patienten wahrzunehmen, dessen Probleme und die Behandlungsziele transparent zu machen, die Therapieoptionen verständlich darzustellen und zu akzeptieren, dass der Patient Experte gerade in der Frage ist, was ihm nützt.

Welche Folgen ergeben sich aus diesen Beziehungsmodalitäten für die ethischen Prinzipien der Benefizienz bzw. der Non-Malefizenz? Überlagern hier nicht emotionale Faktoren so sehr die fachlichen Aspekte, dass die Behandlung nicht mehr zuvorderst dem Besten des Patienten dient bzw. unnötigen Schaden von ihm abwendet? Deutlich wird dieser Aspekt am Beispiel der letztlich überkronten Zähne 14 und 24, die man mit anderen Behandlungsalternativen möglicherweise vor einem (weiteren) Substanzverlust bewahrt hätte. Ähnlich verhält es sich mit den endständigen wurzelgefüllten 5ern, die als Pfeilerzähne für eine Freidendbrücke eine ungünstige Prognose haben. Noch deutlicher aber tritt die Handlungskomplexität im Falle des ethischen Prinzips der Gerechtigkeit zu Tage: Der beschriebene Fall zeigt, dass unter den Bedingungen einer nahestehenden Beziehung andere Modalitäten wirken als in einem eher anonymen Arzt-Patient-Verhältnis. Überlagert eine zu große Nähe zum Patienten den Moment der fachlichen Entscheidungsfindung, so treten mitunter eigentlich klare Mechanismen der professionellen Herangehensweise an einen Fall in den Hintergrund.

## 2.2 Professionstheoretische Analyse der Arzt-Patient-Beziehung

Welche Bewertungskriterien kennzeichnen nun professionelles Handeln, und

welche Faktoren greifen in die Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient ein? Zur Klärung dieser Frage ist es erforderlich, in denjenigen wissenschaftlichen Disziplinen nach Antworten zu suchen, die sich mit dem Umgang zweier Menschen miteinander beschäftigen: Fragestellungen dieser Art bearbeiten vornehmlich die Sozial- und Erziehungswissenschaften, und hier insbesondere der Zweig der Professionsforschung.

In der Professionalisierungsdebatte ist das Forschungsinteresse vielfach (struktur)theoretisch orientiert, womit die konstitutiven Bedingungen von Professionsystemen im klassischen Sinne greifbar gemacht werden. Dies hat eine hohe Bedeutung für die Verbesserung des sozialen Systems, in dem sie wirken. Denn Professionen bearbeiten ja gerade dort Konflikte oder Probleme, wo zentrale gesellschaftliche Werte bedroht sind und diesen im Einzelfall konkrete Gestalt gegeben wird. Der Zuständigkeit einer Profession für den Problembereich liegt ein darauf bezogener (unabhängiger) und exklusiver Wissensbestand zugrunde, der seinerseits professionsintern organisiert und mit einer professionseigenen Ethik angewendet wird.

Die Beziehung zum Klienten bzw. Patienten ist das wesentliche Kennzeichen professioneller Arbeit. Das Hilfeersuchen und Sich-Anvertrauen des Patienten im (zahn-)medizinischen Kontext bringt eine nachvollziehbare Einschränkung seiner Autonomie mit sich. Diese Einschränkung hat biologische, psychologische und soziale Ursachen und Erscheinungsformen. Die Professionellen-Klienten-Beziehung ist daher zunächst asymmetrisch hinsichtlich der verfügbaren Handlungsmöglichkeiten. Professionstheoretisch betrachtet ist die Beziehung zwischen Professionellem und Klient ein autonomes, duales Arbeitsbündnis, welches nach *Parsons* [14] mit zwei gleichbedeutenden Seiten einer Medaille vergleichbar ist und sich zugleich in der Experten-Laien-Beziehung sowie in der sog. „diffusen Sozialbeziehung“ vollzieht. Das „expertokratische“ Handeln erfolgt rollenhaft und austauschbar, während die diffuse Sozialbeziehung individuell in einer zwischen zwei Menschen geprägten Interaktion gestaltet werden muss. *Oevermann* [13] verwies 1996 auf die an gemeinsamen Zielen orientierte Kooperation und Koproduktion

von Professionellem und Klienten. Voraussetzung hierfür sind Autonomie und Freiwilligkeit beim Eingehen der professionellen Beziehung. *Watzlawik* [18] konstatierte 2000 weitergehend, dass die Beziehungsebene sogar die Sachebene bestimme. Die Entscheidung des Professionellen in Bezug auf den Patienten stellt dabei die wesentliche professionelle Kernkompetenz dar [1, 12], die nicht durch Regeln oder Standards ersetzt werden kann und wozu dem Professionellen ein erhöhtes Maß an Autonomie seitens der Gesellschaft zuerkannt wird. Die professionelle Tätigkeit vollzieht sich öffentlich sichtbar sowie in unmittelbarer Interaktion mit dem Patienten und ist Kennzeichen der Verantwortung in der Phase der Entscheidung. In dieser Phase können widersprüchliche Vermittlungsleistungen entstehen, die sich insbesondere in dilemmatischen Fällen und insbesondere unter den erschwerten Bedingungen des Angehörigenbezugs derart verstärken können, dass funktionierende Routinen der Entscheidungsfindung und Behandlung außer Kraft gesetzt werden. Eben dies ist in der skizzierten Kasuistik der Fall.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Die verdeckte Ebene in der professionellen Interaktion

Die relativ starke Verknüpfung der zahnärztlichen Profession mit dentaler Technik kann leicht dazu verführen, die zahnärztliche Tätigkeit vornehmlich nach technischen Parametern zu beurteilen [8]. Der Beziehungsebene zwischen Zahnarzt und Patient käme in diesem Kontext lediglich eine ähnliche Bedeutung für den Behandlungsverlauf zu wie einer handwerklichen Handlung, die dem Erreichen eines rein technischen Ziels dient.

Wie entwickelt sich nun aber de facto das Arbeitsbündnis zwischen dem (professionellen) Zahnarzt und seinem Patient? Die Beziehung zwischen beiden wird mehrfach vermittelt [3]: Vordergründig vollzieht sich das Verhältnis auf einer eher offenen Ebene, die sich mit Expertenhandlungen, administrativen Vorgängen wie Terminvergabe oder Rechnungsstellung und alltäglichem Umgang wie Begrüßungsfloskeln und dergleichen beschreiben lässt; gleichzei-

tig ist die professionelle Beziehung aber auf einer eher verdeckten Ebene gekennzeichnet durch die psychodynamische Interaktion zwischen zwei Personen. Besagte Interaktion auf der verdeckten Ebene ist im vorgestellten Fall problematisch: hier wird die Zahnärztin-Patient-Beziehung überlagert vom Tochter-Vater-Verhältnis. Derartige Wechselbeziehungen werden nicht zuletzt durch Sympathien oder Antipathien bestimmt, wobei letztere vielfach nicht offen kommuniziert werden. Hinzu kommt, dass Beziehungen durch Erwartungen geprägt sind, und sei es beispielsweise, dass der Klient den Professionellen gerne so hätte, wie er es rollenhaft aus täglichen Fernsehserien kennt oder der Professionelle umgekehrt die Erwartung einer gewissen Verhaltensweise des Klienten hegt. Noch komplexer wird die Beziehung schließlich dadurch, dass sich in den Erwartungen des Einen immer noch das Bild vom Anderen spiegelt, das dieser wiederum von seinem jeweiligen Gegenüber hat oder gerne hätte. Auf dieser Grundlage wird nachvollziehbar, dass in der Profession Zahnmedizin psychosoziale Probleme Misserfolge auf der Beziehungsebene zwischen Arzt und Patient nach sich ziehen können, obwohl man nach einer vereinfachten, rein technisch basierten Vorstellung durchaus hätte annehmen können, dass die Behandlung erfolgreich verläuft.

Dass dies nicht zwangsläufig so sein muss, ist für das professionelle Agieren im zahnmedizinischen Kontext empirisch belegt: Tatsächlich kann der Misserfolg auch ohne erkennbar fehlerhaftes Handeln eintreten [10]; in solchen Fallverläufen entstehen wiederkehrende „virulente“ Interaktionsmechanismen zwischen Zahnarzt und Patient, die im Strukturmodell eines „Double Bind in Dentistry“ – einer „Beziehungsfalle“ – beschrieben sind [9]. Dabei kommt es durch unterschiedliche psychosoziale Dispositionen zu Doppelbindungen zwischen Arzt und Patient. Diese bleiben auf der ursächlichen Beziehungsebene unerkannt und werden auf die professionelle Handlungsebene verdrängt oder verlagert. Dieser Double Bind in Dentistry ist eng verbunden mit empfundenen Zugzwängen, von üblichen Routinen des Alltags abzuweichen. Das „Frühwarnsystem“ für solche Fälle sind somit die eigenen Routinen und deren vorausgesetzte Kenntnis.

Im Fall der Behandlung von (emotional) Verwandten und Angehörigen erscheint das Risiko erhöht, dass eine übermäßige Bedeutung der Beziehung zwischen Behandler und Patient das distanzierte Expertenhandeln in so großen Teilen lahmlegt, dass verlässlich funktionierende Routinen verlassen werden. Double Bind Situationen finden sich indes auch in anderen Lebens- und Arbeitsbereichen. G. Bateson [2] beschrieb sie 1956 erstmalig für Familiensysteme als Doppelbindung, Beziehungsfalle oder Zwickmühle, die durch wiederholte Erfahrung von paradoxen, diskrepanten oder inkonsistenten Botschaften bzw. Aufforderungsmustern entsteht, die verunsichern und zu Desorientierung führen und Zugzwänge auslösen. Hiermit beschrieb er ein Erklärungsmodell zur Entstehung interaktiver bis hin zu psychogenen Störungen.

### 3.2 Reflexive Bearbeitbarkeit der professionellen Arbeitsbeziehung

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Behandlungssituation mit einem Angehörigen als Patient durchaus zu interaktiven Mustern führen kann, in denen wie vorbeschrieben technomorphe Aspekte in der Entscheidungsfindung zweitrangig werden.

Aufgrund der „überlagerten“ Beziehungsebene ist der Professionelle bereit, fachliche Routinen auszusetzen bzw. eine Behandlungsentscheidung zu treffen, die mit technischer Riskanz und Unsicherheit verbunden ist. Gleichzeitig führt eine aus dieser Richtung entstandene Doppelbindung dann zum Ausbleiben von Reflexionsstrukturen auf Seiten von Behandler und Patient. Gerade der Patient ist in diesen Situationen möglicherweise geneigt, eigene Wünsche nicht explizit zum Ausdruck zu bringen, sondern die Entscheidung im vollsten Vertrauen seinem Behandler zu überlassen, ohne dessen Entscheidung zu hinterfragen.

Auch hier entsteht in der Folge ein beiderseits nicht durchschautes Beziehungsgeschehen, das therapeutische Relevanz erlangt. Hieraus können in der Folge Fallverläufe erwachsen, in denen sich der Behandler plötzlich an den Grenzen seiner professionellen Handlungsfähigkeit sieht. Zwar ist im Angehörigenbezug die Wahrscheinlichkeit

eines Behandlungsabbruchs eher gering, aber unter den Voraussetzungen einer Prinzipienethik sind mögliche Folgen für den Patienten durchaus kritisch zu betrachten.

Aus diesen Gründen ist es also eine Frage des Anspruchs der Profession, mit der hier aufgeworfenen Frage einen strukturierten Umgang zu finden. Zu vermeiden gilt es letztendlich Situationen, die in der professionellen Betrachtung als Misserfolg zu werten sind. Misserfolgsgeschehen sind indes gekennzeichnet durch Komplexität wie Individualität, denen ein den Anforderungen entsprechendes Reflexionsniveau gegenüberstehen muss. Ulbricht [16] zeigte im zahnmedizinisch professionellen Kontext, dass diesbezüglich erfahrungsbasierte Reflexionsschleifen eines Continuing Professional Development (CPD) zu einer nachhaltigen Professionalisierung im Sinne des bildungstheoretischen Begriffs nach Marotzki [11] beitragen, der Bildungsprozesse in erziehungswissenschaftlicher Betrachtung aus der Überwindung von widerständiger Realität herleitet. Die Konzepte des CPD erlauben es, bislang nicht gelöste Problembestände der professionellen Praxis reflexiv zu bearbeiten [17].

Die Aufgabe des Professionellen besteht gerade darin, mithilfe seiner individuellen Expertise bzw. seines Professionswissens ein für den Laien nicht lösbares Problem stellvertretend zu bearbeiten und zu einer erfolgreichen Lösung zu bringen. Hierfür stehen mehrere Instrumente zur Verfügung:

Besonders geeignet sind Triadengespräche. Mit ihrer Hilfe kann es gelingen, implizite und explizite Wissensbestände zu bergen, durch Deutungsangebote und vorgeschlagene Handlungsalternativen zur Reflexion anzuregen und so zur Verarbeitung emotional belastender und bisher nicht gelöster Fallanforderungen beizutragen [4].

Ein weiteres hilfreiches Tool ist die sog. pädagogische Supervision – insbesondere, um einen verschränkten Blickvisus des professionellen Praktikers zu erweitern und neue Handlungsmöglichkeiten zu erkennen.

Zudem kann mithilfe der vier Prinzipien strukturiert hinterfragt werden, inwieweit man dem professionellen Handeln seinem Angehörigen als Patient gegenüber gerecht wird bzw. – konkret gesprochen – ob und wie man

der Patientenautonomie, dem Benefizienz- und Non-Malefizien-Prinzip sowie dem Prinzip der Gerechtigkeit genügt.

Dem professionellen Praktiker stehen somit effektive Werkzeuge zur Verfügung, um zwischen Beziehungsperspektive, Klärungsperspektive und Problemlösungsperspektive des therapeutischen Handelns strukturiert unterscheiden zu können [6].

#### 4 Schlussfolgerungen

Wie eingangs betont, muss nicht jede Behandlung einer nahestehenden Person zu problematischen Verläufen führen. Das Interesse gilt vorrangig Grenzfällen, d.h. Fällen, die von Riskanz und Unsicherheit geprägt sind. Wie in allen Arzt-Patient-Beziehungen, die Aspekte einer interaktionsbasierten Störung aufweisen, sind drei Umstände von übergeordneter Bedeutung [10]:

- (1) Eine systematische Urteilsfindung, die einerseits mit einer vollständigen Patientenaufklärung, einer diagnostischen Bewertung und dem fachlich klaren Vorgehen einhergeht, bei der andererseits aber immer auch die individuelle Situation des Patienten und die Interaktion zwischen Arzt und Patient mit einbezogen werden sollten, um das vielschichtige professionelle Arbeitsbündnis adäquat bewerten zu können.
- (2) Sofern sich auf der Beziehungsebene zwischen Professionellem und Klient Probleme ergeben, sollte die Dualität

der Interaktion von Zahnarzt und Patient „konstruktiv aufgedehnt“ werden, z.B. indem sich der Professionelle frühzeitig um den konsiliarischen Rat eines Kollegen bemüht (und somit eigene Kompetenzgrenzen eingesteht). In keinem Fall sollte das Verhältnis zum Patienten so „eng“ werden, dass die weitere Behandlung bzgl. Entscheidungen und therapeutischem Vorgehen nicht mehr mit den eigenen professionellen Routinen vereinbar wird.

- (3) Wenn sich eine Nähe-Distanz-Antinomie zeigt, ist es zum Abwenden eines Misserfolgs bedeutsam, Distanz zum Fall zu schaffen. Für den Professionellen empfiehlt es sich, in derart problematisch empfundenen Situationen nicht intuitiv, d.h. aus dem Bauch heraus, zu handeln, sondern mit konkreten Behandlungsschritten abzuwarten und sich um eine explizite Supervision zu bemühen.

In allen beschriebenen Fällen muss der professionelle Praktiker bereit sein, sich damit auseinanderzusetzen, ob seinem nahestehenden Patienten ein autonomer Entscheidungsraum zugänglich ist und dieser darauf zugreift, ob die gewählte Therapieentscheidung das größtmögliche Wohlergehen des Patienten sicherstellt und gleichzeitig berücksichtigt, dass diesem kein oder nur der geringstmögliche Schaden im Zuge der Behandlung erwächst, und schließlich, ob dem Prinzip der Gleichberechtigung entsprochen wird.

Dies bedeutet, dass dem Angehörigen als Patienten keine „exklusive“ Be-

handlung zukommt, sondern, dass dieser im Grundsatz genauso behandelt wird wie jeder andere gedachte Patient.

Treten die beschriebenen problematischen Interaktionsmuster auf, kommt der Kommunikation eine besondere Bedeutung zu. Während introspektive Fragen bislang verdeckte Beziehungsaspekte aufzudecken helfen, gelingt es mit reflexiven Fragen, neue Ressourcen und Perspektiven zu suchen und zu eröffnen [5]. Professionelle Akteure sollten bereit sein, ihre Wahrnehmung in verschiedenartigen Bereichen zu schulen, um ihr Vorgehen systematisch hinterfragen zu können. Auf diese Weise wird es ihnen möglich, routinierte und standardisierte Sinnhorizonte und Verfahren mit dem Wissen um unaufhebbare Kernprobleme und Paradoxien am Einzelfall zu prüfen und systematische Fehler durch Selbstreflexionen zu vermindern.

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.



#### Korrespondenzadressen

Dr. Dr. Mike Jacob, M.A.  
Maximinstr. 45, 66763 Dillingen/Saar  
dr.mikejacob@t-online.de  
Prof. Dr. Dr. Dominik Groß  
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin  
Universitätsklinikum der RWTH Aachen  
Wendlingweg 2, 52074 Aachen  
dgross@ukaachen.de

#### Literatur

1. Abbott A: The system of professions. The University of Chicago Press, Chicago 1988
2. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH: Towards a theory of schizophrenia. Behavioral Science 1956;1: 215–246
3. Dick M, Jacob M: Das zahnmedizinische Gutachten – Ausweg oder Abstellgleis? Vortragsskript aus: Training für den erfahrenen Sachverständigen, Upgrade Praxis der Begutachtung (20.11.2009–21.11.2009). Akademie für zahnärztliche Fortbildung, Karlsruhe 2009
4. Dick M, Jacob M: Vom Misserfolg jenseits des Fehlers: das entdeckende Potential des Triadengesprächs. Wirtschaftspsychologie 2010;12:67–77
5. Dick M, Wehner T: The triad conversation as a method of transforming local experience into shared knowledge. In: Gronau N (ed.): 4th Conference on Professional Knowledge Management – Experiences and Visions. GITO-Verlag, Berlin 2007, 277–284
6. Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 1994
7. Groß D: Ethik in der Zahnmedizin. Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten Fällen. Quintessenz-Verlag, Berlin 2012, 232–234
8. Heners M: Die Bedeutung allgemein anerkannter Regeln und ihrer Kriterien für die Qualitätsdiskussion in der Zahnmedizin. Deutsch Zahnärztl Z 1991;46: 262–266
9. Jacob M, Dick M, Walther W: Double Bind in Dentistry – Frühindikatoren psychogener Zahnersatzunverträglichkeit. Deutsch Zahnärztl Z 2008;93: 175–180
10. Jacob M: Die reflexive Bearbeitung des Misserfolgs als Beitrag zur Professionsentwicklung – Empirische Rekonstruktion von Misserfolgen im Triadengespräch am Beispiel der zahnmedizinischen Profession. Budrich-Verlag, Leverkusen 2012

11. Marotzki W: Entwurf einer strukturalen Bildungstheorie. Biographietheoretische Auslegung von Bildungsprozessen in hochkomplexen Gesellschaften. Deutscher Studienverlag, Weinheim 1990
12. Mieg HA: Professionalisierung. In: Rauner F (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bertelsmann, Bielefeld 2005, 342–349
13. Oevermann U: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe A, Helsper W (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1996, 70–183
14. Parsons T: Social systems. In: Parsons T: Social systems and the evolution of action theory. Free Press, New York 1977, 177–203
15. Reutter C: Expertise beweisen – im Konsens planen. Die Perspektive der Prothetik, [http://za-karlsruhe.de/za\\_de/unsere-akademie/karlsruher-konferenz/2014\\_Zusammenfassung\\_Walther.pdf](http://za-karlsruhe.de/za_de/unsere-akademie/karlsruher-konferenz/2014_Zusammenfassung_Walther.pdf) [Letzter Zugriff: 17.04.2014]
16. Ulbricht S, Dick M, Jacob M: Weiterbildung mit Nachhaltigkeit im Kontext von Continuing Professional Development (CPD). Saarl Ärzteblatt 2011;1: 14–16
17. Walther W, Dick M: Continuing professional development. Zahnärztl Mitt 2007;8:72–79
18. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, 10. Aufl., Huber, Bern 2000