

29. April 2015

Stellenwert der Empowerment-Perspektive bei der institutionalisierten Patientenberatung zahnärztlicher Körperschaften in Deutschland – Ergebnisse einer qualitativen Studie zur aktuellen Beratungspraxis

Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich in den letzten Jahren weiterentwickelt: Die Entscheidungssouveränität liegt nicht mehr ausschließlich in der Hand des Zahnarztes, der Patient partizipiert häufig gleichrangig an gemeinschaftlichen Entscheidungsprozessen. Die Partizipation an zahnmedizinischen Entscheidungen setzt dabei eine Autonomie voraus, die sich der Patient in der Regel erwerben muss. Zugang zu diesem Wissen erhalten Patienten neben der Aufklärung und Beratung in Zahnarztpraxen unter anderem durch ein umfassendes Beratungsangebot, welches flächendeckend durch die Patientenberatungsstellen der zahnärztlichen Körperschaften angeboten wird.

Die Zunahme der zahnmedizinischen Therapiemöglichkeiten und der damit verbundene höhere Informationsbedarf der Patienten erfordern zur Qualitätssicherung eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Beratungsangebote, die derzeit von der zahnärztlichen Selbstverwaltung angestoßen wird. In diesem Rahmen hat das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Betriebspädagogik der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg mit der sozialwissenschaftlichen Methodik der Gruppendiskussion die langjährigen praktischen Erfahrungen der Patientenberater der zahnärztlichen Selbstverwaltung dokumentiert, um das Grundverständnis der zahnärztlichen Patientenberatung in Deutschland zu erarbeiten und die Patientenberatung qualitativ weiterzuentwickeln.

In der vorliegenden IDZ-Information wurden die Ergebnisse dieser Gruppendiskussionen mit dem Fokus „Empowerment“ analysiert. Es wird erörtert, inwiefern die Patientenberatung der zahnärztlichen Körperschaften die Autonomie des Patienten und damit auch das Arzt-Patienten-Verhältnis stärken kann.

Die Autoren der Studie sind: Prof. Dr. Michael Dick, Ina Wagner und Mareike Gerhardt von der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg/Institut für Betriebspädagogik.

Weitere Exemplare dieser IDZ-Information können kostenlos beim IDZ angefordert werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, den vorliegenden Text als PDF-Datei von der Internet-Homepage des IDZ (www.idz-koeln.de) herunterzuladen.

Redaktion: Dr. Nele Kettler, Dr. Wolfgang Micheelis, PD Dr. A. Rainer Jordan

Abstract

Significance of empowerment in patient advisory services of German dental statutory bodies – results from a qualitative study of current advisory practices

The past few years have seen further changes to the physician-patient relationship. Gone are the days when the power to make treatment decisions rested exclusively with the dentist. In many cases, patients now act as equal partners, engaging in a joint decision-making process. In order to be able to form part of the decision-making process, the patient needs to have a certain degree of autonomy, a position of knowledge that he/she will usually need to have earned. In addition to the detailed information and in-depth consultations offered by dental practices, patients also have the option of tapping into a comprehensive network of patient advisory services, which are provided by German dental statutory bodies.

As the number of treatment options available increases, so does the amount of information that is required by patients. From a quality assurance point of view this means that the advice and information available to patients needs to be constantly reviewed and developed. Currently, all such developments are based on initiatives from within the profession. As part of these industry-based efforts, the Institute of German Dentists (IDZ), in cooperation with the Otto von Guericke University Magdeburg's Department of Vocational Education and Training, decided to use group discussions, a research tool commonly used in social science research, in order to document the many years of practical experience and expertise that have so far been accumulated by the profession's institutionalized patient advisory bodies. The purpose of the project was to establish the exact nature of current provisions, with a view to further developing and enhancing such services in the future.

The results of these group discussions are presented in the current issue of IDZ-Information, with the focus of the analysis centering around the issue of "empowerment". The article discusses how, and to what extent, the Dental Association's patient advisory services can support patient autonomy, and how such efforts may be able to strengthen the physician-patient relationship.

The authors of the study are: Prof. Dr. Michael Dick, Ina Wagner and Mareike Gerhardt, from the Otto von Guericke University Magdeburg's Department of Vocational Education and Training.

Further copies of this IDZ-Information may be ordered from IDZ free of charge. This text may also be downloaded as pdf-file from the IDZ homepage (www.idz-koeln.de).

Editors: Dr. Nele Kettler, Dr. Wolfgang Micheelis, PD Dr. A. Rainer Jordan

Stellenwert der Empowerment-Perspektive bei der institutionalisierten Patientenberatung zahnärztlicher Körperschaften in Deutschland – Ergebnisse einer qualitativen Studie zur aktuellen Beratungspraxis

Michael Dick
Ina Wagner
Mareike Gerhardt

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Herkunft, Definition und Bedeutungen des Begriffs Empowerment.....	4
2.1	Begriffsdefinition.....	4
2.2	Bedeutungsspektrum und Vorgehensweise	5
2.3	Empowerment im Gesundheitswesen und der Arzt-Patient-Beziehung ...	6
2.4	Der Beitrag der Patientenberatung zum Empowerment.....	8
3	Die zahnärztliche Patientenberatung – Verständnis, Ziele, Merkmale	9
4	Ziel der Untersuchung, Fragestellung und Methode	11
5	Empowerment im Handeln der Patientenberater: Ergebnisse der Gruppendifkussionen	14
5.1	Zum Selbstverständnis der Patientenberatung	14
5.2	Zur Vorgehensweise der Patientenberatung.....	18
5.3	Grenzen der Patientenberatung	20
5.4	Kriterien für gelungenes Empowerment in der Patientenberatung	22
6	Zusammenfassende Bewertung und Diskussion	23
6.1	Der Beitrag der zahnärztlichen Patientenberatung zum Empowerment...	25
6.2	Offene Fragen.....	26
6.3	Schlussbemerkungen.....	28
7	Literaturverzeichnis	28

1 Einleitung

Die verstärkte Forderung nach Transparenz und Qualitätssicherung ärztlichen Handelns und die zunehmende Verantwortlichkeit der Menschen für ihre eigenen Belange führen zu veränderten Rollen im Arzt-Patienten-Verhältnis (Klingenberger, Kern und Micheelis, 2006). Hintergrund dieser Entwicklungen sind die gesellschaftliche Individualisierung und der medizinisch-technische Fortschritt, die Patienten und Ärzten¹ neue Spielräume eröffnen. Darin liegen sowohl Chancen für verbesserte Behandlungen als auch das Risiko vermehrter Entscheidungsoptionen. Denn jede Entscheidung beinhaltet eine bessere und eine schlechtere Alternative, mithin also die Möglichkeit, Fehler zu machen. Es stellt sich die Frage, wie vor diesem Hintergrund Patienten gestärkt werden können, ohne das Grundprinzip des Vertrauens zum Arzt

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Sprachform verzichtet. Gemeint sind immer, sofern nicht anders vermerkt, Frauen und Männer.

zu gefährden. Auch sind Professionen zunehmend darauf angewiesen, Möglichkeiten zur Bearbeitung von Konfliktfällen zu entwickeln, um ihre Zuständigkeit zur Bearbeitung von Krisen zu legitimieren.

Die vorgestellte Studie untersucht das Potenzial, das die zahnärztliche Patientenberatung für eine nachhaltige Stärkung der Patienten und des Arzt-Patienten-Verhältnisses bietet. Im Mittelpunkt der empirischen Erhebung stehen zwei Gruppendiskussionen mit erfahrenen Akteuren in der zahnärztlichen Patientenberatung. Die Studie zeigt den Beitrag der Patientenberatung zum Empowerment der Patienten, deren Grenzen und Widersprüche sowie Möglichkeiten zur Weiterentwicklung auf.

2 Herkunft, Definition und Bedeutungen des Begriffs Empowerment

2.1 Begriffsdefinition

Empowerment bezeichnet sowohl den Prozess als auch das Ergebnis einer Stärkung individueller und kollektiver Handlungsmöglichkeiten, um die Kontrolle über die eigenen Lebensbezüge zu erweitern. Es zielt auf die Ermutigung, die eigenen sozialen und personalen Ressourcen sowie Fähigkeiten zu nutzen, um die jeweilige Lebenswelt aktiv mitzugestalten und schwierige Problemsituationen zu bewältigen.

Der Begriff hat seinen Ursprung in der amerikanischen Gemeindepsychologie und wurde zuerst im Zusammenhang mit Sozialarbeit und Familienhilfe verwendet (Rappaport und Hess, 1984; Rappaport, 1987; Cochran, 1987). Auch in der Arbeitsforschung und Arbeitsgestaltung ist der Begriff verankert; hier beschreibt er den Übergang von einer kontrollorientierten zu einer beteiligungsorientierten Unternehmensführung (Potterfield, 1999; Cunningham, Hyman und Baldry, 1996).

Das Konzept hat ethische und psychologische Wurzeln. Es folgt einem demokratisch-emanzipatorischen Menschenbild, das die Wahrung von Selbstbestimmungsrechten, das Eintreten für soziale Gerechtigkeit und die Rechte auf demokratische Partizipation betont (Herringer, 2002). Psychologische Grundlagen liegen in Theorien, die Voraussetzungen und Folgen etwa von Selbstwirksamkeit, Handlungskontrolle, Selbstwertgefühl, intrinsischer Motivation oder Partizipation beschreiben. Im Sinne einer positiven Psychologie, einem ressourcenorientierten Konzept, das die Erforschung günstiger statt defizitorientierter psychischer Faktoren umfasst (Seligman, 2012), wird mit dem Konzept beabsichtigt, die Mangelperspektive zugunsten einer Ressourcenperspektive auf Krisensituationen zu verlassen: Es geht um Gesundheit oder Wohlbefinden anstelle von Krankheit, eine salutotrope statt pathotrope Orientierung (Nagel, 2007), um Kompetenzen anstelle von Defiziten und um Stärken anstelle von Schwächen (Perkins und Zimmerman, 1995).

Die praktische Idee hinter dem Begriff ist es, in Krisensituationen des menschlichen Lebens und Zusammenlebens nicht ausschließlich auf professionelle Hilfe angewiesen zu sein, sondern Bedingungen und Ressourcen zu schaffen, die es ermöglichen, dass Menschen sich selbst helfen können (Rappaport, 1987). Dabei ist Empowerment weniger ein spezifischer Beratungsansatz, als vielmehr eine programmatische Haltung.

2.2 Bedeutungsspektrum und Vorgehensweise

Empowerment kann auf der Ebene des Individuums, der Gruppe (auch Gemeinschaft, Gemeinde, Netzwerk) oder der Institutionen (Verwaltung, Organisation, Gesundheitswesen u. a.) ansetzen (Herringer, 1997; Engel, Nestmann und Sickendiek, 2012). Ein systematisches Review auf Basis von 62 deutschen sowie internationalen Überblicksarbeiten und Einzelstudien aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenversicherung, Rehabilitation, Versorgungsforschung, Pflege sowie Arbeitsbelastung erbrachte acht Bedeutungsdimensionen des Begriffs Empowerment (Kliche und Kröger, 2008). Demnach umfasst der Begriff die folgenden Dimensionen:

1. Beteiligung an Entscheidungen: unterschiedliche Formen der therapeutischen, organisationalen, gesellschaftlichen oder politischen Teilhabe an Prozessen der Willensbildung sowie Entscheidung.
2. Selbstwirksamkeitserwartung: das Erleben eigener Handlungsmacht und die individuelle, kollektive sowie politische Wahrnehmung von Interessen.
3. Soziale Unterstützung und soziales Kapital: verschiedene Aspekte der erlebten Hilfe und Ermutigung, die durch das direkte Umfeld, die Identifikation mit einer Gruppe oder Organisation, Bindungsdichte und -stärke, das Vertrauen in bestehende Bezugsgruppen oder durch das Erleben von Gegenseitigkeit und Solidarität ausgelöst wurden.
4. Kompetenzen: personale Befähigungen und Fertigkeiten, die kulturelle Techniken, soziale Fertigkeiten, Wissen und die Fähigkeiten zur gesundheitsbezogenen Alltagsgestaltung und Selbstbildung umfassen.
5. Inanspruchnahmeverhalten: die Fähigkeit und Bereitschaft, sich im Gesundheitswesen zu orientieren und Angebote entsprechend der individuellen Problemlage ausfindig zu machen und für sich zu erschließen.
6. Zielsetzung und -verfolgung: Motivation und die Fähigkeit, Ziele zu bestimmen und diese in direkte Handlungsweisen zu übertragen.
7. Reflexionsvermögen: kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und Handeln, durch aktive Auseinandersetzung die eigenen Präferenzen überdenken.
8. Innovation: Veränderungsmotivation in unsicheren, unklaren Situationen und die Offenheit für das Experimentieren mit dem eigenen Verhalten und dem Umfeld.

Idealtypisch wird der Prozess des Empowerments auf persönlicher Ebene in drei Aneignungsstufen und als Intervention mit vier Phasen beschrieben (angelehnt an Engel, Nestmann und Sickendiek, 2012). Für eine Person beginnt dieser Prozess mit der Entwicklung oder Festigung eines Selbstwertgefühls und einer daraus erwachsenden Position gegenüber der Welt, als zweites entwickelt sich ein kritisches Verständnis für die strukturellen, sozialen und politischen Vorgänge, die das eigene Alltagsleben prägen, bevor schließlich wirksame Handlungsstrategien zur Nutzung bestehender Ressourcen und zur Realisierung persönlicher und sozialer bzw. politischer Ziele erarbeitet werden können.

Betrachtet man Empowerment als Interventionsstrategie, dann lassen sich vier Phasen unterscheiden:

1. Mobilisierung: Eine Krisenerfahrung bildet häufig den Ausgangspunkt eines Empowerment-Prozesses. Routinen und Selbstverständlichkeiten werden hinterfragt.
2. Engagement und Förderung: Die Phase der ersten Mobilisierung wird in ein dauerhaftes Engagement überführt. Helfende und unterstützende Personen sind dabei wichtig.
3. Integration und Routine: Die neu gewonnene Stärke und Handlungskompetenz wird Teil des bestehenden Handlungsrepertoires.
4. Überzeugung und Organisation: Die neuen Kompetenzen werden eingebracht und Strategien entwickelt, um eigene Interessen zu vertreten und durchzusetzen.

Das Empowerment-Konzept weist auch Widersprüche auf. Die Aufwertung individueller Stärke kann auch als Individualisierung von Risiken und Verantwortlichkeit gesehen werden (Mathwig, 2007). Eng damit zusammen hängt die Gefahr der Instrumentalisierung des Empowerment-Konzepts zur Professionalisierung bestimmter Berufsgruppen (Knuf, 2003). Im Kern schließt der Gedanke des Empowerment eine dauerhafte professionelle Hilfe aus, weil dadurch eine Abhängigkeit des Klienten vom Helfer entsteht. Dieser dem Empowerment eigene Widerspruch zwischen Eigenständigkeit und Hilfsbedürftigkeit lässt sich nur dadurch handhaben, dass er für jedes Handlungsfeld einzeln empirische rekonstruiert (Schütze, 1996), theoretisch weiterentwickelt und in der Praxis kontrovers ausgehandelt wird (Aujoulat, d'Hoore und Deccache, 2007; Loss, 2008).

2.3 Empowerment im Gesundheitswesen und der Arzt-Patient-Beziehung

In der Gesundheitsversorgung wird vom Patienten-Empowerment gesprochen, „um die Stellung des Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung zu verbessern“ (Reichardt und Gastmeier, 2013, S. 157). Patientenpartizipation bei Entscheidungen, Wissen und Fähigkeiten des Patienten sowie eine unterstützende Kultur in Praxen und Gesundheitseinrichtungen bilden dafür die Voraussetzungen. Den Schwerpunkt dabei bilden Ansätze der Informationsvermittlung und Aufklärung (Berger, 2008; Herringer, 2002).

Patienten-Empowerment ist wie das Shared Decision-Making (Charles, Gafni und Whelan, 1997; Klingenberg, Kern und Micheelis, 2006) eine Konsequenz des sich verändernden Arzt-Patienten-Verhältnisses (Emanuel und Emanuel, 1992). Nicht mehr das hierarchisch-paternalistische Modell des fürsorglichen und allein entscheidenden Arztes, dem der Patient blind vertraut und folgt, ist demnach handlungsleitend, sondern der Gedanke des Verhältnisses auf Augenhöhe, in dem Arzt und Patient auf Basis eines Austauschs von Wissen und Werten Entscheidungen und Verantwortlichkeiten teilen (Klemperer, 2003; The Lancet, 2012; Groß, 2013; Wersich, 2013). Dabei wird nicht etwa einem rein rationalen Modell der Entscheidungsfindung (Informed Decision-Making) gefolgt, sondern einem ganzheitlichen, in dem Ärzte Zeit

und Empathie aufbringen, nachvollziehbar aufklären und sorgfältig und kompetent handeln (Klemperer, 2003).

Emanuel und Emanuel (1992) unterscheiden in ihrem einflussreichen Aufsatz vier Rollenmodelle des Arztes: das paternalistische (Information und Entscheidung einseitig durch den Arzt), das informative (Information geteilt, Entscheidung beim Patient), das interpretative (Information beim Arzt, Entscheidung geteilt) und das abwägende (deliberative; Information und Entscheidung geteilt).

Schon an dieser Vielfalt der Rollenkonstellationen wird deutlich, dass das Idealmodell des Shared Decision-Making Widersprüche enthält. Für selbstbestimmte Entscheidungen „muss der Patient in umfassender und verständlicher Weise aufgeklärt worden sein, die Informationen aufgenommen und verstanden haben und bei seiner Entscheidungsfindung frei von steuernden Außeneinflüssen (Zwängen) sein. Schließlich muss eine Entscheidungsfähigkeit gegeben sein, d. h. der Patient muss Wesen, Bedeutung und Tragweite der besprochenen Maßnahme ermessen können“ (Groß, 2013, S. 7). Diese Bedingungen sind in der zahnmedizinischen Praxis nicht immer gegeben. Unabhängig davon, dass der Patient auch bei sorgfältiger Lektüre kein Medizinstudium kompensieren kann, sind zahlreiche Einschränkungen in diesem gleichrangigen Verhältnis anzunehmen: „The reality is that doctors have limited consultation time and resources, and not all patients can, or want to be empowered“² (The Lancet, 2012, S. 1677). Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient bleibt also oft weiterhin asymmetrisch (Jacob und Dick, 2014).

Folglich tritt ein Konflikt zwischen der Bindung des Patienten an den Rat des Arztes und dessen Selbststeuerung auf, Compliance und Empowerment können leicht in Widerspruch geraten. Daher „sollte das Arzt-Patienten-Verhältnis ein enges Interaktionsverhältnis sein, bei dem nicht Anordnung und Ausführung, aber auch nicht unverbindliche Empfehlungen [...] vorherrschen. Vielmehr handelt es sich um ein intensives, aufeinander bezogenes Arbeiten beider Seiten mit einem kontinuierlichen Austausch. Hierdurch werden Arzt und Patienten nicht zu Gleichen. Der Arzt ist und bleibt der Experte, der die objektiven fachlichen Kriterien beherrscht und „von außen“ eine Empfehlung für eine Therapie ausspricht, der Patient ist der „Übersetzer“ der Empfehlung für innerkörperliche und seelische Prozesse“ (Hurrelmann, 2001, S. 36).

Metaphern machen die veränderten Anforderungen an Ärzte und Patienten anschaulich: „Der Arzt ist der Trainer, springen muss der Patient selbst“ (Wersich 2013, S. 16), „doctors should get down from their pedestals, but patients must get up from their knees.“³ (Johnstone, International Alliance of Patients Organization, zit. n. The Lancet 2012, S. 1677). Ärzten und Patienten wird eine neue Rollenvielfalt zugemutet, ohne dass bislang klar wird, in welchen Situationen welche Rollen (Experte, Partner, Helfer, Trainer) angemessen sind, nach welchen Kriterien die Beteiligten dies feststellen und wie sie dies aushandeln.

² "In der Realität haben Ärzte ein beschränktes Maß an Zeit und Ressourcen, und nicht alle Patienten können oder wollen empowered werden."

³ "Ärzte sollten von ihrem Sockel herabsteigen, aber Patienten müssen sich von ihren Knien erheben."

In der Literatur wird eine Differenzierung zwischen Akutmedizin und der Behandlung chronischer Erkrankungen deutlich, etwa bei Diabetes (Anderson und Funnell, 2005). Während in der Akutsituation das paternalistische und entscheidungswillige Handeln des Arztes gefragt ist, ist in der chronischen Krankheit der Patient der Experte für seine körperliche und seelische Verfassung (ähnlich Klingenberg, Kern und Micheelis, 2006). Um in seiner alltäglichen Lebenswelt richtig zu handeln, muss der Patient trainiert werden, „den Krankheitsverlauf realistisch einzuschätzen und [...] im richtigen Moment die vom Arzt empfohlene Linderung und Beeinflussung von Symptomen einzuleiten“ (Hurrelmann, 2001, S. 36).

Fassen wir zusammen: Empowerment hat eine personale und eine institutionelle Seite. Auf personaler Ebene in der Arzt-Patienten-Beziehung kann Empowerment durch vier Aspekte ermöglicht werden:

- Berücksichtigen der Lebenswelt der Patienten bei der Diagnosefindung und der Therapieentscheidung
- Ressourcen des Patienten entdecken und vermitteln
- Entwicklungsperspektiven gemeinsam mit Patienten eröffnen
- Partizipation in der Entscheidungsfindung ermöglichen und umsetzen

Mit Blick auf die Institutionen lässt sich Empowerment vor allem in drei Ausprägungen realisieren:

- Formen und Settings der Wissensvermittlung, Evidenzrecherche und Patientenfortbildung
- Beratungsangebote in fachlichen, finanziellen und rechtlichen Fragen
- Soziale und politische Unterstützung durch Netzwerke und Selbsthilfegruppen

2.4 Der Beitrag der Patientenberatung zum Empowerment

Da Zahnärzte und andere professionelle Helfer Empowerment nicht selbst herstellen, sondern allenfalls in Gang setzen, begleiten oder unterstützen können, liegt es nahe, die Befähigung des Patienten nicht ausschließlich dem Behandler zu überlassen, sondern verschiedene Ressourcen hierzu aufzubauen, die von den Patienten niedrigschwellig und autonom genutzt werden können: Wenn es Betroffenen gelingt, die Fähigkeit zur Selbsthilfe zu entwickeln, ist das nicht „das Ergebnis einer guten Therapie, sondern jenes einer mutigen Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selber und mit seiner Erkrankung“ (Knuf, 2003, S. 18). Solche Prozesse können beispielsweise durch Erfahrungsaustausch, Patientenschulungen und Selbsthilfegruppen unterstützt werden, aber: „Dabei sollen und wollen Patienten keine kleinen Ärzte werden. Sie wollen lernen, ihren eigenen Weg unter den neuen Lebensbedingungen zu finden und zu gehen“ (Nagel, 2007, S. 19).

Die Beratung von Patienten dient dazu, dass diese ihr krankheitsbezogenes Verhalten selbst bestimmen und bewusst steuern, an therapeutischen Entscheidungen mitwirken und ihre salutogenetischen Ressourcen sichern können. Dazu soll die Beratung von Patienten auch eine „Interaktionskompetenz“ für den Kontakt mit dem Arzt oder anderen professionellen Akteuren aufbauen, „um eigene Bedürfnisse auf der Basis von Informationen über die Gesundheitsstörung einzubringen“ (Hurrelmann, 2001, S. 43).

Dies können Patientenberater gewährleisten, indem sie (in Anlehnung an Stark & Brandes 2010):

- instrumentelle Hilfen bereitstellen,
- Orientierung und Zugang zu Informationen schaffen,
- Probleme, Bedürfnisse und Wünsche erkennen,
- Entscheidungen, Lösungen und Ziele identifizieren,
- Handlungsspielräume erschließen, und
- zu Selbstorganisation und Selbsthilfe ermuntern.

Für die Gestaltung der unmittelbaren Interaktion mit den Ratsuchenden wird empfohlen:

- sich an den Ressourcen und Kompetenzen der Ratsuchenden zu orientieren,
- den Prozess bewusst zu steuern und Ziele im Auge zu haben,
- Optimismus und Vertrauen aufzubringen,
- eine gleichberechtigte Arbeitsbeziehung zu suchen,
- Verantwortung und Kontrolle abzugeben.

Über die therapeutische Interaktion hinaus geht es auch um die Stärkung der institutionellen Position der Ratsuchenden. Diese umfasst Formen der sozialen Unterstützung und Organisation von Selbsthilfe, aber auch das Wissen um Rechte, Rechtswege und außergerichtliche Konfliktlösung oder die Möglichkeit der politischen Einflussnahme. Dies kann bis zur anwaltlichen Vertretung von Patienten oder Patientengruppen reichen (Engel, Nestmann und Sickendiek, 2012).

3 Die zahnärztliche Patientenberatung – Verständnis, Ziele, Merkmale

Empowerment verbindet individuelle Hilfe mit dem Aufbau sozialer Strukturen und institutioneller Rahmenbedingungen. In diesen Zusammenhang lassen sich die in jüngerer Zeit entstandenen Instrumente der Patientenberatung in der Zahnmedizin einordnen, die über die dyadische Beziehung zwischen Arzt und Patient hinaus Optionen für ratsuchende Patienten bieten. Diese Angebote werden von verschiedenen Institutionen getragen; zu nennen sind vor allem die zahnärztlichen Körperschaften (Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Bundes- und (Landes-)Zahnärztekammern) sowie die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) als Institution der Sozialverbände und Verbraucherzentralen. Beiden kommt ein eigener Stellenwert zu: Während die UPD neben den Beratungsleistungen den Patienteninteressen eine eigene gesellschaftliche und politische Stimme verleiht, ist die Beratung der zahnärztlichen Körperschaften vor allem fachlich ausgerichtet.

Durch die (Landes-)Zahnärztekammern und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wurde in den 1990er-Jahren die Patientenberatung etabliert. Die zahnärztliche Patientenberatung ist eine von Zahnärzten sowie Mitarbeitern der zahnärztlichen Selbstverwaltung ehrenamtlich erbrachte Leistung. Sie unterscheidet sich damit grundsätzlich von professionellen Beratungsdienstleistungen, wie sie etwa Unternehmensberater oder Therapeuten erbringen. Im Gegensatz zu diesen sind zahn-

ärztliche Patientenberater in Bezug auf die Beratungsleistung Laien. Dies ist sinnvoll, damit die Patienten in der beratenden Personen einen Zahnarzt sehen und nicht etwa Beratungsprofis. Unter den zahlreichen Definitionen für Beratung lautet eine auf diese Konstellation passende:

„Beratung ist eine Form der helfenden Interaktion zwischen zwei oder mehreren Beteiligten, bei der Berater ratsuchende Klienten dabei unterstützen, in Bezug auf eine Frage oder ein Problem an Orientierung, Klarheit, Wissen, an Bearbeitungs- und Bewältigungskompetenzen zu gewinnen“ (Nestmann und Sickendiek, 2001, S. 140).

Ziel der Initiierung der Patientenberatung war es, den Patienten eine neutrale, objektive und fachspezifische Beratung anzubieten, um sie zu befähigen, bei der sie betreffenden medizinischen Entscheidung mitzuwirken. Die Bestärkung des Patienten steht also im Vordergrund der Entscheidung zur Implementierung einer deutschlandweiten Patientenberatung: „Ihr Hauptziel ist es, die Eigenverantwortlichkeit und Souveränität der Patienten zu unterstützen“, lautet der Kernsatz (BZÄK/KZBV, 2012, S. 6).

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird als partnerschaftlich verstanden, in dem der Patient die eigenen Rechte stärker wahrnimmt. Eine partizipative Entscheidung bei der Wahl der Therapieform ist demnach das angestrebte Modell bei einer zahnmedizinischen Behandlung. Dies kann allerdings auch zu Verunsicherungen und Störungen in der Arzt-Patienten-Beziehung führen, da der Patient seine subjektiven Erwartungen mit in die Behandlung einbringt oder aufgrund der Vielzahl von Informationen und Therapiemöglichkeiten einen Grad der Verunsicherungen erleben kann, welcher ihn nicht dazu befähigt, eine adäquate Lösung zu wählen (BZÄK/KZBV, 2012).

Patienten verfügen mit den neuen Medien über ein großes Potenzial an Informationen, das sie unterschiedlich nutzen. Einerseits mag es Patienten geben, die aufgrund ihrer eigenen Bildungsbiographie und einer systematischen Erschließung von Informationsquellen Expertenwissen erlangt haben, andererseits werden manche Patienten durch Informationen, die denen ihres Behandlers nicht genau entsprechen, erst recht verunsichert. Eine fachliche und fallbezogene Bewertung von Informationen kann nur der behandelnde Zahnarzt oder die fachlich fundierte Patientenberatung leisten. So kann die Patientenberatung den Patienten mit dem, was ihm zur Entscheidungsfindung fehlt, ausstatten, egal, ob das nun fachliches Wissen, einfaches Zuhören, das Verweisen auf Informationsquellen und Schnittstellen oder das Regulieren von Erwartungshaltungen betrifft (Dick, Wagner und Gerhardt, 2014).

Beratungsziel:

Der Fokus der Patientenberatung liegt der Selbstbeschreibung nach auf der patientenorientierten Zahnmedizin und der Befähigung des Patienten zur partizipativen Entscheidung im Behandlungsprozess. Die Patientenberatung sieht diejenigen Personen als ihre Zielgruppe, welche ratsuchend sind oder im Zuge ihrer zahnärztlichen Behandlung ein Informationsbedürfnis aufweisen. Patientenberatung soll dieses Informationsbedürfnis befriedigen, damit der Patient eine adäquate Entscheidung bezogen auf seine Behandlung treffen kann. Neben der fachlichen Unterstützung bieten die Experten aus der Zahnmedizin in der Patientenberatung auch Unterstützung in Konfliktsituationen, die im Behandlungsprozess mit dem Zahnarzt entstehen können. Die Patientenberatung wird nicht nur als ein Instrument zur Stärkung der Zu-

friedenheit des Patienten gesehen, sondern auch als ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin und den damit verbundenen Behandlungsprozessen (BZÄK/KZBV, 2012).

Grundsätze der Patientenberatung:

Patientenberatung soll nur von fachlich versierten Personen durchgeführt werden, welche ihr fachliches Wissen und ihre Erfahrungen in die Beratung einbinden und diese sozial kompetent auf die vielfältigen Beratungssituationen anwenden. Schulungen sollen die Patientenberater darin unterstützen. Weiterhin gelten die Neutralität, die Verschwiegenheit und die Unabhängigkeit des Beraters als Fundament des Beratungsprozesses. Als weiterer Grundsatz wird die regionale Nähe des Beratungsangebotes genannt, welche den Patienten einen einfachen Zugang zur Patientenberatung und somit eine schnelle und einfache Inanspruchnahme gewähren soll. Die Patientenberatung wird generell kostenlos angeboten. Das umfangreiche Angebot von Informationen für den Patienten in der Beratung und die Weitergabe von regelmäßigen Erhebungen und Informationsmaterialien an die Öffentlichkeit schafft die notwendige Transparenz in der Öffentlichkeit. Darüber hinaus steht das Ethos des Berufsstandes im Vordergrund der Beratungshandlung, welches grundsätzlich mit Weisungsfreiheit und dem Freisein von wirtschaftlichem Interesse verbunden ist. Um jedem Patienten eine individuelle und nachvollziehbare Beratung anbieten zu können, sollen die Informationen in allgemein verständlicher Weise weitergegeben werden (BZÄK/KZBV, 2012).

4 Ziel der Untersuchung, Fragestellung und Methode

Die Analyse der zahnärztlichen Informationsbroschüre (BZÄK/KZBV, 2012) lässt erkennen, dass die Zahnärzteschaft sich mit ihrem Angebot der Patientenberatung an den Zielen eines Empowerment orientiert. Inwieweit sich diese Ziele auch im Selbst- und Aufgabenverständnis der Berater wiederfinden, sollte nun eine empirische Studie zeigen. Dies sollte prüfen, ob das Verständnis der zahnärztlichen Patientenberater angesichts ihrer eigenen Beratungspraxis mit Empowerment korrespondiert, und wenn ja, welche Aspekte des Empowerment angesprochen werden und welche ausgeblendet bleiben. Soweit möglich sollten darüber hinaus Inhalte und Vorgehensweisen in der Patientenberatung reflektiert werden. Um die Beratungserfahrung und die konkrete Situation vor Ort zu aktivieren und an sie anzuknüpfen, sollten die Patientenberater miteinander ins Gespräch gebracht werden, um ihre Erfahrungen auszutauschen und zu bewerten.

Gruppendiskussionen sind ein geeignetes und erprobtes Verfahren, um die Vorgehensweisen der praktischen Beratungsarbeit zu explizieren, kritisch zu hinterfragen und gemeinsam zu bewerten. Die auf diese Weise explizit werdende Beratungspraxis wurde in ihrer immanenten Logik rekonstruiert und mit geeigneten Modellen der Kommunikationspsychologie und Beratungs- und Professionsforschung in Beziehung gesetzt. Somit konnten Grundlagen der Patientenberatung sowohl empirisch-induktiv als auch deduktiv formuliert und einander angenähert werden. Dies sollte sicherstellen, dass die Grundlagen nicht nur wissenschaftlich fundiert, sondern auch vermittelbar und praktikabel sind.

Diese erste Auswertung des empirischen Diskussionsmaterials (Dick, Wagner und Gerhardt, 2014) richtete sich somit auf operative Aspekte der Vorbereitung, Organisation, Durchführung und Evaluation des Beratungsgeschehens. Gruppendiskussionen sind darüber hinaus aber auch geeignet, gemeinsame Orientierungen, Wissensbestände und Theorien der Akteure über den verhandelten Gegenstand herauszuarbeiten (Liebig und Nentwig-Gesemann, 2009; Bohnsack, 2004). Dabei können sowohl die Gemeinsamkeiten als auch die Unterschiede zwischen den Beteiligten, also das gemeinsame Selbstverständnis und die konflikthafte Dilemmata deutlich werden. Da das gewählte Verfahren die nötige inhaltliche Offenheit gewährte und die beteiligten Experten ausreichend Raum erhielten, in der Diskussion aufeinander Bezug zu nehmen ohne durch die Moderation unterbrochen zu werden, konnten sich diese gemeinsamen und divergierenden Orientierungen entfalten. Zudem gewährten die Gruppendiskussionen, dass die Ansichten und Argumente der Experten auf Basis ihrer konkreten Beratungserfahrung formuliert wurden, und dass verschiedene relevante Perspektiven (Patienten, Berufsstand, Gesellschaft, Öffentlichkeit) zur Sprache kamen.

Im Unterschied zu der in der qualitativen Sozialforschung häufig eingesetzten interpretativen Auswertungsstrategie, die vor allem auf das „Wie“ der Artikulation von Gruppenäußerungen achtet, waren hier vor allem die Inhalte der Diskussion von Bedeutung, das „Was“. Im Unterschied zu Gruppendiskussionen, die vor allem in der Marktforschung eingesetzt werden und lediglich eine größere Anzahl von Einzelmeinungen erheben, kam es aber schon darauf an, dass die Äußerungen unter Bezug auf eine gemeinsame Handlungspraxis und einen, wenn auch nicht physisch, so doch thematisch geteilten Erfahrungsraum getätigt wurden.

Dieser geteilte Erfahrungsraum strukturiert sich unseres Erachtens nach vor allem um die konkreten Beratungsfälle (sog. „Fokussierungsmetapher“) herum. Daher stehen diese auch im Mittelpunkt der Diskussionen. Wir gehen weiterhin davon aus, dass wichtige Einschätzungen erst durch die Kommunikation untereinander zu Bewusstsein kommen, die Gruppensituation also die Breite und Tiefe der Äußerungen befördert. Zudem wird es möglich festzustellen, welche Themen kontrovers und welche homogen abgehandelt werden. Das Vorgehen ähnelt den im angelsächsischen Raum verbreiteten Verfahren der Fokusgruppen, die durch einen Leitfaden (vgl. Infobox 1) strukturiert und moderiert werden (Przyborski und Riegler, 2010; Kühn und Koschel, 2011).

Wichtig war hier, dass nicht etwa direkt nach den verschiedenen Bedeutungen des Empowerments gefragt wurde, um zu verhindern, dass den Diskutanten etwas von außen in den Mund gelegt wird, was diese dann opportun kommentieren können. Das Selbstverständnis der zahnärztlichen Patientenberater wird stattdessen indirekt über ihre geteilten Vorstellungen von guter Patientenberatung und über die Diskussion konkreter Fälle erschlossen.

Die beiden Gruppendiskussionen fanden im Juli 2013 in geeigneten Räumlichkeiten eines Tagungshotels in Köln statt. Es nahmen insgesamt 23 Vertreter der Zahnärztekammern bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aus 15 Bundesländern teil, darunter waren 10 Frauen und 13 Männer, die erste Gruppendiskussion hatte 11, die zweite 12 Teilnehmer.

Infobox 1: Leitfaden der Gruppendiskussionen

Begrüßung, Erläuterung Ziel und Vorgehen der Gruppendiskussion

Vorstellungsrunde: *Name, Herkunft und „Warum engagiere ich mich für die Patientenberatung?“*

Kopfstandbrainstorming: *Was kann ich als Patientenberater tun, um dem Patienten jedes Vertrauen zu nehmen/ihn maximal zu verunsichern?*

Möglichst öffnende Sammlung von Ansätzen zur Qualitätssicherung, durch Umdrehung der Fragerichtung werden Denkverbote aufgehoben

Fallsammlung: *Welcher Fall hat sie besonders beschäftigt? Bitte erzählen Sie uns davon in groben Zügen.*

An konkrete Erfahrungen anknüpfen, Spektrum und Potenzial der Patientenberatung sichtbar machen

Akteur:

- *Wie haben Sie reagiert, wie sind Sie mit der Situation umgegangen?*

Gruppe:

- *Was fanden Sie am Vorgehen des Kollegen gut?*
 - *Was hätten Sie anders gemacht?*
 - *Alt. für Funktionäre: Was kann man tun, um dem zu begegnen?*
 - *Für beide: Wie sähe das ideale Beratungsvorgehen aus?*
- Erarbeitung und Diskussion konkreter Vorgehensweisen, Abgrenzung der realistischen Möglichkeiten und Grenzen der Patientenberatung

Fortsetzung mit 2 weiteren Fällen, Ziel ca. 3 bis 5 Fälle

Mögliche Zusatzfragen

- *Wie kann man das Hauptproblem des Patienten herausfinden?*
- *Wie kann man die Unsicherheit des Patienten wahrnehmen/nehmen?*

Zusammenfassung Fallbesprechung

- *Woran können sie erkennen, dass eine Patientenberatung erfolgreich ist?*
- *Was sollte eine gute Patientenberatung sicherstellen?*
- *Was sind die Kernprobleme bei der Beratung?*
- *Was muss mindestens gegeben sein?*

Idealvorstellungen der Patientenberatung formulieren, Zielvorstellung fokussieren (Indikatoren für gute Patientenberatung)

Umdrehen der Kopfstandideen: *Drehen Sie die Vorschläge ins Positive um, was sollte eine Patientenberatung tun, um dem Patienten zu helfen?*

Ideenbewertung: Jede/r verteilt drei Klebepunkte für die *Verhaltensweisen, die unbedingt beachtet werden sollten* (nicht: die besten)

Konsenspunkte ermitteln: *Was sollte Teil unseres Grundverständnisses, unseres Standards sein?*

Abschlussblitzlicht:

- *Was nehme ich aus der Diskussion mit?*
 - *Worauf werde ich Zukunft achten?*
- Fokussierung auf das Wesentliche

Kurze Erläuterung des weiteren Vorgehens und Abschluss

Die Einladung zur Teilnahme erfolgte durch das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) an die jeweiligen Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder, die dann entschieden, wer teilnehmen würde. Vertreten waren schließlich überwiegend Zahnärzte, einige Juristen, einige Verwaltungsbeschäftigte, die aktiv Patientenberatung durchführen sowie verantwortliche Referenten aus den Körperschaften. In diesem Kapitel werden Originalaussagen der Teilnehmer (kursiv gesetzt) dokumentiert, thematisch geordnet und mit Bezug zum Topos Empowerment kommentiert. Die thematische Ordnung erfolgt nach den Kategorien Selbstverständnis, Vorgehensweise, Grenzen und Ergebniskriterien der Patientenberatung.

Die Gruppendiskussionen wurden mit Hilfe eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Nachdem die Diskussionen formal bewertet wurden (Umsetzung des Leitfadens für die Gruppendiskussionen, Sprechanteile, Bezugnahme der Sprecher aufeinander; vgl. Dick, Wagner und Gerhardt, 2014), erfolgte zur Auswertung eine qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2010).

Dieses Vorgehen ist dadurch gekennzeichnet, dass das Datenmaterial, in diesem Fall durch zwei Forscherinnen der Universität Magdeburg, sequenziert und systematisch untersucht wurde, sodass in mehreren Stufen Kategorien abgeleitet werden konnten. Diese Codierung erfolgte induktiv, bevor das Konzept des Empowerments für die Auswertenden erschlossen war. So wurde vermieden, dass die Begriffe aus der Empowerment-Literatur in die Daten gleichsam hineingelegt werden. Insgesamt wurde so sichergestellt, dass die immanenten, aus der Erfahrung der Berater hervorgehenden Bedeutungen sich in den Daten und Kategorien entfalten konnten.

5 Empowerment im Handeln der Patientenberater: Ergebnisse der Gruppendiskussionen

5.1 Zum Selbstverständnis der Patientenberatung

Der folgende Abschnitt zeigt, aus welchen Gründen die Befragten sich für die Patientenberatung engagieren und worin sie deren Aufgaben und Funktion sehen. Es werden auch bereits Vorgehensweisen in der Beratung deutlich.

Zum Einstieg wurden die Teilnehmer gebeten, sich vorzustellen und zu sagen, warum sie sich für die Patientenberatung engagieren. So sollten erste Rückschlüsse auf die Motive der Patientenberater möglich sein. In der Reaktion wurden allerdings hauptsächlich die unterschiedlichen Organisationsstrukturen, Verfahrensweisen und Beratungsthemen vorgestellt, auf die Anforderungen der Öffentlichkeit an mehr Transparenz und Qualität verwiesen oder die Beziehung zu den Verbraucherzentralen und Unabhängigen Patientenberatungen thematisiert. So wird deutlich, dass die gesellschaftlichen und politischen Diskurse einen Einfluss auf das Handeln des Berufsstandes insgesamt haben: *„Man versucht halt, den Anforderungen, die von der Öffentlichkeit allgemein an uns Zahnärzte herangetragen werden, [...] entgegenzukommen“* (GD1/246-249). Dabei wird eine Verpflichtung des Berufsstandes gesehen: *„Ich denke, wir müssen es aus unseren Berufsreihen auch organisieren, weil es natürlich mit unserer Berufspflicht verbunden ist und je eher wir da ausgleichend und beratend was tun können, umso besser“* (GD1/258-264). Dieser Versuch soll von der Öffentlichkeit und ihren institutionellen Akteuren wahrgenommen werden: *„Jeder*

Kundenkontakt ist eine Chance, draußen den Multiplikator im Land zu setzen, der sagt, das ist ein super Berufsstand, die haben das im Griff und die helfen den Leuten“ (GD1/2459-2463). Die Patientenberater sehen sich, „und das ist vielleicht auch der Impetus der Bundesregierung, als Notanker für die Hilfe suchenden Patienten“ (GD2/1088-1090).

Aber auch individuelle Motive werden bei der Entscheidung, als Patientenberater tätig zu sein, wirksam: *„Mir macht das unheimlich viel Spaß. Ich weiß, dass man als Zahnarzt in der Praxis selber nicht so viel Zeit hat, die Patienten ausführlich zu beraten, das tun wir dann in der Patientenberatung und, was soll ich sagen, ich finde das einfach wichtig und gut, dass auch Patienten Ansprechpartner haben, die neutral sind, die eine hohe Sachkompetenz haben, fachlich kompetent sind und nicht irgendwo anders hingehen und dort ihre Probleme ausdiskutieren wollen oder um Rat fragen. Also mach' ich das und ich mach' es immer noch gerne“ (GD1/116-125). Die Patientenberatung wird als Erweiterung der Beratung in der Zahnarztpraxis gesehen, die im Alltag oft nicht ausreichend gewährleistet werden kann.*

Aus der Diskussion konkreter Beratungsfälle heraus wird das Selbstverständnis der Patientenberater präzisiert: *„Der Patient muss sich ernst genommen fühlen. Er muss also wirklich den Eindruck gewinnen, dass er da doch recht objektiv beraten wird, dass einer gut zuhört, sich seine Probleme anhört, sich derer annimmt und versucht, die auf irgendeine Art und Weise zu einem guten Ende zu führen“ (GD1/1700-1704). Objektivität sowie Neutralität und Ergebnisoffenheit sind entscheidend: „keine eigenen Behandlungskonzepte favorisieren, sondern alles gilt, was möglich und vertretbar ist, nie sozusagen den anderen Behandler zwingen oder dem Patienten was einreden“ (GD2/1979-1983). Neben Neutralität, dem Zuhören und offenen Lösungsangeboten geht es auch darum, den Patienten in seiner Situation und Perspektive zu verstehen: „Also, es gibt da sicher Verunsicherung, und das ist ja hin und wieder Stellung und Reaktion darauf, dass man meint, der Patient hat jetzt irgendwie Flausen im Kopf. Man muss ihn in seiner Realität quasi abholen“ (GD2/2081-2084).*

Der Aspekt der Befähigung als Kern des Empowerment wird mehrfach direkt angesprochen: *„Man muss dem Patienten seine Kompetenz als Laie erhöhen, so dass er sich ein bisschen auf Augenhöhe mit seinem Behandler wiederfindet“ (GD2, 1120-1125) und „man muss sie munitionieren, man muss sie unterstützen, man muss sie auffordern, diese Patientenberatung in Anspruch zu nehmen, denn wenn der Patient unsicher ist, dann ist es mir lieber, er kommt zu uns, als er kommt von irgendwo anders her. Da weiß ich nicht, was gesagt wird, bei uns wird gesagt, und die Berater sind so geschult, wenn es irgendwo vertretbar ist, sagen sie dem Patienten, jawohl, so mach's gehst heim, fängst halt an [...]“ (GD2/1305-1314). Die Metapher der Munitionierung bringt bildlich auf den Punkt, was ein anderer Diskussionssteilnehmer so zusammenfasst: „Das ist ein tolles Schlagwort, die Patientenberatung stärkt den Patienten“ (GD2/1969-1970).*

Durch diese Arbeit mit den Patienten wird auch der behandelnde Zahnarzt unterstützt bzw. entlastet: *„[...] dass wir die Patientenberatung als Hilfestellung für den niedergelassenen Zahnarzt auch verstehen, nicht nur als Konfliktbewältigungs- und Clearingstelle, sondern als Möglichkeit, dem Zahnarzt vor Ort ein bisschen Beratungsleistung vielleicht abzunehmen, die er in seiner stressigen Haltung eben nicht hat. Wir sind da in der komfortablen Lage, dass wir da ein bisschen mehr Zeit haben.*

Und da solche Kompetenzfelder auszuspielen, dem Patienten zu sagen, diese beiden Alternativen oder die drei Alternativen gibt es, sprechen Sie Ihren Zahnarzt darauf an“ (GD2/1565-1574). Diese Unterstützung geht noch weiter und betrifft das Arzt-Patienten-Verhältnis in seinem Kern: „Das meinte ich auch vorhin zu dem Vertrauen, das der Patient nicht mehr in seinen Zahnarzt hat, dass das unsere Aufgabe ist da vielleicht auch das Vertrauen wieder herzustellen, dass er seinen eigenen Zahnarzt fragen kann“ (GD2/1276-1279). Die Patientenberatung dient in diesem Verständnis der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung brüchig gewordener Behandlungsbeziehungen. Lange bevor es in einer solchen Beziehung zur Störung oder gar zum Bruch kommt, können aufkommende Zweifel oder Verunsicherungen aufgefangen werden.

Die Perspektive auf den ratsuchenden Patienten wird besonders in schwierigen Fällen deutlich: *„Psychisch auffällige Patientin [...] die Arbeit war auch schon passiert, es war eine gesetzlich versicherte Patientin, Hartz-IV-Empfänger, Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan genehmigt mit 11.000 Euro ohne Gutachter, oben, unten [...] alles vom Feinsten, eine Riesen-Privatrechnung hinten dran. Und die hat sich das machen lassen, hat das natürlich jetzt auch nicht bezahlt, hat Beschwerden. Hätte ich der Kollegin eigentlich fast schon vorher sagen können, dass sie Beschwerden bekommt [...] Also wir haben dann wirklich versucht zu vermitteln und zu machen. Ja, das Problem ist, die will keiner mehr behandeln“ (GD2/497-549). Insgesamt kommen in diesem Fall etwa 30 Beratungsstunden zusammen, „das ist wirklich ein schlimmer Fall“. Dennoch bleibt das Leid der Patientin für die Beurteilung dieses Falles maßgeblich: die Situation sei „total blöd für die Patientin“, ihr sei „auch noch nicht geholfen“, und sie „tut mir auch leid“ (ebd.).*

Es wird in der Diskussion schnell deutlich, dass es viele solcher Patienten gibt (GD2/672-678). Diese Patienten können in der Beziehung zu ihrem Behandler nicht mehr ausreichend versorgt werden, und auch die Vermittlung an einen anderen Behandler würde eher zu einer Verschlimmerung führen als den Fall lösen. Während in der regulären Behandlungsbeziehung das Drohen des Misserfolgs handlungsleitend ist (Jacob 2011), kann in der Patientenberatung die Lösungssuche im Mittelpunkt stehen.

Dabei ist der jeweilige Behandler keineswegs unantastbar, denn: *„manchmal ist das ja auch zerrüttet, das Verhältnis zwischen Arzt und Patient und dann ist es schwierig, den Rat auch zu finden und dem Patient zu sagen, da gehen Sie besser erst noch mal hin“ (GD1/2165-2168). Auch in diesen Fällen ist die Situation des Patienten maßgeblich und steht vor dem Interesse des Behandlers, die Frage ist, „was ist denn für den Patienten erst mal das schlaueste, der will von mir einen Rat. [...] Wir können uns nicht da wegstellen, das geht nicht, also nicht in der Patientenberatung finde ich, auch wenn es in der Vorphase der juristischen Auseinandersetzung ist“ (GD1/2205-2217).*

Nicht alle Probleme können also in der Dyade zwischen Arzt und Patient gelöst werden. In vielen Beratungsfällen geht es auch um Ressourcen, zu denen die Patienten keinen Zugang haben: *„Da sollte ja unser System eigentlich auch diese Lotsenfunktion übernehmen. [...] Wir müssen ihm die Möglichkeiten aufzeigen, wir müssen ihn durchs System lotsen und das Angebot ihm zeigen, damit er sich zurecht findet, weil das ist ganz schwierig. [...] Ich möchte, dass die Patienten sich bei uns wiederfin-*

den, bei uns Beratern, bei uns die Ansprechpartner finden, bei uns gelotst werden [...]“ (GD2/636-659).

Diese Lotsenfunktion kann etwa zu Ärzten anderer Disziplinen führen und interdisziplinäre Behandlungsansätze ermöglichen (Allgemeinmedizin, Orthopädie, Osteopathie, Psychotherapie): *„Wir haben eine Beratung – das ist glaub’ ich einmalig in Deutschland – Seele und Zähne, das machen wir zusammen mit der Psychotherapeutenkammer“* (GD1/398-403). Auch Informationen von anderen Institutionen können zugänglich gemacht werden (z. B. Informationen über Material von Implantaten bei den Herstellern). Im Zweifel kann sie auch zum Wechsel des behandelnden Zahnarztes führen.

Zusammenfassend sind also drei Aspekte für das Selbstverständnis der Patientenberater entscheidend: Im Zentrum steht (1) die Stärkung der Arzt-Patient-Beziehung durch die Stärkung der Position des Patienten – insbesondere in schwierigen und Grenzfällen; diese ist (2) eingebettet in ein komplexes System der Versorgung, das dem Patienten erschlossen wird, und schließlich geht es (3) um die Darstellung der Leistungsfähigkeit in der öffentlichen Diskursarena, aus der heraus letztlich gesundheitspolitische Entscheidungen legitimiert werden. Die einzelnen Aspekte werden in Infobox 2 noch einmal stichwortartig zusammengefasst.

Infobox 2: Aussagen zu Aufgaben und Funktion der Patientenberatung

Gesellschaftliche Funktion:

- Patientenberatung als Aufgabe der Profession
- Repräsentation des Berufsstandes durch ausgleichende und beratende Tätigkeit neben der des Behandlers
- Konfliktbewältigung, Clearingstelle
- Lotsenfunktion
- Objektivität der Beratung

Patientenbeziehung:

- Abholen des Patienten in seiner Realität und Erwartungshaltung
- Unterstützung bei der Wiederherstellung des Vertrauensverhältnisses zwischen Behandler und Patient
- Aufzeigen von Alternativen und Lösungsmöglichkeiten
- Neutrale und objektive Kommunikation zwischen Berater und zu beratendem Patienten
- Entlastung des Behandlers durch Patientenberatung (durch Rat, Hilfe, zeitliche Kapazitäten und fachliche Kompetenzen)

Haltung des Beraters:

- Der Patient soll sich ernst genommen fühlen
- Die Verunsicherung des Patienten soll aufgefangen werden
- Stärkung und Ermutigung des Patienten (Munitionierung)
- Patientensituation ist maßgeblich

5.2 Zur Vorgehensweise der Patientenberatung

Wie soll die Beratung nach Ansicht der Akteure erfolgen? Welche Rolle spielen die Sach- und die Beziehungsebene? Wo liegen die Herausforderungen? Darüber geben insbesondere die Fallbesprechungen und die Ideensammlung in den Gruppendiskussionen Aufschluss, die anschließend zusammengefasst werden.

Wiederholt wird betont, dass die Patientenberatung keinen Zeitdruck verträgt: *„Ihm das Gefühl vermitteln, dass man Zeit für sein Problem hat“* (GD1/1893). Weiterhin geht es darum, dem Patienten *„[...] Mut zuzusprechen, also nicht sagen, das schaffen Sie jetzt sowieso nicht weiter, sondern, dass Sie sagen, wenn Sie die Schritte machen, werden Sie das Problem gelöst bekommen“* (GD1/1951-1954). Emotionale Nähe und Zuwendung sind Teil des Repertoires der Berater: *„[...] emotional auch auf den Patienten zuzugehen und meine Zuwendung ihm zu geben, weil mir das einfach gut gelingt, das kann ich, das weiß ich aus der Praxis und das kann auch mal so weit gehen, dass ich meine Hand dann auf den Arm lege [...] Ich habe damit sehr gute Erfahrungen gemacht“* (GD1/2047-2052). Diese Nähe lässt sich über das Spiegeln der Emotionen des Patienten herstellen: *„‘Ich kann verstehen, dass Sie jetzt verärgert sind‘, wenn sie verärgert sind, dass ich ihn verstehen kann, dass er fühlt, was er fühlt“* (GD1/1991-1992).

Dieses Spiegeln dient nicht nur der Zuwendung, sondern hat auch eine Funktion im Gespräch, sie ermöglicht Verständnis und Verständigung.

Eine gute Gesprächsstruktur ist ebenfalls wichtig, egal ob am Telefon oder im persönlichen Gespräch: *„Dem Patient step by step zu sagen, welche Schritte er für sein Problem braucht, um es zu lösen. Find ich wichtig, dass er weiß, dass er dann richtig weiß, welcher für ihn dann wirklich der nächste Schritt ist, dann den nächsten, sonst vergisst er, bevor er wieder aufgelegt hat. Dass er zumindest mal die ersten wichtigen ein, zwei Schritte weiß, die er gehen muss“* (GD1/1728-1734). Eine solche Gesprächsführung erfordert auch analytische Fähigkeiten: *„Dass man mehr herauskristallisiert, was möchte er und alles andere abspaltet, dass man zum Kernproblem kommt und dass man dann die sachliche Information zu gibt“* (GD1/1942-1944). Eine Ergebnissicherung am Ende dient der Überprüfung der entwickelten Lösung: *„Also, ich frage zum Schluss immer noch mal, habe ich jetzt Ihre Frage richtig beantwortet oder wollten Sie lieber was anderes von mir wissen. Dann müssen wir noch mal einen neuen Termin machen, weil ich die Zeit jetzt ausgeschöpft habe. Das biete ich immer an“* (GD1/1717-1721).

Um die Struktur des Gesprächs und der Problemlösung wirksam zu machen, kann es sein, dass der Berater das Gespräch lenken muss bzw. klare Instruktionen formuliert: *„Und da solche Kompetenzfelder auszuspielen, dem Patienten zu sagen, diese beiden Alternativen oder die drei Alternativen gibt es, sprechen Sie Ihren Zahnarzt darauf an“* (GD2/1571-1574). *„Aber der nächste Schritt kann ja auch mal darin bestehen, dass man dem Patienten irgendwie klarmacht, dass es für ihn schlauer ist, dem Zahnarzt noch mal die Gelegenheit zu geben, die Mängel aufzunehmen und zu beseitigen“* (GD1/2198-2203). Mit der Lenkung des Gesprächs ist der Anspruch verbunden, den Patienten zu einem konkreten Verhalten zu ermuntern.

Weniger direktiv ist die Strategie, den Patienten mit Informationen zu versorgen, ihn zu „munitionieren“ (s. o.): *„Also, da muss man den Patienten auch ein bisschen dazu*

leiten und sagt, du hast zwar viel Rechte [...] (im) Patientenrechtegesetz [...] sind diese Rechte ja doch erweitert worden“ (GD2/1171-1175). Informationen aus verschiedenen Quellen sollten bereit stehen: „Das gehört auch zum professionellen Umgang im positiven Sinne, dass man [...] einfach dann möglichst viel Material da hinstellt, dass die in so einer Situation eben [...] im Ausnahmekatalog mal blättern können. [...] Man kann das nicht, man kann nicht alles wissen auf dieser Erde, auf einen Punkt vereinigen, das ist schon klar, aber in so einer Situation hilft das vielleicht“ (GD1/1027-1038).

Oftmals, und besonders in den schwierigen Fällen reichen Informationen aber nicht aus und das Problem hat einen anderen Kern: *„Wenn er Ihnen gegenüber negativ eingestellt ist, dann ist die Behandlung schlecht, dann wird er, hört er nur das raus, was er für seine Denkrichtung braucht und dann tun wir eigentlich demjenigen keinen Gefallen, wenn wir ihn noch mit viel Informationen versorgen, auch wenn er es noch so gut meint“ (GD2/884-889).*

Hier hilft es weiter, die Perspektive des Patienten besser zu verstehen. Verstehen heißt, die Lebenswelt des Patienten zur Geltung zu bringen, hinzuhören und sich an dieser zu orientieren – unabhängig davon, was fachlich einleuchten mag: *„Patient hat Recht, der der angerufen hat, hat Recht, oder zu mindestens mit dem was er erzählt“ (GD2/2067-2074). Dies scheint für viele Zahnärzte aus der eigenen Praxis heraus eher ungewohnt: „Also, ich denk’, wir müssen in den eigenen Kreisen bewusst machen, dass man vorm Patienten möglichst wenig zu sagen hat. Gerade wenn ich jemanden krieg’ der problembehaftet ist, dann sollte ich irgendwie als Behandler schauen, dass ich viel zuhöre und wenig rede“ (GD2/879-883), bestätigt durch einen anderen Berater: „Das Zuhören ist wichtig, dass derjenige auf jemanden trifft, der ihm zuhört. Im Praxisalltag kann ich das nicht, da kann ich mich nicht neben meinen Patienten setzen und ihm von A bis Z zuhören, da muss ich oft schauen, dass ich den gefühlvoll abwürge [...]“ (GD2/1064-1067).*

Diese patientenzentrierte Gesprächshaltung lässt sich durch Wortwahl, Raumanordnung und Körpersprache unterstützen, etwa durch Spiegeln der Sprache: *„Ja, also erst mal im übertragenen Sinne, dass ich mich seiner Sprache bediene und dass ich nicht meine Sprache nehme, wenn ich merke, dass der Patient das gar nicht versteht. Und das zweite Problem wäre jetzt auch rein räumlich, dass ich ihn nicht groß berede, wenn er gerade auf dem Stuhl sitzt und ich davor stehe [...] da guck ich dann nur rein und dann sag ich, kommen Sie bitte wieder an unseren Tisch zurück und dann besprechen wir das“ (GD1/1919-1928).*

Das Verstehen des Patienten kann in vielen Fällen bereits zu einer Lösung führen: *„Oft sind es Missverständnisse, wenn sich der Patient nicht ausreichend aufgeklärt fühlt oder er das missverstanden hat, dann versuchen wir das zu klären und sind da eigentlich auch erfolgreich“ (GD2/191-195).*

Fassen wir zusammen: Gelingende Kommunikation erfordert Raum, Zeit und geduldiges Zuhören. Diese Eigenschaften sind in der alltäglichen Praxis, in der für die meisten Verrichtungen standardisierte Kommunikation ausreicht, oft nicht gegeben. Die Patientenberatung öffnet einen Raum für die Fortsetzung unvollständiger oder nicht gelungener Arzt-Patienten-Kommunikation. Der lebensweltliche Kontext eines Patienten kann so zur Geltung kommen. Anspruchsvoll ist die Balance zwischen

Folgen und Führen im Gespräch, zwischen Verstehen und Einfluss nehmen, zwischen emotionaler Zuwendung und sachlicher Analyse. Hierfür gibt es keine Standards, sie kann nur situativ hergestellt werden. Fingerspitzengefühl und ein gewisses Repertoire an kommunikativen Fähigkeiten helfen dabei. Infobox 3 stellt genannte Verhaltensweisen im Vorgehen der Patientenberater zusammen.

Infobox 3: Aussagen zu Verhaltensweisen in der Patientenberatung

Empathische Komponente (Beziehungsebene):

- Zeit für den Patienten nehmen
- Zuwendung ermöglicht Verständigung
- Zuhören, die Perspektive des Patienten einnehmen
- Emotionen spiegeln, Nähe herstellen, folgen statt führen
- Dem Patienten Trost und/oder Mut zusprechen

Analytische Komponente (Sachebene):

- Dem Beratungsgespräch eine Struktur geben
- Den Patienten führen (statt folgen)
- Schritt für Schritt vorgehen
- Informationen bereithalten
- Abschlussfragen zur Prüfung und Ergebnissicherung

5.3 Grenzen der Patientenberatung

Um das Potenzial der Patientenberatung zu erkennen ist es notwendig, auch deren Grenzen zu erkennen. Daher haben wir darauf geachtet, wo in den Gruppendiskussionen die Teilnehmer von Erlebnissen berichten, in denen sie ihre Rolle nicht mehr angemessen ausüben können.

Von der Lotsenfunktion der Patientenberatung war bereits die Rede. Diese hat jedoch ihre Grenzen, da die Berater keine konkreten Empfehlungen für Zahnärzte abgeben dürfen: *„[...] wir geben dann die entsprechenden Fachgesellschaften bekannt, wo sie sich dann Patienten hinwenden, sonst lasse ich ihn nämlich genau da stehen, wo er steht. Wenn Sie aber jemanden brauchen, der in Hypnose behandelt, den Zahnarzt, den darf man natürlich nicht persönlich benennen, aber wir sagen, gehen Sie an die Fachgesellschaften für zahnärztliche Hypnose“* (GD1/1083-1094).

Auch die Vermittlung von Kunden oder Geschäften darf in der Patientenberatung keinen Raum gewinnen, was konkrete Hilfe manchmal erschwert: *„[...] jetzt finden Sie mal ein Labor, was Titan herstellt. Jetzt raten Sie mal dem Patienten was man machen soll. Wie finden Sie den? [...] Ich hab's dann auch pragmatisch gelöst, ich hab gesagt, ich sag Ihnen gleich mal die Lieferanten von den Titanwerkstätten, [...], dann fragen Sie in der Firma nach, [...], dann können Sie ihnen sagen. Und auf die Art und Weise hat sie dann auch ein Labor gefunden [...] da fehlen noch so Schnittstellen, auf die man aufbauen kann von unserer Seite aus, wie kann ich herausfinden, welches Labor z. B. irgendwelche Techniken verwendet [...]“* (GD1/1154-1176). Erwünscht wären hier *„Infos, die also auch deutschlandweit Standards sind, wir eini-*

gen uns darauf, die Gesellschaft meinetwegen mal abzufragen, Adressen abzugeben usw., damit wir mehr als das Dental Vademekum⁴ zur Verfügung haben, als Patientenberater, konkret, gestrafft“ (ebd.).

Natürlich sind auch schwierige Patienten eine Herausforderung, nicht immer gelingt es, die Wünsche optimal zu erkennen und zu erfüllen. Dies hat verschiedene Gründe: *„die Diskrepanz zwischen Erwartungshaltung und dem was realistisch herzustellen ist wird es immer geben“ (GD2/1513-1515; vgl. GD2/944-960). „Man sensibilisiert jemanden, der mit Informationen nicht richtig umgehen kann, der in aller Regel seine bestimmte Denkrichtung hat und die können wir eben nicht mehr beeinflussen“ (GD2/912-915). Bei manchen Patienten geht diese Anforderung über das Machbare hinaus: „Manchmal [...] muss man auch vorsichtig sein. Ich hab’ keine Zeit, manchen psychisch angeknacksten Patienten zwei Stunden lang in Ruhe zuzuhören, also das muss auch Grenzen geben, man muss sich da auch abgrenzen können [...] Also, ich bin keine Seelsorge, da muss einem auch klar sein“ (GD2/2088-2091). Man muss davon ausgehen, dass die Fälle, die im gesamten Spektrum am schwierigsten sind, vermehrt in der Patientenberatung landen, und diese Form der Beratung hier an ihre Grenzen gerät.*

Das Verhaltensspektrum, das die Patientenberater in den Diskussionen beschreiben, ist groß. Folglich werden immer wieder auch Grenzen zu anderen Professionen – Seelsorge, Richter – sichtbar und das Kompetenzfeld des Zahnarztes wird verlassen: *„[...] ich finde immer das Heikelste ist immer der heikle Ritt auf der Rasierklinge zwischen einer Rechtsberatung und einer zahnmedizinischen Beratung. Den Ritt da zu bewerkstelligen, ohne in ein Fettnäpfchen hineinzugeraten ist fast unmöglich, man muss da schon klare Grenzen ziehen bis wohin man den Patienten da wirklich noch beraten kann“ (GD1/1516-1522). Die Rolle der Patientenberater grenzt manchmal an die eines Richters: „sachlich und neutral bleiben, [...] und keine eigenen Bewertungen selber abgeben“ (GD1/1964-1966). „Ein Patient [...] hat seine Erlebnisse und berichtet aus seinem Blickwinkel. Ich muss aber irgendwo so eine Art Richter spielen da am Telefon [...]“ (GD2/1050-1052). „Das ist ja eigentlich mein Problem, dass wir nur eine Seite hören. Du sitzt am Telefon und wir kriegen die Patientensicht und die Patientenerlebnisse geschildert und das ist Welten auseinander von dem, was da gelaufen ist“ (GD2/1044-1047).*

Ist ein Konflikt zwischen Behandler und Patient Ursache für das Aufsuchen der Beratung, was nicht immer gleich erkennbar ist, sind Neutralität und Zurückhaltung gefragt. Dennoch kann kein vollständiges Bild der Situation erhoben werden, was ein Handeln in der Rolle des Schlichters oder Richters unmöglich macht.

Zusammenfassend werden Grenzen in der Funktion der Patientenberatung und in der Interaktion mit dem Patienten thematisiert. Wenn die Bedürfnisse der Patienten vor allem und in hohem Maße emotionaler Natur sind, kann dies die Kapazität der Berater übersteigen. Auf der anderen Seite kann in Konfliktfällen die Grenze der Patientenberatung daran deutlich werden, dass der Patient rechtlich verbindliche Auskünfte erhofft. Zwischen diesen beiden Extremen – der bedingungslosen emotionalen Nähe und der nüchternen verbindlichen Rechtsberatung – liegt das Potenzial eines Empowerment, dass die Arzt-Patienten-Beziehung stärkt.

⁴ Handbuch der Dentalprodukte und zahnärztlicher Arbeitsmaterialien (BZÄK/KZBV, 2009)

Infobox 4: Aussagen zu Grenzen der Patientenberatung

Grenzen der Funktion der Patientenberatung:

- Das Erschließen von Ressourcen; die Lotsenfunktion kann in die Vermittlung von Leistungen umschlagen
- Rollendehnung: Seelsorger, Richter

Grenzen in der Interaktion mit dem Patienten:

- Schwierige Konfliktfälle, bei denen man nur eine der beiden Seiten hört und sich kein vollständiges Bild machen kann
- Patienten mit unrealistischen Erwartungen
- Patienten mit hohem Bedarf an emotionaler Zuwendung

5.4 Kriterien für gelungenes Empowerment in der Patientenberatung

Einige Textstellen aus den Diskussionen lassen noch einmal erkennen, woran die Patientenberater merken, dass eine Beratung erfolgreich verlaufen ist.

Das Kriterium der emotionalen Zuwendung und Möglichkeit des Verstehens kann am besten durch den Wechsel in die Perspektive des Patienten überprüft werden: *„dass man da sich bewusst ist, wenn man es schafft, professionell zu spiegeln und dadurch bei den Menschen Empathie-Vermutungen zu erzeugen, ist das super“* (GD1/2022-2025). Kern des Beratungsgesprächs, das ja in aller Regel einmalig bleibt, ist das Aufzeigen konkreter Handlungsmöglichkeiten, die die Patienten weiterbringen, egal ob im telefonischen oder persönlichen Gespräch: *„wir müssen schon soweit den Fall aufarbeiten, mit Hilfe des Patienten, damit wir wissen, wohin geh' ich jetzt“* (GD2/1023-1024); *„dass er weiß, dass er dann richtig weiß, welcher für ihn dann wirklich der nächste Schritt ist, dann den nächsten, sonst vergisst er [...] bevor er wieder aufgelegt hat. Dass er mindestens mal die ersten wichtigen ein, zwei Schritte weiß, die er gehen muss“* (GD1/1728-1734).

Gelingt dieses, wird die Beziehung zwischen Patient und Behandler dadurch gestärkt, dass der Patient selbstbewusster wird: *„Man muss dem Patienten seine Kompetenz als Laie erhöhen, so dass er sich ein bisschen auf Augenhöhe mit seinem Behandler wiederfindet. Damit er sagt, okay, diese Alternativen gab es [...] der Behandler wird dann, wenn er mit diesem Stichwort konfrontiert wird, sicher merken, aha, der Patient ist doch ein bisschen aufgeklärt und zeigt Interesse, [...] und dann ist die Diskrepanz [...] etwas kleiner und der Patient fühlt sich sicherer“* (GD2/1122-1133). Prozess und Ergebnis der Patientenberatung dienen der Stärkung der Position des Patienten in der therapeutischen Entscheidungsfindung, muten ihm dabei auch Verantwortung zu: *„Selber drum kümmern, der Patient soll sich selber drum kümmern, ja, aber wir sollen ihn ertüchtigen und ermächtigen und unterstützen, dass er das kann. Also, die Patientenberatung soll sie einbeziehen in die Entscheidungsfindung, dass er es fühlt, ja, ich war dabei, ich hab' die Entscheidung mit hervorgerufen, entwickelt und ich kümmere mich drum und krieg' das dann auch über die Runden. Partizipative Entscheidungsfindung ist das Schlagwort. Das soll das allerwichtigste in der Beratung sein“* (GD2/1957-1964).

Das Vokabular „ertüchtigen, ermächtigen und unterstützen“ gibt den Anspruch des Empowerment in seinen Schattierungen gut wieder, der Patient wird aktiviert und zu eigener Initiative ermuntert, er wird in seiner Position dem Behandler gegenüber gestärkt – ohne dass diese Situation als ein Wettbewerb verstanden wird –, und ihm stehen äußere Ressourcen zur Verfügung, wenn er diese benötigt.

Infobox 5: Aussagen der Berater darüber, woran sie Empowerment erkennen

Prozess:

- Durch Spiegeln entsteht Empathie
- Der Patient hat aktiv teil an der Fallerörterung und Entscheidungsfindung

Ergebnis:

- Der Patient kann konkret angeben, was sein nächster Schritt ist
- Der Patient wird selbstbewusster gegenüber seinem Behandler (indirekt erkennbar)

6 Zusammenfassende Bewertung und Diskussion

Der Berufsstand der Zahnärzte reagiert auf gesellschaftlich-kulturelle und politische Anforderungen und schafft mit der zahnärztlichen Patientenberatung ein institutionelles Angebot zwischen individueller Behandlung in der Arzt-Patienten-Dyade und der Krisenbearbeitung außerhalb der Profession. Hierbei handelt es sich um ein breites Spektrum an Ausdrucksformen der Arzt-Patienten-Beziehung vom ersten noch leisen Zweifel an einem Therapievorschlag bis zur manifesten Störung der Beziehung (Abb. 1).

Während die ungestörte, alltägliche Beziehung zwischen Arzt und Patient durch wechselseitiges Vertrauen gekennzeichnet ist, das ärztliches Handeln überhaupt erst ermöglicht (Tiefel, 2015), ist deren Krise durch einen fortschreitenden Vertrauensverlust gekennzeichnet. Dieser kann vom ersten Zweifel über die sichtbare Differenz bis zur manifesten Störung führen (Abb. 1). Endgültig gescheitert, weil gebrochen ist die Beziehung dann, wenn deren Klärung durch dritte Instanzen, die außerhalb der Profession stehen, übernommen wird, in der Regel Juristen (Brauer, Dick und Walther, 2008; Reiß et al., 2013).

Fälle, die sich irgendwo in diesem Spektrum bewegen, sind im Gegensatz zum Normalfall nicht mit Routineverfahren bearbeitbar, sondern erfordern spezielle Aufmerksamkeit als Einzelfall. Durch die verschiedenen institutionalisierten Formen der Patientenberatung ermöglicht der Berufsstand das Bearbeiten krisenhafter Arzt-Patienten-Beziehungen mit eigenen Mitteln. Dabei wird die ursprüngliche Dyade zwar erweitert, der Fall bleibt aber beim Patienten und der Zahnärzteschaft. Anspruch der Patientenberatung ist es, die Krise in der Beziehung zu bearbeiten und das Vertrauen auf einer neuen Stufe wieder herzustellen (angedeutet durch den gebogenen Pfeil in Abbildung 1). Gelingt dies, kann die Therapie im Sinne des Patienten fortgesetzt werden.

Jenseits der Stärkung der Patienten kann die Beratung eine Unterstützung für den Behandler bedeuten, wenn sie Limitationen und Beschränkungen im Praxisalltag kompensiert - etwa wenn die Zeit zur Abklärung von Erwartungen und zur Erläute-

rung von Alternativen im Praxisalltag zu knapp ist, oder wenn die Patienten ein ungewöhnlich hohes Informationsbedürfnis haben. Die zahnärztliche Patientenberatung ist eher als äußerstes Mittel innerhalb der Behandlungsbeziehung zu verstehen, denn als Eintritt in eine Arena der Konfliktbearbeitung außerhalb dieser Beziehung (wie es etwa die anwaltliche Beratung wäre).

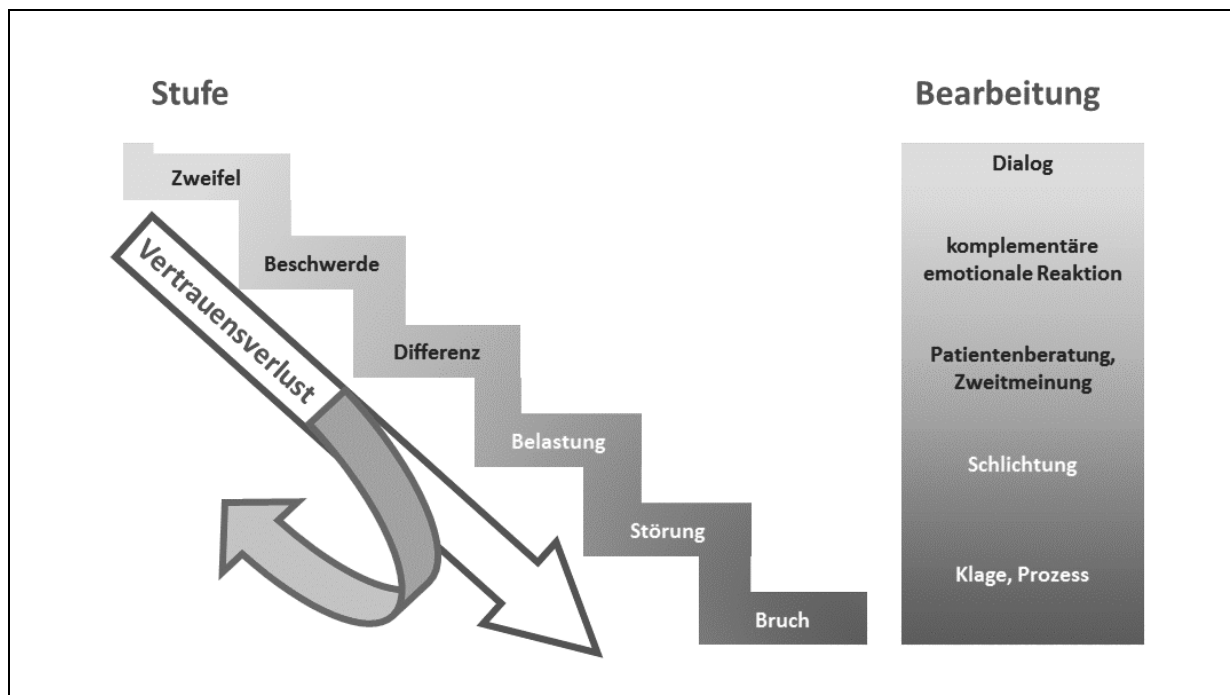


Abbildung 1: Verschiedene Stufen der Krise in der Arzt-Patienten-Beziehung: Während Zweifel und Beschwerden noch in der Praxis bearbeitet werden können, machen Differenzen und Belastungen das Handeln verschiedener Formen der zahnärztlichen Patientenberatung nötig. Schwere Störungen und gebrochene Beziehungen werden an andere Professionen delegiert.

In diesem institutionellen Sinne kommt der Patientenberatung eine wichtige Bedeutung zu, erweitert sie doch die zahnärztliche Kompetenz systematisch auch auf Fälle, die in der dyadischen Beziehung nicht mehr lösbar sind, die aber in jeder Praxis immer wieder vorkommen (Jacob, 2011; Jacob, Dick und Walther, 2008).

Gehäufte Falltypen sind den beiden initiierten Gruppendiskussionen zufolge: Kostenkontrolle und Therapiesicherheit, einfache Verfahrensfragen (vor allem in der telefonischen Beratung), komplexe Problemlagen, psychisch auffällige Patienten oder Vertrauenskrisen zwischen Arzt und Patient. Die wichtigste Ressource, die die Patientenberatung über das übliche Praxisgeschehen hinaus bietet, ist in allen Fällen die Zeit für das Gespräch.

Dies unterscheidet sie auch von anderen, auf Sachinformation ausgerichteten Ressourcen, wie sie beispielsweise über Internetforen oder das Portal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF; <http://www.awmf.org>) verfügbar sind. Letztere bieten etwa frei abrufbare Patientenfassungen ihrer Leitlinien an.

6.1 Der Beitrag der zahnärztlichen Patientenberatung zum Empowerment

Wir haben Patienten-Empowerment in institutioneller Perspektive definiert als Verfügung über

- Formen und Settings der Wissensvermittlung, Evidenzrecherche und Patientenfortbildung
- Beratungsangebote in fachlichen, finanziellen und rechtlichen Fragen
- Soziale Unterstützung durch Netzwerke und Selbsthilfegruppen

Insgesamt zeigen die beiden Gruppendiskussionen, dass die Zahnärzteschaft die Patientenberatung in erster Linie im Sinne der Wissensvermittlung und Aufklärung sowie im Sinne der fallbezogenen Beratung versteht, wobei diese vor allem fachlich, aber auch rechtlich oder unter finanziellen Gesichtspunkten erfolgt. Darüber hinaus übernimmt sie eine Lotsenfunktion und trägt damit zur Vernetzung der Patienten mit den Institutionen des Gesundheitswesens insgesamt bei. Die Vernetzung der zahnärztlichen Patientenberatung mit anderen Beratungsformen, z. B. psychologischen, ist derzeit abgesehen von einzelnen Initiativen noch ein Desiderat.

In der Perspektive der dyadischen Arzt-Patienten-Beziehung hatten wir Patienten-Empowerment in vier Aspekten definiert:

- Berücksichtigen der Lebenswelt der Patienten bei der Diagnosefindung und der Therapieentscheidung
- Ressourcen des Patienten entdecken und vermitteln
- Entwicklungsperspektiven gemeinsam mit Patienten eröffnen
- Partizipation in der Entscheidungsfindung ermöglichen und umsetzen

Die Gruppendiskussionen belegen, dass vor allem die ersten zwei dieser Aspekte von den Patientenberatern explizit und die beiden anderen zumindest indirekt verfolgt werden. Der Anspruch, den Patienten besser zu verstehen, seine Sichtweise ernst zu nehmen und ihm zuzuhören, verschafft der subjektiven Lebenswelt des Patienten mehr Raum und Sprache. Den Patienten aufzubauen, ihn für den Dialog mit seinem Behandler zu stärken erhöht die Möglichkeit und Fähigkeit zur Partizipation im konkreten Fall.

Indirekt werden so auch Entwicklungsperspektiven geöffnet, was dem dritten Aspekt nahekommt. Diese beschränken sich auf das zahnmedizinische, etwa wenn von den Patientenberatern alternative Versorgungsmöglichkeiten eingebracht und gemeinsam abgewogen werden. Darüber hinausgehende psychosoziale Perspektiven übersteigen den fachlichen Horizont der Berater und sollten von entsprechend qualifizierten Instanzen übernommen werden. Ressourcen des Patienten sind zunächst einmal dessen emotionale Stabilität, das Gefühl ernst genommen zu werden, was die Selbstsicherheit in der Behandlungsbeziehung erhöht. Die Lotsenfunktion, die immer wieder angesprochen wurde, erschließt vor allem externe Ressourcen. Gerade hier aber erfährt die Patientenberatung ihre Grenzen, da sie nicht ökonomisch wirksam werden darf, etwa durch konkrete Empfehlungen für Zahnärzte, Labore oder andere Einrichtungen.

Das konkrete Vorgehen in der Patientenberatung ist bislang wenig untersucht. Empfehlungen der die Patientenberatung tragenden Körperschaften liegen inzwischen in Form eines „Didaktischen Leitfadens“ vor (Kettler, Jordan und Micheelis, 2014). Die realisierten Gruppendiskussionen lassen darauf schließen, dass sowohl die Sach- wie auch die Beziehungsebene ernst genommen werden, und dass sich die Berater um eine strukturierte Gesprächsführung bemühen. Insgesamt dominiert den Diskutanten folgend eine patientenzentrierte Gesprächsführung. Aufgrund der immer wieder anders gelagerten Anliegen wäre ein einheitliches oder gar standardisiertes Vorgehen auch nicht sinnvoll.

Hinweise auf die Resultate der zahnärztlichen Patientenberatung liefert beispielsweise eine Befragung von Patientenberatern (N = 110) und Patienten (N = 110) direkt im Anschluss an die Beratungsgespräche, die in Baden-Württemberg durchgeführt wurde (Carow, 2011). Die Berater berichteten, dass 70 % von ihnen den Sachverhalt klären konnten, 75 % dessen Hintergründe, 92 % der Berater und 66 % der Patienten den Fall am Ende des Gesprächs zusammenfassen konnten, in 82 % der Fälle konnte Einverständnis erzielt und in 91 % ein Handlungsweg aufgezeigt werden.

Die Patienten konnten zu annähernd 100 % ihr Problem ausreichend schildern, der Berater hat gut zugehört, sich ausreichend Zeit genommen, er erschien kompetent und objektiv. Die Fragen konnten in 90 % der Fälle geklärt werden, in 76 % wurden Zweifel oder Unsicherheiten genommen. Um die 80 % der Patienten hatten einen Lösungsweg gefunden und eine konkrete Vorstellung, wie es weitergehen soll. Schwierig ist hingegen die Einbindung des Behandlers. Nur etwa jeder Dritte hat diesem vom Aufsuchen der Patientenberatung berichtet; unter diesen sehen allerdings 58 % das Verhältnis zum Behandler anschließend gestärkt. Diese Studie ist ein erstes Indiz für das Potenzial der zahnärztlichen Patientenberatung und deren Akzeptanz bei den Patienten.

Die referierte Untersuchung zeigt, dass die zahnärztliche Patientenberatung die mit dem Patienten-Empowerment verbundenen Ziele umfassend adressiert. Sie deckt Bereiche in der Arzt-Patienten-Beziehung ab, die in der alltäglichen Versorgung nicht oder nicht hinreichend zur Geltung kommen und ergänzt das zahnmedizinische Versorgungsangebot insbesondere im Bereich der komplexen und schwierigen Einzelfälle. Erste Beobachtungen zeigen, dass sie in der kritischen Zone zwischen komplikationsfreien Behandlungen und entgleisten Einzelfällen wirksam ist, Behandlungsbeziehungen stärkt und Lösungswege aufzeigen kann.

6.2 Offene Fragen

Die vorliegenden beiden Gruppendiskussionen haben auch gezeigt, wo Entwicklungsmöglichkeiten und Handlungsbedarfe bestehen. In der Diskussion waren unterschiedliche Beratungsformen vertreten, die Telefonberatung hat ein anderes Leistungsspektrum als die persönliche Beratung, welche wiederum mit oder ohne klinische Untersuchung durchgeführt werden kann. Außerdem waren in die Beratung nicht nur Zahnärzte, sondern Personen mit unterschiedlicher Fachkompetenz eingebunden. Um mehr Transparenz zu schaffen und das Leistungsvermögen der verschiedenen Formen zu unterscheiden, wären die Formate der Patientenberatung zu differenzieren und länderübergreifend vergleichbar auszugestalten. Ein engeres und

abgestimmtes Netzwerk der Anlaufstellen aus unterschiedlichen Fachrichtungen für unterschiedliche Problemlagen wäre für die Patienten wünschenswert.

Aber auch die Zusammenarbeit mit der Unabhängigen Patientenberatung und Überlegungen zur Organisation einer von der fachlichen Patientenberatung unabhängigen Rechtsberatung sind zu erwägen. Beide Instanzen würden erst dann greifen, wenn die fachlichen Optionen ausgeschöpft sind und es keine Wege zur Fortsetzung der Behandlungsbeziehung mehr gibt. Eine Trennung zwischen Fach- und Rechtsberatung ist auch deshalb wichtig, weil die Diskussion rechtlicher Fragen immer einen Vorbehalt auf beiden Seiten der Patientenberatung erzeugt, der letztlich eine Einschränkung der diskutierbaren Therapieoptionen mit sich bringt.

Oft ist die Patientenberatung bei Patienten wie bei Zahnärzten mit einem Vertrauensbruch assoziiert, der die Beziehung in Frage stellt. Solange Zahnärzte ihre Patienten nicht offensiv auf die Möglichkeiten der Patientenberatung hinweisen, wird dies auch so bleiben. Allzu offensiv darauf hinzuweisen könnte aber als Einladung missverstanden werden, Angebote grundsätzlich prüfen zu lassen und die Patientenberatung als kostenlose Dienstleistung zu missbrauchen. Um klare Indikationen für die Empfehlung zur Patientenberatung zu haben, sind mehr Erfahrungen und mehr systematische Forschung zu den konkreten Anlässen und Problemlagen erforderlich.

Schließlich stellt sich die Frage, wie die Zahnärzteschaft die Inhalte und Ergebnisse der Patientenberatung rückkoppelt um als gesamte Berufsgruppe daraus zu lernen. Ein Feedback dieser Art könnte über die als Berater tätigen Berufskollegen hinaus etwa in zahnärztlichen Qualitätszirkeln oder anderen Foren erfolgen und wäre eine neue Form der Praxisforschung und reflexiven Professionsentwicklung (Micheelis, Walther und Szecsenyi, 1998; Walther und Dick, 2007).

Methodisch ist zu bedenken, dass es sich bei der dargestellten Untersuchung um eine qualitative Studie handelt, die nicht im statistischen Sinne verteilungsrepräsentativ für alle Patientenberater in Deutschland sein kann. Sie ist aber strukturepräsentativ im Sinne der Legitimation der Teilnehmer, die aus allen Bundesländern kommen, die verschiedenen Formen der Beratung abdecken, über langjährige Erfahrung in der Beratung verfügen und für das gesamte Projekt Patientenberatung als Multiplikatoren von besonderer Bedeutung sind. Es konnte auf diese Weise ein inhaltlich differenziertes Bild gewonnen werden.

Ob es überhaupt möglich ist, die Inhalte, Methoden und Ergebnisse der zahnärztlichen Patientenberatung so zu standardisieren, dass eine aussagekräftige quantitative Erhebung möglich ist, mag die Zukunft zeigen. Eine einheitliche Evaluation wäre sicher schon jetzt möglich, sollte aber in ihrer Aussagekraft nicht überschätzt werden. Insgesamt ist die qualitative Forschung eher geeignet, formative Evaluation durchzuführen, die auf die Weiterentwicklung des jeweiligen Programms ausgerichtet ist (im Gegensatz zur summativen Evaluation, die Ergebnisse vergleicht; Wottawa und Thierau, 1998).

6.3 Schlussbemerkungen

Bei allem Potenzial hat die zahnärztliche Patientenberatung immer auch etwas Brüchiges und Widersprüchliches. Das Dilemma zwischen autonomem Vertrauensbündnis und rechtlicher Gegnerschaft (Jacob und Dick, 2014) wurde auch in den Gruppendiskussionen deutlich.

Patientenberatung bewegt sich zwischen beiden Polen, ohne die Grenze präzise ziehen zu können. Auch die Faustformel „Akutbehandlung unter der asymmetrischen Vertrauensbedingung (Patient gibt sich hin)“ und „Behandlung chronischer Erkrankungen unter symmetrischer Vertragsbeziehung (Patient als Ko-Behandler)“ hilft nicht weiter, da auch in der Zahnmedizin der Übergang von der chronischen zur akuten Erkrankung häufig schwierig zu ziehen ist (man denke etwa an parodontale Erkrankungen). Auch darf das Empowerment der Patienten nicht so weit gehen, dass diese letztlich selbst verantwortlich gemacht werden für den Erfolg oder Misserfolg von Therapien. Die künftige Entwicklung des Arzt-Patienten-Verhältnisses muss bei den Ansprüchen gerecht werden.

Die Professionalisierung der zahnärztlichen Patientenberatung hat eine wichtige Grenze. Damit die Patientenberatung als Fortsetzung oder Erweiterung der ursprünglichen Behandlungsbeziehung funktionieren und diese schützen und restaurieren kann, muss sie in gewisser Weise Laienberatung bleiben, also von Zahnärzten und Mitarbeitern der Körperschaften ausgeübt werden, die eben nicht als „Beratungsprofis“ wahrgenommen werden. Würde sie von professionell geschulten Beratern ausgeübt, bekäme sie etwas Formales und Verbindliches. Jeder Rat käme aus der formalen Rolle und nicht von der authentischen Person. Das Korsett der formalen Funktion führt auf Seiten des Patienten zu dem Vorbehalt, dass das Gesagte zuerst der vertretenen Institution dient, und erst in zweiter Linie der Person des Patienten. Damit wäre aber gerade die wichtigste Ressource für die Arzt-Patienten-Beziehung außer Kraft: das (vorbehaltlose) Vertrauen.

7 Literaturverzeichnis

Anderson, R. M., Funnell, M. M.: Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns*, 2005, 57, (2), S. 153-157, ISSN : 0738-3991

Aujoulat, I., d'Hoore, W., Deccache, A.: Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*, 2007, 66, (1), S. 13-20, ISSN : 0738-3991

Berger, B.: Empowerment von Patienten- und VerbrauchervertreterInnen durch wissenschaftliche Kompetenz und evidenzbasierte Patienteninformationen. Universität Hamburg, Fakultät für Mathematik, Informatik und Naturwissenschaften: Dissertation, Hamburg 2008, [Zugriffsdatum: 20.07.2014], <<http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2009/3812/>>

Bohnsack, R.: Gruppendiskussion. In: Flick, U., von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 3. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, ISBN 3-499-55628-6, Reinbek bei Hamburg, 2004, S. 369-384

Brandes, S., Stark, W.: Empowerment/Befähigung. [Online], letzte Aktualisierung am 03.11.2010, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. [Zugriffsdatum: 27.04.2014], URL: <<http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=169>>

Brauer, H. U., Dick, M., Walther, W.: Qualitätsanforderungen an zahnärztliche Gerichtsgutachten. ZWR, 2008, 117, (10), S. 514-520, ISSN 0044-166X

BZÄK/KZBV [Bundeszahnärztekammer/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]: Patienten im Mittelpunkt. Die Patientenberatung der Zahnärzteschaft in Deutschland. 1. Aufl., Berlin, September 2012

BZÄK/KZBV [Bundeszahnärztekammer/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (Hrsg.): Das Dental Vademekum. 10. Ausgabe. Geschäftsführung und Redaktion: Institut der Deutschen Zahnärzte, Deutscher Zahnärzte Verlag, ISBN 978-3-7691-3402-5, Köln, 2009

Carow, F.: Das Zweitmeinungsmodell der Landes Zahnärztekammer aus Sicht der Patienten und aus Sicht der Berater. Universität Magdeburg, Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe: Masterarbeit, Karlsruhe/Magdeburg 2011

Charles, C., Gafni, A., Whelan, T.: Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med, 1997, 44, (5), S. 681-692

Cochran, M.: Empowering families: An alternative to the deficit model. In: Hurrelmann, K., Kaufmann, F.-X., Lösel, F. (Hrsg.): Social intervention: Potential and Constraints. Verlag: Mouton de Gruyter, ISBN-10: 089925327X, Hawthorne, 1987, S. 105-120

Cunningham, I., Hyman, J., Baldry, C.: Empowerment: The power to do what? Ind Relat J, 1996, 27, (2), S. 143-154

Dick, M., Wagner, I., Gerhardt, M.: Abschlussbericht zum Projekt Patientenberatung. unveröffentlichtes Manuskript, Universität Magdeburg und Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln, 2014

Emanuel, E. J., Emanuel, L. L.: Four models of the physician-patient relationship. JAMA, 1992, 267, (16), S. 2221-2226

Engel, F., Nestmann, F., Sickendiek, U.: Theoretische Konzepte der Beratung, In: Schaeffer, D., Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Verlag Hans Huber; ISBN-13: 978-3-456-85098-6, Bern, 2012, S. 25-58

Groß, D.: Der mündige Patient – Diktum oder Gebot?. IGZ – Die Alternative, 2013, 19, (3), S. 4-7, [Zugriffsdatum: 26.3.2015], URL: <http://www.i-g-z.de/IGZ_2013-03-Internet.pdf>

Herringer, N.: Empowerment – Brückenschläge zur Gesundheitsförderung. veröffentlicht in: Loseblattwerk "Gesundheit: Strukturen und Arbeitsfelder". Ergänzungslieferung 4, Luchterhand-Verlag, Neuwied, 2002, S. 1-24, [Zugriffsdatum: 28.04.2014], URL: <<http://www.empowerment.de/empowerment.de/files/Materialie-2-Empowerment-Brueckenschlaege-zur-Gesundheitsfoerderung.pdf>>

Hurrelmann, K.: Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken? In: von Reibnitz, C., Schnabel, P.-E., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Juventa, ISBN 3-7799-1193-0, Weinheim-München, 2001, S. 35-47

Jacob, M.: Die reflexive Bearbeitung des Misserfolgs als Beitrag zur Professionsentwicklung. Empirische Rekonstruktion von Misserfolgen im Triadengespräch am Beispiel der zahnmedizinischen Profession. Universität Magdeburg: Dissertation, Magdeburg, 2011

Jacob, M., Dick, M.: Zur Bedeutung des Patientenrechtegesetzes: Die dritte Instanz. Zahnärztl Mitt, 16.5. 2014, 104, (10), S. 98-103, ISSN 0341-8995

Jacob, M., Dick, M., Walther, W.: „Double Bind in Dentistry“ – Frühindikatoren psychogener Zahnersatzunverträglichkeit. Dtsch Zahnärztl Z, 2008, 63, (3), S. 175-180, ISSN 0012-1029

Kettler, N.; Jordan, R.; Micheelis, W.: Grundlagen der zahnärztlichen Patientenberatung - ein didaktischer Leitfaden. Köln: IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte), 2014. [Zugriffsdatum: 25.11.2014], URL: <<http://www.idz-koeln.de/>>, Pfad: Werkstatt <<http://www.idz-koeln.de/werkstatt.htm>>; Grundlagen der zahnärztlichen Patientenberatung. Ein didaktischer Leitfaden. <[http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/\(Werkstatt-D-N\)/A590E735ECEC29DEC1257DE70032A5F7](http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/(Werkstatt-D-N)/A590E735ECEC29DEC1257DE70032A5F7)>

Klemperer, D.: Partizipation der Patienten an medizinischen Entscheidungen. Managed Care, 2003, 7, (7), S. 9-11, ISSN 1422-6618

Kliche, T., Kröger, G.: Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung - Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. Gesundheitswesen, 2008, 70, (12), S. 715-720, ISSN 0941-3790

Klingenberger, D., Kern, O. A., Micheelis, W.: Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz – Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie zum Festzuschuss-System in der Gesetzlichen Krankenversicherung. IDZ-Information, 2006, (2), ISSN 0931-9816

Knuf, A.: Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie. Managed Care, 2003, 7, (7), S. 17-19, ISSN 1422-6618

Kühn, T., Koschel, K.-V.: Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften (Wiesbaden) 2011. ISBN 978-3-531-16921-7

Liebig, B., Nentwig-Gesemann, I.: Gruppendiskussion. In: Kühl, S., Strodtholz, P., Taffertshofer, A. (Hrsg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung: quantitative und qualitative Methoden, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009, S. 102-123. ISBN 978-3-531-15827-3

Loss, J.: Der Empowerment-Ansatz: unscharf, unbequem, unberechenbar – und unentbehrlich. Gesundheitswesen, 2008, 70, (12), S. 713-714

Mathwig, F.: Empowerment und Lebenswelt. Managed Care, 2007, 11, (2), S. 27-29, [Zugriffsdatum: 26.3.2015], URL: <http://fmc.ch/uploads/tx_news/CM_2_2007.pdf>

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., vollständig überarbeitete Aufl., Beltz, ISBN 978-3-407-25533-4, Weinheim, 2010

Micheelis, W., Walther, W., Szecsenyi, J.: Zahnärztliche Qualitätszirkel. Grundlagen und Ergebnisse eines Modellversuches. Materialienreihe Band 18, 2., unveränderte Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, ISBN 3-7691-7846-7, Köln, 1998

Nagel, G.: Die Kraft des Arztes liegt im Patienten (Paracelsus 1493-1541). Managed Care, 2007, 11, (2), S. 17-19, [Zugriffsdatum: 26.3.2015], URL: <http://fmc.ch/uploads/tx_news/CM_2_2007.pdf>

Nestmann, F., Sickendiek, U.: Beratung. In: Otto, H.-U., H. Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 2., völlig überarbeitete Aufl., Luchterhand, ISBN 3-472-03616-8, Neuwied, 2001, S. 140-152

Perkins, D.-D., Zimmerman, M.-A.: Empowerment Theory, Research, and Application. Am J Community Psychol, 1995, 23, (5), S. 569-579 ISSN 0091-0562

Potterfield, T. A.: The Business of Employee Empowerment: Democracy and Ideology in the Workplace. Quorum Books, ISBN 1-56-720-261-6, Westport, Conn., 1999

Przyborski, A., Riegler, J.: Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie, VS Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN 978-3-531-16726-8, Wiesbaden, 2010, S. 436-448

Rappaport, J.: Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. Am J Community Psychol, 1987,15, (2), S. 121-148 ISSN 0091-0562

Rappaport, J., Hess, R. (Eds.): Studies in Empowerment: Steps Toward Understanding and Action. Haworth Press, ISBN 0-86656-283-4, New York, 1984

Reichardt, C., Gastmeier, P.: Patient Empowerment. Wie viel können Patienten zu einer verbesserten Compliance des Personals beitragen? Krankenh.hyg. up2date, 2013, 8, (3), S. 157-164, DOI: 10.1055/s-0033-1344688

Reiß, W., Dick, M., Walther, W., Brauer, H. U.: Wie erleben Zahnärzte eine gerichtliche Auseinandersetzung mit Patienten? Eine qualitative Untersuchung. Gesundheitswesen, 2013, 75, (5), S. 296-300, DOI: 10.1055/s-0033-1334934

Seligman, M: Flourish. Wie Menschen aufblühen. Die positive Psychologie des gelingenden Lebens. Kösel-Verlag, ISBN 978-3466309344, München, 2012

The Lancet: Editorial: Patient empowerment – who empowers whom? The Lancet, 2012 (May, 5), 379, (9827), S. 1677, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60699-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60699-0)

Tiefel, S.: Vertrauen. In: Dick, M., Marotzki, W., Mieg, H. (Hrsg.): Handbuch Professionsentwicklung. UTB, ISBN 978-3-8252-8622-4, Stuttgart, im Druck (2015)

Walther, W., Dick, M. Continuing Professional Development (CPD). Strategie für lebenslanges Lernen. Zahnärztl Mittl, 2007, 97 (16), S. 74-78

Wersich, D.: Der mündige Patient. IGZ – Die Alternative, 2013,19, (3), S. 16-17, [Zugriffsdatum: 26.3.2015], URL: <http://www.i-g-z.de/IGZ_2013-03-Internet.pdf>

Wottawa, H., Thierau, H.: Lehrbuch Evaluation. 2., vollst. überarb. Aufl., Hans Huber, ISBN 3-456-82989-2, Bern, 1998