

Die Zweitmeinung in der KFO Praxis



INDIZES

Zweitmeinung, Zweitberatung, Herausgabe von Behandlungsunterlagen, Marketing, Wettbewerb

ZUSAMMENFASSUNG

Der informierte Patient gibt sich zunehmend nicht mehr mit einer Erstberatung zufrieden, sondern holt sich verschiedene Meinungen im Rahmen der KFO-Therapieplanung ein. Die Auseinandersetzung mit einer abweichenden fachlichen Einschätzung und alternativen Therapiewegen sollte den Erstuntersucher nicht emotional herausfordern. Das forcierte Angebot von Zweitmeinung zusammen mit Therapieversprechungen, insbesondere dem generellen Angebot einer Non-Extraktionstherapie zum Abwerben potenzieller Patienten ist fragwürdig.

Einleitung

Ärzte, der ärztliche Arbeitsalltag und die ärztlichen Honorare werden durch Medien, Gerichte und Patienten zunehmend infrage gestellt. Die Verunsicherung der Patienten ist durch die Informationsgesellschaft gestiegen. Deshalb ist die Inzidenz von Zweitberatungen im Verlauf kieferorthopädischer Therapie vor, während und mehrere Jahre nach Abschluss der aktiven KFO wachsend. Die Anfrage nach einer zweiten Meinung ist eine tägliche Aufgabe von Unikliniken und Facharztpraxen.

Auffallend bei diesen meist kritischen Beratungssituationen ist, dass klinische und radiologische Befunde sowie Heil- und Kostenpläne von „alio loco“ nur verzögert benannt und herausgegeben werden. Ursachen für diese mehrstufige Beratungssituation sind ein wachsendes Misstrauen gegenüber Ärzten und die nicht nachvollziehbare Kostenkalkulation.

Patienteneltern sind durch das Internet gut informiert und präsentieren im Verlauf des Gesprächs häppchenweise ihre „Netzweisheiten“. Eltern fordern für ihre Kinder die bestmögliche Behandlung ohne Schmerzen und Beeinträchtigungen im Alltag.

Kieferorthopäden stehen täglich in einem Dilemma, da die Diskrepanz des medizinischen Standards und die regulierten Versorgungsangebote der kassenzahnärztlichen Versorgungsangebote auseinanderklaffen. Durch die zunehmende Privatisierung der KFO in der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein zusätzlicher privater Eigenanteil bei Patienten oftmals unvermeidlich.

Bei komplexen anatomisch-topografischen Dysgnathien und multiplen Nichtanlagen gibt es meist mehrere Behandlungskonzepte. Da diese Therapiewege hinsichtlich des medizinischen und finanziellen Aufwandes meist erhebliche Unterschiede aufweisen, sind eine Zweitmeinung und eine zeitliche Ausdehnung der Entscheidungsphase der Betroffenen zum Vertrauensaufbau gegenüber dem

Behandler-Team anzuraten. In diesen Fällen sollten der Aufwand, das Risiko eines Therapiewegs und die korrespondierende Kostenkalkulation a priori, im Rahmen einer Zweitberatung, geprüft werden. Die zweite Einschätzung erfolgt hierbei häufig bereits durch KZV-, MDK-, PKV- und Beihilfe-Begutachtung.

Motivation der Patienten

Der Wunsch des Patienten nach einer zweiten Beratung ist keinesfalls als Vertrauensbruch bzw. als Affront gegenüber dem Erstuntersucher zu verstehen. Aufwendige und invasive Therapieentscheidungen wie systematische Zahnextraktionen oder kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlungen müssen wohlüberlegt und vom Patienten mitgetragen werden. Unsicherheiten und Zweifel von Patienten hinsichtlich der gebotenen Mitwirkungspflichten und der Kosten sind heute vor allem in Großstädten der Normalfall.

Ein offener Umgang mit dem Patientenwunsch nach einer weiteren Meinung kann das Vertrauensverhältnis stärken. Die konstruktive Unterstützung einer Zweitberatung zeigt, dass der behandelnde Kieferorthopäde sich fachlich sicher ist, ein vertretbares Behandlungskonzept und befundbezogene Risikoanalyse anbietet, und nicht nach „Schema F“ schabloniert vorgeht.

Im Gegenteil, bei ausufernden Aufklärungsgesprächen und nicht erfüllbaren Wunschvorstellungen kann es sinnvoll sein, einem unsicheren Patienten das Einholen einer zweiten Meinung zu empfehlen. Im Idealfall wird sich der Patient durch die Konsultation eines zweiten Fachkollegen umfassender informiert fühlen und daraus kann sich eine eigene Einschätzung entwickeln. Die alternativen Therapiewege und die erforderliche Invasivität lassen sich dadurch herausarbeiten. Bei komplexen Dysgnathien gibt es oftmals mehr als einen Behandlungsweg. Grundsätzlich ist der Patient über sämtliche Therapieoptionen umfassend aufzuklären. Eine Absicherung der eigenen Planung, sofern diese von Kollegen bzw. einem Gutachter bestätigt wird, festigt die Vertrauensbasis zwischen Behandler und Patienten.

Risiken der Zweitberatung

Da es in der Kieferorthopädie meist mehrere Therapiewege gibt und unterschiedlich belastende bzw. auffallende Behandlungsapparaturen indiziert sein können, kann ein „Zuviel“ an Information zu einer Verunsicherung und Verwirrung des Patienten beitragen. Bei einer auffallenden Diskrepanz zwischen den Therapiekonzepten und der Kostenkalkulation entsteht eine Wettbewerbssituation.

Die bestehende Konkurrenzsituation versetzt den Zweitberater in eine bessere wirtschaftliche Ausgangssituation, da die Ersteinschätzung vom nachfragenden Patienten meist zügig offengelegt wird. Die Konkurrenz zwischen niedergelassenen Kollegen in Großstädten ist teilweise groß und ein Abwerben des Patienten ist im Rahmen der Zweitberatung möglich. Im neu konzipierten ärztlichen Zweitmeinungsverfahren darf die konsultierte Klinik mit der Zweitberatung keinesfalls die empfohlene Operation selbst durchführen¹. Einen vergleichbaren Wettbewerbsschutz gibt es im Bereich der Kieferorthopädie nicht.

Die von den zahnärztlichen Berufsordnungen bzw. den Zahnärztekammern geforderte Kollegialität unter Zahnärzten – „herabsetzende Äußerungen über die Person, die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen eines Kollegen sind berufsunwürdig“² – wird in der gelebten Praxisrealität eher verhalten eingehalten. Auf der anderen Seite darf eine „falsch verstandene“ Kollegialität nicht dazu führen, die eigene abweichende Meinung nicht zu äußern bzw. fehlerhafte Therapieentscheidungen von Kollegen zu decken. Hier steht das Patientenwohl im Vordergrund und der kollegiale Umgang muss an den Belangen des Patienten orientiert sein³.

Rechtliche Aspekte

Grundsätzlich hat jeder Patient im Rahmen der freien Arztwahl das Recht, eine zweite Meinung einzuholen (originäre Zweitmeinung). Diese zweite Beratung wird in der Regel von den gesetzlichen und privaten Kostenträgern erstattet.

Neu ist seit 2015 der Rechtsanspruch von Patienten (SGB V § 27 b) auf eine Zweitmeinung in Bezug auf bestimmte geplante Operationen. Dieses organisierte ärztliche Zweitmeinungsverfahren beschränkt sich aktuell auf zwei operative Eingriffe (Mandel- und Gebärmutterentfernung) mit dem Ziel, die gewachsene Inzidenz dieser operativen Eingriffe zu begrenzen¹.

Wer empfiehlt Zweitberatungen?

Private und gesetzliche Krankenkassen dürfen ihren Versicherten die Einholung von Zweitmeinungen empfehlen. Davon abzugrenzen sind die unterschiedlichen Gutachterverfahren. Bei PKV-, KZV- und MDK-Begutachtungsverfahren stehen meist wirtschaftliche Interessen der Kostenträger im Vordergrund.

Das Vorgehen einer privaten Krankenkasse, die ihren Versicherten nach Eingang der zahnärztlichen Heil- und Kostenpläne ausgewählte andere Zahnärzte zur Einholung einer Zweitmeinung bzw. eines alternativen Kostenangebots vorschlug, wurde in einem Urteil des Landgerichts Köln gebilligt (Urteil vom 04.04.2012, Az.: 84 O 188/11)¹. Der Hinweis und das Angebot der Versicherung im Interesse der Kostenreduktion wurde vom Gericht als legitim bewertet.

Der regional orientierte Patient bevorzugt das Aufsuchen eines niedergelassenen Kollegen vor Ort oder einer naheliegenden Universitätsklinik für die zweite Beratung. Das Angebot an Fachärzten hängt vom Wohnort des Patienten ab und ist in Ballungsgebieten entsprechend höher.

Online-Zweitberatung aus dem Internet

Das Hochladen von Befunddokumenten (Röntgenbilder, extra- und intraorale Fotos) und eine alleinige telemedizinische Beurteilung sind oftmals für eine langjährige kieferorthopädische Behandlung nicht ausreichend. Eine Beurteilung der intraoralen Befunde, insbesondere der Parodontalbefunde, der konservierenden Versorgung inkl. Sensibilität der

Zähne kann nur klinisch am Patienten erfolgen. Eine Zweitberatung ohne klinische Untersuchung, insbesondere bei dysfunktionellen orofazialen und kranio-mandibulären Problematiken ist zumindest fragwürdig.

Ähnliches gilt für Zweitmeinungsportale im Internet. Hier wird in der Regel nur der bereits geschriebene Heil- und Kostenplan ohne Befundanalyse beurteilt. Eine Untersuchung des Patienten bzw. Begutachtung der Behandlungsunterlagen findet nicht statt. Somit handelt es sich hier nicht um eine Bewertung der Indikation oder Behandlungsmittel sondern lediglich um eine Beurteilung der Kosten anhand von Durchschnittswerten.

Beratung bei der KZV

Unabhängig von der prospektiven Kassenzahnärztlichen Bema-Plan- und Nachtragsbegutachtung gibt es auch Plan- und Behandlungsbegutachtungen direkt am Patienten durch einzelne Kassenzahnärztliche Vereinigungen. So bietet seit einigen Jahren die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns gesetzlich Versicherten kostenfreie Zweitmeinungsverfahren für den Bereich Kieferorthopädie an. Dieses Angebot soll laut KZV eine Alternative zu unseriösen Internetportalen darstellen, bei denen Behandlungspläne ohne klinische Begutachtung des Patienten beurteilt werden.

Die Patienten werden gebeten, zum Beratungstermin beim KZV-Gutachter alle Behandlungsunterlagen sowie Röntgenbilder mitzubringen. Zahnärzte und Kieferorthopäden, die im Rahmen dieses Verfahrens Zweitmeinungen abgeben, verpflichten sich, die Patienten im Anschluss nicht selbst zu behandeln, wodurch das Abwerben von Patienten ausgeschlossen wird^{4,5}. Aber auch eine Beurteilung laufender kieferorthopädischer Behandlungen kann erfolgen. Im Anschluss werden an die Patienten/Patienteneltern schriftliche Therapie- und Diagnoseempfehlungen zu ihrem aktuellen Behandlungsstand zugeschickt.

Zweitberatung vor Therapiebeginn

Der Zeitpunkt des Einholens der Zweitmeinung ist bedeutend, insbesondere, wenn schon Behandlungsunterlagen erstellt wurden. Der häufigste Fall ist das Einholen einer zweiten Meinung vor Beginn der eigentlichen Therapie zur Klärung des Behandlungsumfanges, der möglichen Therapiewege, der unterschiedlichen Apparaturen und zum Vergleich der Kostenkalkulation.

Bei Zweitberatungen vor dem eigentlichen Therapiebeginn aber nach erfolgter Diagnostik stehen Fragen hinsichtlich der Behandlungsmittel sowie Kosten im Vordergrund. Nach Auswertung der diagnostischen Anfangsunterlagen und Erstellung des Behandlungsplanes folgt in der Regel die Aufklärung des Patienten über die geplante Therapie. Ggf. soll eine invasive Therapieentscheidung (z. B. Zahnextraktionen, Lückenschluss oder -öffnung bei Nichtanlagen, chirurgische Verfahren) überprüft werden. Häufig wollen Patienten mit dem Wunsch einer Zweitmeinung aber auch das Angebot hinsichtlich der außervertraglichen Mehr- und Zusatzleistungen vergleichen, da ihnen die Kostenkalkulation unvollständig erklärt wurde.

Herausgabe von Patientenunterlagen

Gerade bei komplexeren Kasuistiken kann eine fundierte Beurteilung in der Regel nur unter Zuhilfenahme von Röntgenbildern und Kiefermodellen erfolgen. Bereits erstellte Behandlungsunterlagen sind Eigentum des behandelnden Zahnarztes (Urteil BGH vom 02.10.1984). Der anfertigende Zahnarzt ist für diese Unterlagen aufbewahrungspflichtig (Röntgenverordnung § 28).

Ein Kollege, der Unterlagen anfordert, hat Anspruch auf Zusendung der Originale oder Kopien. Ebenso hat der Patient zur Einholung einer Zweimeinung einen Rechtsanspruch zur leihweisen Herausgabe der Originalröntgenbilder sowie der Originalmodelle. Diese Originalunterlagen müssen später an den erstellenden, aufbewahrungspflichtigen Zahnarzt zurückgegeben werden.

Die Weitergabe von Behandlungsunterlagen darf erst nach Zustimmung des Patienten erfolgen, welche nicht zwingend schriftlich vorliegen muss⁶. Die Herausgabe der Originalröntgenbilder sowie der Originalmodelle ist nicht kostenpflichtig. Die Anfertigung von Kopien bzw. Versendung von Duplikaten ist aus Gründen des Selbstschutzes generell zu empfehlen.

Bei Versendung der Behandlungsunterlagen auf dem Postweg direkt an den Nachbehandler wird die Verschickung per Einschreiben empfohlen. Eine Kostenerstattung ist hier allerdings nicht möglich⁶. Bei Versand per E-Mail ist der absendende Zahnarzt für die Einhaltung des Datenschutzes bzw. Wahrung der Schweigepflicht verantwortlich. Eine Datenübertragung sollte daher immer verschlüsselt erfolgen⁶.

Gelegentlich werden Behandlungsunterlagen direkt persönlich an den Patienten herausgegeben. Bei Übergabe der Befunde und Unterlagen sollten diese Unterlagen aufgelistet und die Übergabe per Patientenunterschrift und Datumsangabe in der Karteikarte dokumentiert werden.

Die Unterlagen sollten nach dem Aufsuchen der Zweitberatungspraxis vollständig und unbeschädigt zurückkommen. Bei der Übergabe von analogen Röntgenbildern und Modellen ist der Patient darüber aufzuklären, dass bei einem Verlust dieser, eine kostenpflichtige neue Abformung und Röntgenuntersuchung erfolgen muss. Es empfiehlt sich, einen festen Termin zur Rückgabe der Unterlagen zu vereinbaren.

Für das Anfertigen und Herausgeben von Duplikaten, sofern dies notwendig ist, können Kostenerstattungen verlangt werden. Hierbei gelten folgende Pauschalen als angemessen:

- pro kopierter Seite 0,50 EUR,
- pro CD bzw. DVD bzw. USB-Stick inkl. Dateien 10,00 EUR,
- pro kopiertem analogen Röntgenbild 10,00 EUR,
- pro Duplikatmodell nach BEB zwischen 25,00 bis 98,00 EUR.

Beratung während der laufenden Behandlung

Wird während einer laufenden kieferorthopädischen Behandlung der Wunsch des Patienten nach einer zweiten Meinung geäußert, deutet dies oftmals auf ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Behandler hin. Günstigenfalls sucht ein verunsicherter Patient nur eine Bestätigung, dass bei ihm die aktuelle Therapie entsprechend dem medizinischen Standard verläuft.

Eine retrospektive Beurteilung eines Behandlungsverlaufs hat immer das Vorliegen sämtlicher während der Therapie erstellten Behandlungsunterlagen als Voraussetzung. Spätestens bei Anforderung der Dokumentation durch einen Kollegen, erfährt der Erstbehandler vom Anliegen bzw. möglichen Wechselwunsch seines Patienten.

Der Behandlerwechsel kann manchmal eine Klage gegen den erstbehandelnden Kieferorthopäden auslösen. Zeichnet sich im Rahmen der Zweitberatung eine Streitsache ab, sollte der Erstbehandler Duplikate der Gipsmodelle sowie Kopien der Röntgenbilder für seinen Selbstschutz anfertigen. Es empfiehlt sich, die Originale in einem Streitfall nicht aus der Hand zu geben⁷.

Fallbeispiel

Eine 17-jährige Patientin stellte sich 2019 mit ihrer Mutter zur Drittmeinung in der Universitätszahnklinik vor. Die betreffende Patientin befand sich zu diesem Zeitpunkt seit 2012 in kieferorthopädischer Behandlung alio loco. Die vorhandenen Röntgenbilder wurden zum Termin mitgebracht.

Anamnese

Die Patientin und ihre Mutter gaben an, die beiden Oberkiefer Eckzähne 13/23 seien im vergangenen Jahr chirurgisch freigelegt worden. Der Versuch der kieferorthopädischen Einordnung sei trotz verschiedener Anläufe bislang fehlgeschlagen. Ein aktuelles Röntgenbild habe eine Resorption der Wurzeln der seitlichen Schneidezähne 12/22 durch die Eckzähne 13/23 gezeigt. Aufgrund dieses

radiologischen Befundes empfehle der behandelnde Kollege jetzt die Entfernung der seitlichen Schneidezähne 12/22.

Ein zweiter Kollege, den sie zur Zweitmeinung aufgesucht hätten, habe dagegen zur Entfernung der beiden oberen Eckzähne 13/23 geraten, da sich diese wahrscheinlich im Alter von 17 Jahren nicht mehr einstellen ließen.

Intraoraler Befund bei Erstvorstellung in der Klinik

Die Patientin wies klinisch ein kariesfreies, permanentes Gebiss mit Fehlen der Eckzähne 13/23 auf (Abb. 1). Es befand sich keine festsitzende Behandlungsapparatur in situ. Die Okklusionsbeurteilung ergab eine Angle Klasse II/2 Distalverzahnung von einer halben Prämolarenbreite beidseits. Die Zähne 12/22 wiesen keinen Lockerungsgrad auf. Klinisch reagierten die lateralen Oberkieferinzisivi vital auf CO₂-Schnee.

Die mitgebrachte Panoramaschichtaufnahme war sechs Monate alt. Die Auswertung ergab eine Verlagerung und Retention der Eckzähne 13/23. Die beiden Zahnkronen überlagerten die apikalen Zahnwurzeln der lateralen Inzisivi 12/22 partiell. Das Röntgenbild ergab den Verdacht auf ausge dehnte Wurzelresorptionen an den Zähnen 12/22 (Abb. 2).

An beiden retinierten Eckzahnkronen 13/23 befanden sich metalldichte Attachments inklusive Metallketten. Ein aktiver orthodontischer Zug zur Einordnung dieser verlagerten Zähne in die Zahnreihe war nicht vorhanden.

Das mitgebrachte Fernröntgenseitenbild war bereits fünf Jahre alt. Die kephalometrische Auswertung ergab einen retrognath disharmonischen Schädelaufbau mit einer sagittal distalen und vertikal basal offenen Konfiguration (Abb. 3).

Weitergehende Differenzialdiagnostik

Zur anatomisch-topographischen Lagebeurteilung und differenzialdiagnostischen Einschätzung der langfristigen Erhaltungsfähigkeit aller Oberkieferfrontzähne wurde der Patientin die Anfertigung eines Oberkiefer-DVTs empfohlen.

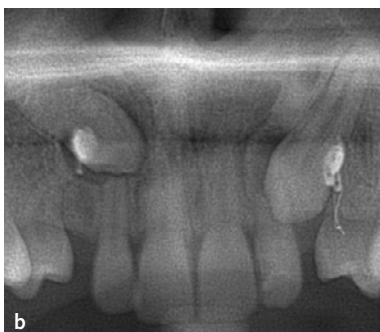


Abb. 2a und b OPG vom Juli 2019: (a) sowie Ausschnitt des OPGs zur Darstellung der Wurzelresorptionen an den Schneidezähnen 12/22 (b).



Abb. 3 FRS von alio loco vom September 2014.

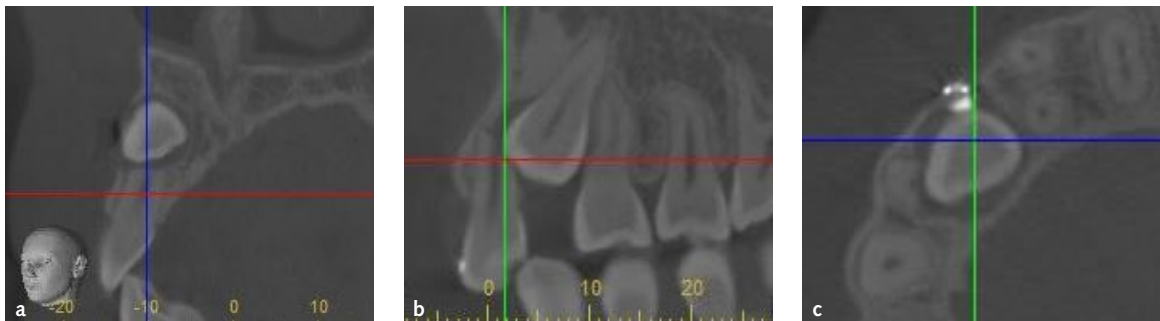


Abb. 4a bis c DVT vom November 2019: Wurzeldefekt an Zahn 12 (a) sowie Wurzeldefekt an Zahn 22 (b und c).

In den DVT-Schnittbildern erkennt man die Ausdehnung der Wurzelresorptionen an den Zähnen 12/22 (Abb. 4). Im DVT war eine ausreichende Wurzelmorphologie für den temporären Erhalt der Zähne 12/22 erkennbar. Trotz der objektiv sichtbaren Wurzelschädigung mit darstellbarer Pulpenbeteiligung waren die beiden Zähne 12/22 zunächst erhaltungswürdig, da ca. zwei Drittel der Wurzelsubstanz nachweisbar waren. Für die Fortführung der Therapie sollte zunächst die Mobilisierungsfähigkeit der Zähne 13/23 geprüft werden, bevor eine Indikation zur Extraktion der seitlichen Schneidezähne 12/22 gestellt werden kann.

Über eine mögliche Progredienz dieser Wurzelresorptionen in den nächsten Wochen und den absehbaren Zahnverlust von beiden Zähnen 12/22 wurden alle Beteiligten anhand der DVT-Schnittbilder umfassend aufgeklärt. Es bestand eine sofortige Behandlungsindikation zur Einordnung der beiden Eckzähne 13/23. Die orthodontische Zahnbewegung der Eckzähne 13/23 und die langfristige Erhaltungsfähigkeit der seitlichen Schneidezähne 12/22 war prospektiv trotz DVT-Darstellung nicht sicher zu beurteilen. Deshalb war zunächst die Zahnerhaltung geboten.

Orthodontisch-chirurgisches Therapiekonzept

Die Patientin und ihre Eltern wurden über die indizierte interdisziplinäre Therapieaufnahme und einen möglichen Verlust aller sechs Frontzähne mündlich und schriftlich aufgeklärt. Anschließend erfolgte eine chirurgische Freilegung der Eckzähne 13/23 zur Darstellung der beiden Zahnkronen bis zur Schmelz-Zement-Grenze. Die Beweglichkeit und der Klopfeschall der beiden Eckzähne wurden beim Eingriff geprüft. Die vorhandenen Attachments mit Metallketten wurden hinsichtlich Platzierung, Festigkeit, Verlauf und möglichen Zugrichtungen geprüft.

Das orthodontische Therapiekonzept sah vor, die beiden oberen Eckzähne 13/23 mittels festsitzender Technik nach bukkal-distal zu extrudieren, um weitere Wurzelresorptionen an den lateralen Schneidezähnen 12/22 zu vermeiden. Über die Extraktionsindikation der Zähne 12/22 sollte erst nach klinisch-radiologischer Sicherheit hinsichtlich der orthodontischen Beweglichkeit der beiden Eckzähne 13/23 entschieden werden.

Marketing mit Zweitberatung

Gibt man bei einer Internet-Suchmaschine die Kombination „Kieferorthopädie zweite Meinung“ oder „Kieferorthopädie zweite Beratung“ ein, werden 124.000 bzw. 225.000 Internetquellen angezeigt. Neben den Auftritten von Krankenkassen und Patientenberatungsstellen gelangt der Suchende auf Praxisseiten, die mit dem Angebot einer Zweitmeinung gezielt werben. Der Patient wird auf solchen Homepages mit Hinweisen über den Ablauf eines Behandlerwechsels öffentlich aufgeklärt.

Die meisten Internetauftritte von Kieferorthopäden sind eher zurückhaltend und sachlich orientiert. Es finden sich aber auch Werbe-Slogans wie „Viele Wege führen nach Rom! Eine zweite Meinung kann neue Wege aufzeigen!“ oder sogar: „Unzufrieden mit dem Kieferorthopäden? Zweitmeinung!“. Folgen dann Aussagen wie „Unsere Praxis ist bekannt dafür, misslungene Behandlungen

in den Griff zu bekommen“ zielt dies unverhohlen auf die Behandlungsübernahme verunsicherter bzw. verärgerter Patienten ab.

Meist beschränken sich die Hinweise auf den „Service“ der Zweitmeinung. Das weitergehende Marketing-Konzept „Kompetenz & zweite Meinung – vier Augen sehen mehr als zwei“ erinnert mehr an Abwerbung als an Aufklärung. Wenn dabei schwerwiegende Therapieentscheidungen wie Zahnextraktionen genutzt werden, um Versprechungen („durch die Möglichkeiten moderner Behandlungstechniken ... können wir auf das Ziehen von Zähnen verzichten“) zu machen, ist dies berufsrechtlich und ethisch zumindest fragwürdig.

Eine weitergehende Stigmatisierung von KFO-Therapien erfolgt von wettbewerbsorientierten Kieferorthopäden mittels eines breitgestreuten Generalverdachts über die Medien (z. B. Galerie des Schreckens) mit dem Marketing-Ziel möglichst viele Beratungstermine und Behandlungsübernahmen über diese scheinbare Aufklärung der Öffentlichkeit zu bewirken.

Schlussfolgerungen

Ein offener, sachlicher Umgang mit dem Patientenwunsch nach Zweitmeinung gehört wie die Aufklärung über Risiken und Behandlungsalternativen zur modernen Arzt-Patienten-Beziehung. Eine unvoreingenommene und objektive zweite Meinung anzubieten, ohne Kollegen zu diffamieren und mit fragwürdigen Versprechungen den Patienten zu übernehmen, ist Teil der Berufskollegialität.

Sollte es aufgrund diffamierender Äußerungen von Kollegen zu einer Verunsicherung seitens der Patienten kommen, empfiehlt es sich, die Zahnärztekammer und die KZV als Mediator einzubeziehen. Behandlungsunterlagen bzw. Kopien von Befunden für Zweitberatungen können keinesfalls aufgrund von unbezahlten Rechnungen verweigert werden. Der Verzicht auf Kopier- bzw. Duplikatkosten kann manchmal zur Entspannung bei einem sich anbahnenden Streitfall beitragen.

Literatur

- Halbe B. Die ärztliche Zweitmeinung. Deutsches Ärzteblatt 2019; 22:924–925.
- Berufsordnung der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt v. 24.11.2018; § 8. <https://www.zaek-sa.de/zaek-con-de/uploads/berufsordnung-nov2018.pdf> (abgerufen 29.04.2020)
- Groß D. Kollegialität und Rollenverhalten in der Zahnmedizin. Zahnärztliche Mitteilungen 2014, 11:48–51.
- Hofmeier L. Alternative zu unseriösen Internetportalen. KZBV Transparent 2011;17:4.
- Hofmeier L. Fortsetzung der Erfolgsstory. KZBV Transparent 2012;3:20.
- Nagel H. Worauf bei der Weitergabe von Behandlungsunterlagen geachtet werden muss. Zahnärzteblatt Brandenburg 2017,4:26–27.
- Fuhrmann R. Risikomanagement für den zahnärztlichen Schadensfall. DZK 2007; 203–208.

The Second Opinion in Orthodontic Practice

KEY WORDS

Second opinion, second consultation, publication of treatment documents, marketing, competition

ABSTRACT

Increasingly, the well informed patient is no longer content with just one initial consultation, but is seeking several opinions concerning an orthodontic treatment planning. The first examiner should not be challenged emotionally by dealing with contrary assessments and alternative ways of treatment. The offering of second opinions being pushed forward combined with promises like making non-extraction therapy the standard practice to poach away patients is questionable.



Jasmin Bläser
Dr. med. dent.

Robert A. W. Fuhrmann
Prof. Dr. med. Dr. med. dent.

Beide:
Universitätsklinik und Poliklinik für
Kieferorthopädie der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 16
06112 Halle (Saale)

Jasmin Bläser

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. Robert Fuhrmann, E-Mail: info@kiss-orthodontics.de