Bedarfsgerechte restaurativ-prothetische Versorgung mit Eigenbeteiligung der Patienten

Ein Praxiskonzept

Horst Dieterich, ZA
Marktstraße 35, 71364 Winnenden
E-Mail: za-dieterich@t-online.de

Indizes Restaurativ-prothetische Maßnahmen, Zuzahlung, Kommunikation, Marketing, Ethik

Zusammenfassung Die objektive Aufklärung unserer Patienten über moderne, nicht immer mit den entsprechenden Richtlinien der Erstattungsstellen konforme Behandlungsverfahren ist eine zahnärztliche Pflicht. Darüber hinausgehend kann aber eine profitorientierte Beratung die ärztliche Fürsorgepflicht verletzen. Hier den richtigen Weg zu finden ist nicht immer ganz einfach – jede Praxis muss entsprechend ihren Möglichkeiten ein individuelles Konzept entwickeln. Dazu soll der Beitrag eine Hilfestellung anbieten.

Einleitung

Ohne Zuzahlung zur Regelleistung lässt sich im Rahmen des deutschen Versicherungssystems nur eine qualitativ reduzierte Versorgung mit Zahnersatz durchführen. Welche Optimierungen der Basisversorgung sind jedoch sinnvoll?

Ein intaktes Gebiss ist heute eine der wesentlichen Voraussetzungen für das persönliche Wohlbefinden. Das gilt für den körperlichen Zustand in gleicher Weise wie für die individuelle Ausstrahlung. Gesunde Zähne sind heute das Merkmal einer gepflegten Erscheinung. Die Vorstellung, dass es einem Zahnarzt in seiner Berufsausübung große Zufriedenheit bereitet, sich mit einem aktiven Patienten um den Erhalt bzw. eine adäquate Restauration eines jeden Zahnes zu bemühen, musste erst wachsen[1].

Das Bewusstsein der Patienten hat sich also gewandelt. Durch den Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik wurde er aber vom Vollkaskoversicherten zum Selbstzahler. Und Menschen, denen es ans eigene Geld geht, haben eins gemeinsam: Sie vergleichen Preise, sie achten auf Qualität, sie verlangen Information, und sie erwarten Beratung. Sie wollen, dass man ihnen zuhört und sie ernst nimmt in ihren Wünschen, Ängsten, Hoffnungen und auch in ihren finanziellen Möglichkeiten[5].

Die Abbildung 1 zeigt beispielhaft mehr oder weniger sinnvolle Alternativen im restaurativ-prothetischen Bereich schon bei der Zahntechnik. Unterschiede sind möglich bei Materialauswahl (Edel- oder Nichtedelmetall), Randgestaltung (metallisch, metallfrei oder teilweise metallfrei), Keramik, Schichttechnik und damit Farbgestaltung (einfach oder nach individueller Farbbestimmung). Auch die verschiedenen Präparationsformen, die erforderlich sind, um solche Restaurationen zu realisieren, unterscheiden sich im Aufwand gewaltig. Die für einen zahnfarbenen Rand notwendige, womöglich zirkuläre Schulter zu präparieren und auch präzise abzuformen oder eine Vollkeramikkrone adhäsiv einzugliedern – all dies bedingt einen hohen Aufwand, der sich nicht mit demjenigen für die verlaufende Präparationsform der klassischen metallunterstützten Verblendkrone vergleichen lässt, aber Letztere ist für die Festlegung des Honorars maßgeblich.

Die Tatsache, dass sowohl der gesetzlich versicherte wie auch in Teilen der privat versicherte oder beihilfepflichtige Patient heute alles, was über eine „wirtschaftliche, ausreichende und zweckmäßige Versorgung" hinausgeht, aus eigener Tasche zu bezahlen hat, macht ihn natürlich insgesamt sehr viel kritischer und auch anspruchsvoller. Wird der Patient nun als Kunde und nicht als Patient betrachtet bzw. „behandelt", entfremden wir als Ärzte uns aber von unserer eigentlichen Aufgabe.

Abb. 1 Keramisch verblendete Frontzahnkronen. Von rechts nach links: metallkeramische Krone mit zirkulärem Metallrand, mit labialer Keramikschulter, Galvanokrone, Vollkeramik

Tab. 1 Kriterien für die gute Bewertung einer Praxis durch Patienten (Angaben in Prozent). * = Unterschied nach 5 Jahren Praxistreue

Kriterium		Neu-Patient	Treu-Patient*
1	Freundlichkeit, soziale Kompetenz	52	-27
2	haltbare, gründliche Arbeiten	44	-2
3	schonende Behandlung	36	-24
4-7	Diverses		
8	kosmetische Zahnmedizin	14	-29

Patienten sind als unsere Partner anzusehen

Das „Erleben" einer Behandlung und die Bewertung des endgültigen Ergebnisses sind nicht nur an messbaren Fakten darstellbar. Gründliche Befundung, schlüssige Diagnostik, schließlich genaues Arbeiten, Präzision, Haltbarkeit, sicher auch unauffälliges, gefälliges Aussehen des eingegliederten Zahnersatzes werden von Patienten vorausgesetzt. Die eigentliche fachliche Kompetenz des Zahnarztes ist eine „brutale" Selbstverständlichkeit[4]. Aus dieser Aussage kann man schließen, dass eine erfolgreiche Praxisführung neben der rein betriebswirtschaftlichen Kompetenz des Betreibers von zwei entscheidenden Faktoren abhängt, nämlich von der fachlich-zahnärztlichen Kernkompetenz, aber auch von kommunikativen und sozialkompetenten Fähigkeiten – kurz gesagt: von Service und Qualität.

Die „weichen" Faktoren wie Freundlichkeit und gelebte Sozialkompetenz des Behandlers und seines Teams beeinflussen das vom Patienten subjektiv erlebte Behandlungsergebnis deutlich und dürfen auf keinen Fall vernachlässigt werden. Aufmerksames, freundliches und entsprechend gut ausgebildetes Praxispersonal sowie ein hochwertiges, zeitgemäßes Ambiente der Praxis mit moderner technischer Ausstattung gehören unabdingbar dazu.

Eine Schulung sowohl des Praxisinhabers bzw. des verantwortlichen Behandlers als auch seines Teams in adäquaten Gesprächsführungstechniken ist im Umgang mit den Patienten sehr hilfreich. Nonverbale Kommunikationstechniken, Körpersprache und auch Auswahl und Qualifikation der Teammitglieder tragen wesentlich zu einem guten Erscheinungsbild der Praxis bei. Ergänzend kann die Außendarstellung von einer einheitlichen Praxisbekleidung bis hin zur durchgängigen Corporate Identity die fachliche Kompetenz der Praxis unterstreichen.

Riegl[4] differenziert bei seiner über Jahre angelegten Marktforschungsstudie im Hinblick auf die Auswahlkriterien von Patienten für eine Praxis zwischen einerseits „Neu-Patienten" und andererseits „Treu-Patienten", die eine Praxis schon seit 5 Jahren und mehr aufsuchen (Tab. 1). Zwei Punkte fallen beim Betrachten der Tabelle 1 auf: Freundlichkeit und soziale Kompetenz werden von neuen Patienten höher bewertet als haltbare, gründliche zahnärztliche Arbeiten, und alle Werte verändern sich mit Ausnahme von Position 2 nach 5 Jahren deutlich. Das bedeutet, dass treue Patienten nicht mehr explizit Wert auf ein freundliches Praxisambiente legen, aber weiterhin auf gründliche Arbeiten. Demgegenüber sind Patienten mit über 5 Jahren Praxistreue zu 6 % weniger bereit, privatzahnärztliche Leistungen und damit Zuzahlungen zu akzeptieren als in den ersten 5 Jahren. Patienten setzten also mit der Zeit ein überdurchschnittliches Behandlungsniveau voraus. Gerade deshalb sollte auch der treue Patient immer neu motiviert werden.

Für einen erfolgreichen Praxisbetreiber stellt sich mithin die Frage, welche Patienten heute überhaupt an einer besseren zahnmedizinischen Qualität als der im Sozialgesetzbuch und in den Richtlinien vorgeschriebenen (= maximal ausreichenden) interessiert sind. Der Anteil der Patienten mit Zuzahlungsbereitschaft beträgt in der Zahnmedizin 32 % – diese hohe Quote wird im Gesundheitssektor nur noch von der Reproduktionsmedizin mit 36 % übertroffen[4].

Zahnmedizin, Marketing und Ethik

Kritisch betrachtet der Medizinethiker *Maio* in mehreren Aufsätzen die Marktorientierung und Bedürfnisweckung der modernen Praxisführung sowohl in der Medizin als auch in der Zahnmedizin[3]. Er bezieht dezidiert Stellung gegen die Tendenz, dass de facto unnötige, medizinisch nicht zwingend

Abb. 2a Insuffiziente, auch ästhetisch unbefriedigende Ausgangssituation

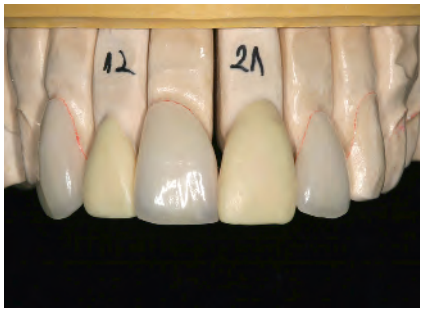


Abb. 2b Wax-up und aufwändige, einzelne Herstellung der Restaurationen gegen genau vordefiniertes Wax-up

Abb. 2c Endergebnis mit Veneers und Vollkronen

indizierte Maßnahmen den Patienten zwecks reiner Profitoptimierung als Notwendigkeit suggeriert werden. Solange wir als Ärzte Krankheiten behandeln, ist unsere Zielsetzung durch die Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit definiert. Wie weit dürfen oder können wir als Mediziner unser Handeln in einen profitorientierten Bereich ausdehnen, wie er sich hauptsächlich wohl in der ästhetisch orientierten Zahnmedizin und der Implantologie darstellt? Nur eine kritische Reflexion kann verhindern, dass sich die Zahnmedizin vor allem in diesen Segmenten nur noch als Dienstleistung ohne moralischen Anspruch versteht. Wenn das Leitmotiv das Verkaufen ist und nicht das Helfen, dann liegt kein ärztliches Handeln mehr vor, sondern das Handeln eines Handwerkers.

Innerhalb dieses Spannungsfeldes Behandlungen anbieten zu können, die medizinisch indiziert sein müssen, aber trotzdem eine Optimierung der erlebten Ergebnis- bzw. Behandlungsqualität erlauben, ist eine zwingende betriebswirtschaftliche Aufgabe der heutigen Praxisführung. Die Langlebigkeit eingegliederter Restauration und schmerzfreie oder wenigstens wenig unangenehme, schonende Behandlungen stehen in den Erwartungen noch vor der ästhetischen Wirkung des Zahnersatzes und werden sicher in etwa ähnlich bewertet wie die einwandfreie biologische Integration (Abb. 2a bis c).

Nach den Umfragedaten des Instituts von Prof. *Riegl* besteht eine erhöhte Zuzahlungsbereitschaft hauptsächlich in folgenden Bereichen[4]:

- Auswahl des Restaurationsmaterials („gesundheitsoptimiertes" Material, hochgoldhaltiges bzw. metallfreies, aber haltbares Material),
- Herstellungs- bzw. Behandlungstechnik (auch funktionsoptimierende Behandlungsschritte, z. B. gnathologische Maßnahmen) sowie
- ästhetische Verfahren.

Im restaurativ-prothetischen Bereich trägt eine angestrebte höhere Qualität leider sehr oft deutlich stärker zum wirtschaftlichen Nutzen der Zahntechnik bei (aufwändige Farbschichtung oder Kauflächengestaltung) oder schlägt sich nur in den Kosten für das eingesetzte Material nieder. Der betriebswirtschaftliche Vorteil, der durch die Zuzahlung für die Praxis entsteht, kann so leicht auf der Strecke bleiben. Eine gute Möglichkeit, hier zugunsten der Optimierung des Praxisertrags anzusetzen, könnte der Einsatz der CAD/CAM-Technologie wie etwa der Cerec-3-Technik (Fa. Sirona, Bensheim) oder ähnlicher „semiindustrieller" Verfahren (Biodentis-Inlays, Fa. Biodentis, Leipzig) darstellen, bei denen mit der technischen Entwicklung eine weiter steigende Qualität zu erwarten ist. Im Fall von umschriebenen Restaurationen, Einzelzähnen und eventuell zwei bis drei benachbarten Restaurationen kann nach Präparation und optischer oder auch konventioneller Abformung mit anschließenden Scans sofort in der Praxis hochwertiger Zahnersatz angefertigt und in der gleichen Behandlungssitzung oder zumindest sehr zeitnah eingegliedert werden. Nicht nur der klassische Indikationsbereich der Einlagefüllung wird hiermit abgedeckt. Vielmehr können heute mit diesen Verfahren auch Vollkronen bis hin zu Teleskopkronenprimärteilen und umfangreiche provisorische Restaurationen aus verschiedenen Materialien hergestellt werden.

Praktische zahnmedizinische Umsetzung

Zu dem von den meisten Patienten als wichtigstes Kriterium eingestuften Punkt „Restaurationsmaterial" lässt sich nicht viel sagen – entweder man nimmt es oder nicht. Nach Erfahrung des Autors kann hier aber durchaus im Sinne einer vernünftigen Preisgestaltung eingewirkt werden, vor allem im schon angesprochenen Punkt „Umschichtung" des Ertrags

Abb. 3a Ausgangssituation: insuffiziente Frontzahnrekonstruktion. Dunkle zervikale Begrenzung durch massiv verfärbte, endodontisch behandelte Pfeiler (21). Der Weichgewebsverlust Regio 11 wurde durch rosa Keramik zu kaschieren versucht. Unnatürliche Schichtung und Oberfläche der Keramikkronen

Abb. 3b Situation nach Entfernung der alten Metallkeramikrestauration. Zahn 12 wird wurzelkanalbehandelt; aufgrund des vollständig erhaltenen Reststumpfes ist keine Stiftverankerung zur Retentionserhöhung notwendig. Deutlich erkennbarer horizontaler Weichgewebsdefekt im zahnlosen Bereich Regio 11. Stiftkernaufbau 21 vorbereitet zum adhäsiven Neuaufbau, vorhandener Stiftkern wird belassen

Abb. 3c Erste Einprobe des laborseitig vorbereiteten Schalenprovisoriums (New Outline, Fa. Anaxdent, Stuttgart). Der Ponticbereich Regio 11 ist noch etwas überextendiert und wird vor Einbringen des Weichgewebstransplantats entsprechend reduziert. An Zahn 22 ist ebenfalls ein Schalenprovisorium zur ästhetischen Korrektur des mesiorotierten Zahnes vorbereitet

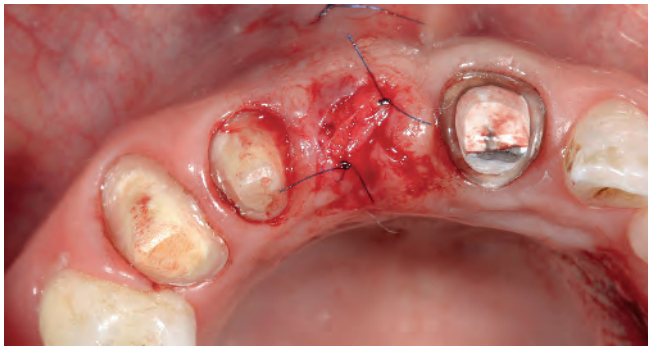
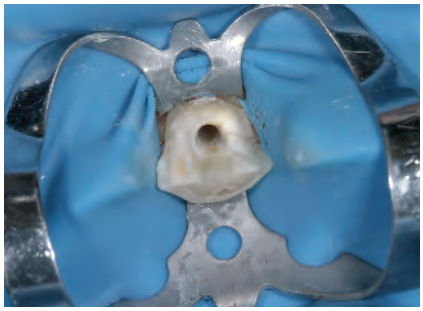


Abb. 3d Subepitheliales Bindegewebstransplantat aus Regio palatinal 23 bis 26 mittels Pouch-Technik an Regio 11 zur Korrektur des Kammdefekts eingebracht. Die hauptsächliche Fixierung erfolgt mittels der bukkal angelegten Lassonaht, krestal wird das interponierte Gewebe mit Einzelknopfnähten fixiert. An Zahn 21 erkennt man jetzt den adhäsiven Neuaufbau mit Core Paste (Fa. Den-Mat, Santa Maria, USA). Endodontische Zugangskavität bei Zahn 12 adhäsiv verschlossen

Abb. 3e Lava-Zirkonoxidkeramikgerüst. Ausdehnung des Gerüsts entsprechend eines Wax-ups zur optimalen Unterstützung der Verblendkeramik. Silikonverschlüsselung der Wax-up-Form dient als Leitschiene für die geschichtete Verblendung

Abb. 3f Endergebnis der Frontzahnrekonstruktion. Die Brücke 13, 12 bis 21 wird mit selbstkonditionierendem adhäsivem Zement (Rely X Unicem, Fa. 3M Espe, Seefeld) definitiv zementiert. Veneer 22 nach Schmelzätzung lichthärtend, adhäsiv verklebt. Zahntechnik: *J. Dieterich*

Abb. 4a In dieser Situation sind mehrere komplexe Behandlungsschritte miteinander zu kombinieren. Die Frakturlinie befindet sich labial weit subgingival, der Zahn ist vital, die Pulpa liegt nach vollständiger Entfernung aller vorhandenen Restaurationsmaterialien frei, die Indikation für eine Wurzelkanalbehandlung und einen adhäsiv verankerten Stiftaufbau ist gegeben. Die Hauptschwierigkeit des Falles besteht in der Darstellung des subgingival liegenden Restaurationsrandes und einer entsprechend technisch sauber durchgeführten Adhäsivtechnik zur Stiftverankerung



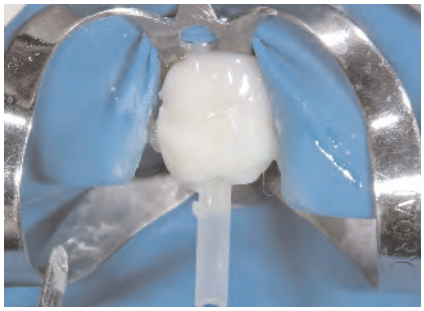


Abb. 4b Die Indikation zur metallfreien Versorgung und damit auch zum Einsatz eines Glasfaserstiftes ist aufgrund des hohen kosmetischen Anspruchs des Patienten gegeben

Abb. 4c Verklebung eines Glasfaserstiftes (Fa. DMG, Hamburg) unter Kofferdam gleichzeitig mit dem Aufbau des Stumpfes (Luxacore, Fa. DMG)

Abb. 4d Klinische Situation direkt vor adhäsiver Zementierung (Panavia, Fa. Kuraray Europe, Frankfurt/M.). Reizlose Gingiva, die nach Positionierung eines dünnen Retraktionsfadens eine sichere Verklebung gewährleistet

Abb. 4e Endergebnis, restauriert mit Lava-Zirkonoxidkeramik (Fa. 3M Espe). Zahntechnik: *J. Langner*

zugunsten der Praxis, da Herstellungskosten und Materialien nicht unbedingt aufwändig und damit teuer sein müssen. Außerdem sind Patienten zu höheren Zuzahlungen im ästhetischen Bereich bereit. Zeitgemäße ästhetische Behandlungstechniken beschränken sich dabei nicht mehr nur auf das Verschönern von Zähnen. Wir sind heute in der Lage, die gesamte ästhetische Zone, also auch das Weichgewebe entsprechend mitzubehandeln (weiße und rote Ästhetik). Rein kosmetische Verfahren wie die verschiedenen Bleachings oder Facings werden per se in der restaurativ orientierten Praxis selten nachgefragt, aber in Verbindung mit zahnmedizinisch notwendigen Restaurationen im sichtbaren Bereich spielen sie durchaus eine Rolle.

Fallbeispiel 1 (Abb. 3a bis f)

Bei dem Patienten erfolgte ein Weichgewebskammaufbau mittels ästhetisch motivierter plastisch-parodontaler Mikrochirurgie zur Unterstützung des prothetischen Ergebnisses in Verbindung mit der provisorischen Versorgung. Die definitive Versorgung besteht aus einer Brücke mit einem Zirkonoxidkeramikgerüst. Hier war neben der zeitlich gestrafften Behandlung die kaum vorhandene Einschränkung im Tagesablauf des Patienten von großer Bedeutung. Ein vorbereitetes Schalenprovisorium stand bei Entfernung der insuffizienten Brücke zur Verfügung. In einer einzigen Behandlungssitzung konnten neben der Inkorporation des hochwertigen Lang-

Abb. 5a Vor Sanierung des dritten Quadranten erfolgte eine umfassende klinische und instrumentelle Funktionsdiagnostik. Daraufhin wurde zuerst der funktionell störende Zahn 38 entfernt und nicht wie Zahn 48 saniert. Diese zahnmedizinisch ganzheitliche Betrachtung der Amalgamsanierung ist ein enorm wichtiger Teil der Restauration und zeigt dem Patienten deutlich die umfassende Kompetenz der Praxis

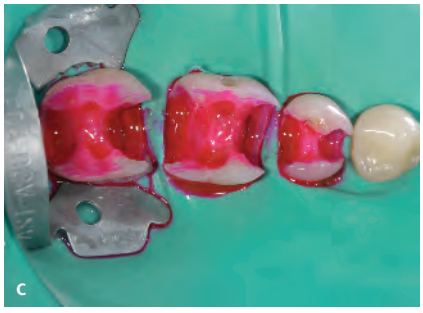


Abb. 5b bis d Amalgamentfernung unter Kofferdam, Anfärbung kariöser Bereiche mit Caries Detector (Fa. Kuraray Europe) und eine ebenfalls unter absoluter Trockenlegung gelegte adhäsiv verankerte Aufbaufüllung. So zeigt sich ein deutlich sorgfältigeres Vorgehen, welches in aller Regel über vorher erlebte Behandlungen hinausgeht und damit auch eine höhere Honorierung rechtfertigt

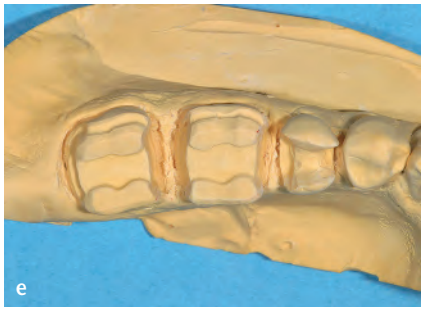


Abb. 5e Das Einhalten einer Präzisionskette im Bereich der Zahntechnik beginnt mit der Präzisionsabformung. Mehrfachabformungen sind sinnvoll, um die approximale Passung am ungesägten Modell zu überprüfen. Die Auswahl des Abformmaterials ist sicher weiterhin ein Thema bis zur breiten Marktpositionierung der intraoralen Abformscanner. Hydrophile Hydrokolloidmaterialien waren lange Jahre das Nonplusultra für die Präparationsabformung und sind vor allem bei mehreren abzuformenden Einheiten im Unterkieferseitenzahnbereich, womöglich beidseits, auch heute noch der Goldstandard. Leider verschwinden diese Materialien wohl aufgrund ihrer Techniksensitivität mehr und mehr vom Markt

Abb. 5f Intraorales FGP-Registrat (hier beispielhaft anhand eines anderen Patientenfalls). Die dynamische Okklusion kann bezüglich ihres kompletten Raumbedarfs (resiliente Frontzahnführung, Bandresilienz, Muskelführung, Unterkieferverwindung) nur mit der FGP-Technik (Functionally Generated Path Technique)[2] erfasst werden

Abb. 5g Funktionsoptimierte, interferenzfrei gestaltete Goldteilkronen und Keramikinlay. Kauflächenmorphologie gestaltet im Sinne der biomechanischen Aufwachstechnik nach *Polz* und gemäß intraoraler Registrierung der Unterkieferbewegung mittels FGP-Technik

zeitprovisoriums die endodontische Behandlung an Zahn 12, der Neuaufbau der vorhandenen Stiftversorgung an Zahn 21 und der Weichgewebskammaufbau Regio 11 vorgenommen werden. Das Langzeitprovisorium verblieb (weitgehend auch basal 11) unverändert bis zur definitiven Abformung in situ.

Fallbeispiel 2 (Abb. 4a bis e)

In diesem Fall ging es um die Rekonstruktion eines frakturierten mittleren Schneidezahnes mit einer zuvor alio loco angefertigten Restauration. Dieser Befund muss sehr kritisch gesehen werden. Zumindest teilweise lässt sich der für den Langzeiterfolg unbedingt notwendige so genannte Ferrule-Effekt hier nicht mehr vollständig zirkulär gewährleisten. Differenzialtherapeutisch kommt ein Einzelzahnimplantat oder eine Brücke in Betracht. Alle angedachten Versorgungsmöglichkeiten bieten Risiken. Der gewählte Weg der Einzelzahnrestauration ist nicht der einfachste, aber nach sorgfältiger Abwägung der Risiken und Nutzen wurde dem Patienten diese Alternative empfohlen.

Fallbeispiel 3 (Abb. 5a bis g)

Materialauswahl, Ästhetik und Behandlungs- bzw. Herstellungstechnik sind die stärksten Argumente, um die Zuzahlungsbereitschaft der Patienten zu erhöhen. Ein überdurchschnittlicher zahnärztlicher Aufwand der Behandlung lässt sich leider am schwierigsten vermitteln. Patienten sind bereit, mehr für höherwertiges Material zu bezahlen, während es bezüglich der zahnärztlichen und der zahntechnischen Leistung, die ja in den Leistungsbeschreibungen verankert sind, schon anders aussieht.

Der hier vorgestellte Patient war nach einer gewissen Eingewöhnungszeit mit der Versorgung im vierten Quadranten, für die keine Zuzahlung geleistet werden musste, zufrieden. Technisch aufwändigere Lösungen überzeugen Patienten nur dann, wenn sie verständlich kommuniziert werden. Bei der Neuversorgung des dritten Quadranten sollten zwar auch ästhetische Faktoren (Zahn 35) und entsprechende Patientenvorstellungen berücksichtigt werden, aber der Patient legte definitiv mehr Wert auf Dauerhaftigkeit und biologisch verträgliche Materialien.

Resümee

Die Dauerhaftigkeit zahnmedizinischer Restaurationen ist neben einer entsprechenden Diagnostik und der theoretischen Behandlungsplanung in hohem Maß von der behandlerischen Erfahrung und einer präzisen zahnärztlichen sowie zahntechnischen handwerklichen Ausführung abhängig. Die Auswahl adäquater hochwertiger Materialien und deren sorgfältige Verarbeitung unterstützen dieses Ziel.

Soll eine erhöhte Zuzahlungsbereitschaft der Patienten integrativer Teil eines Behandlungskonzeptes sein, so muss eine klare Ausrichtung der gesamten Praxis in dieser Richtung erfolgen. Es ist nicht sinnvoll und glaubwürdig, mit kleinen Einzelleistungen wie z. B. außervertraglichen Verblendungen deutlich besseren Zahnersatz anzubieten. Eine dem heutigen Verständnis entsprechende konzeptionelle prothetische Behandlung beginnt nicht zuletzt mit einer akribisch durchgeführten Prophylaxebetreuung aller betroffenen Patienten. Dadurch entsteht eine Atmosphäre innerhalb der Beziehung zwischen Praxis und Patient, die ein rein profitorientiertes Anbieten von Zusatzleistungen nicht zulässt. Wenn es zu restaurativ-prothetischen Behandlungen kommt, entwickelt sich durch die Präsentation von sorgfältig erarbeiteten Befundunterlagen im notwendigen Beratungsgespräch eine Situation, in der die Patienten oft von sich aus nach entsprechenden Leistungen fragen. Die Erfüllung der Erwartungshaltung des kritischen Patienten und damit auch eine positive Einflussnahme auf das angestrebte, im Vorfeld kommunizierte Behandlungserlebnis werden aber nicht nur mit der eigentlich durchgeführten Therapie erreicht, sondern auch mit Kofaktoren wie Freundlichkeit, Sympathie, Sozialkompetenz und Verhandlungsgeschick.

Literatur

1. Heinemann K. Vorwort zur Patientenbroschüre. In: Laurisch E, Laurisch L. Ein Leben lang gesunde Zähne. Prophylaxe. Korschenbroich: Selbstverlag, 2000: 9-11.
2. Lex C. Skriptum zum FGP-Kurs. Nürnberg: Eigenverlag, 2009.
3. Maio G. Vom karitativen Dienst am Menschen zum Profitcenter? Zu den ethischen Grenzen der Marktorientierung in der Medizin. Med Klin 2008;103: 455-459.
4. Riegl GF. Zahnarztpraxis als Center of Excellence – Neue Wertschöpfungen für Zahnärzte und Labors. Augsburg: Verlag Prof. Riegl & Partner, 2001.
5. Sachs M. Der neue Patient. Gastkommentar. In: Borsay P. Zahnimplantate und Co. 2. Aufl. Stuttgart: Trias Verlag, 2007:6-7.