

R. Vollmuth¹

Zwischen Therapiefreiheit und Gehorsamspflicht: Fachliche Differenzen in einem Unterstellungsverhältnis



R. Vollmuth

Between therapeutic freedom and duty of obedience: Professional differences in hierarchical organisations

Einführung: Der Zahnarzt wird immer wieder mit ethischen Dilemmasituationen konfrontiert, die ihn vor die Herausforderung stellen, rational und nachvollziehbar zwischen verschiedenen, miteinander nicht zu vereinbarenden Handlungsoptionen entscheiden zu müssen. Dies gilt auch für den truppenzahnärztlichen Alltag. Jedoch sind hier noch weitere Besonderheiten zu beachten, die die Entscheidungsfindung zusätzlich erschweren können: beispielsweise die Sonderstellung der Patienten als Soldaten, z.T. diskrepante (standes- und status-)rechtliche Vorgaben für die Behandler, die Einbindung in ein hierarchisch strukturiertes System und dienstliche Erfordernisse.

Methode: Anhand eines (fiktiven, aber realitätsnahen) Falles aus der truppenzahnärztlichen Praxis werden mögliche Konfliktfelder aufgezeigt. Nach der Diskussion rechtlicher Grundlagen und Besonderheiten wird der Fall anhand der sogenannten Prinzipienethik nach *Tom L. Beauchamp* und *James F. Childress* betrachtet und eine Lösung erarbeitet.

Ergebnis/Schlussfolgerung: Mit den Instrumenten der Medizinethik – hier konkret der Anwendung der Prinzipienethik nach *Beauchamp* und *Childress* – ist es möglich, ethische Probleme und Dilemmasituationen zielführend zu analysieren und durch die Abwägung und Gewichtung der einzelnen Argumente zu einer tragfähigen und nachvollziehbaren Entscheidung zu gelangen. Hieraus ist der Anspruch abzuleiten, die Handhabung dieser bewährten und im Alltag gut anwendbaren Bewältigungs- und Entscheidungsstrategien zu vermitteln und einzuüben. Dies gilt auch und besonders für hierarchisch gegliederte Systeme, die trotz der (scheinbar) klaren Vorgaben den einzelnen Zahnarzt/Arzt nicht aus seiner individuellen Verantwortung entlassen.

(Dtsch Zahnärztl Z 2014; 69: 17–24)

Schlüsselworte: Ethik der Zahnmedizin; Prinzipienethik; Patientenautonomie; freier Beruf; Berufsordnung; Bundeswehr; Gehorsamspflicht; Remonstration

Introduction: Again and again, dentists are faced with ethical dilemmas challenging them to decide in a rational and comprehensible manner between various irreconcilable options. This also applies to the daily work of the unit dentist. In this field, however, there are other peculiarities to be considered which may further complicate the decision-making process: for instance the unique position of the patients as military personnel, sometimes discrepant regulations regarding professional and status-related issues to be observed by the attending dentists, their integration in a hierarchically structured system and duty requirements.

Method: A (fictional but realistic) case from the unit dentist's practice was used as an example to identify possible fields of conflict. Following a discussion of legal foundations and peculiarities, the case was subjected to the principles of biomedical ethics of *Tom L. Beauchamp* and *James F. Childress* to derive a solution.

Result/Conclusion: The tools of medical ethics – in particular the application of principlism as described by *Beauchamp* and *Childress* – allow for a target-oriented analysis of ethical problems and dilemma situations and make it possible to reach a sound and comprehensible solution by pondering and weighing the individual arguments. This should serve as a motivation to teach and practice the handling of these coping and decision-making strategies which have proven their worth and are well applicable in everyday life. This is even and particularly true for hierarchically structured systems which do not release the dentist/physician from his or her individual responsibility despite (apparently) clear regulations.

Keywords: dental ethics, principlism, patient autonomy, liberal profession, professional regulations, Bundeswehr, duty of obedience, remonstrance

¹ Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr, Abteilung Forschung, Zeppelinstraße 127/128, 14471 Potsdam

Peer-reviewed article: eingereicht: 29.04.2013, Fassung akzeptiert: 07.06.2013

DOI 10.3238/dzz.2014.0017-0024

Einleitung

In der Sitzung des Arbeitskreises Ethik in der DGZMK im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages 2012 wurde ein Fall mit ethischem Konfliktpotenzial aus dem truppenzahnärztlichen Alltag zur Diskussion gestellt, der zwar fiktiv ist, sich jedoch in gleicher oder ähnlicher Form jederzeit in einer zahnärztlichen Behandlungseinrichtung der Bundeswehr ereignen könnte. Es erfolgte eine interaktive klinisch-ethische Falldiskussion unter Anwendung der Prinzipienethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress [2], anhand derer zum einen die Methodik der Lösung von ethischen Dilemmasituationen geübt, zum andern sachliche Informationen zum dargelegten Fall vermittelt werden sollten.

Der Fall

Die mit 3 Sanitätsoffizieren besetzte Zahnarztgruppe der Bundeswehr in einem größeren norddeutschen Standort wird seit fast eineinhalb Jahrzehnten von dem 51-jährigen Oberfeldarzt Dr. K. A. geleitet. Neben ihm sind 2 Zahnärztinnen, eine Oberstabsärztin im sechsten Berufsjahr und die im zweiten Berufsjahr befindliche Stabsärztin B. E., für die Versorgung der Soldaten am Standort zuständig. Zwischen allen dreien herrscht ein gutes, kollegiales Klima und in schwierigen oder zweifelhaften Fällen finden gegenseitige Konsilien statt.

In der Schmerzprechstunde stellt sich Hauptfeldwebel J. M. vor, der seit mehreren Jahren Patient von K. A. ist und dessen Abflugtermin in einen viermonatigen Auslandseinsatz bereits in 2 Wochen vorgesehen ist.

Er hat Beschwerden an dem vor 2 Jahren lege artis wurzelkanalbehandelten Zahn 16. Da Oberfeldarzt K. A. gerade in einer längeren prothetischen Behandlungssitzung gebunden ist, übernimmt B. E. die Untersuchung und Behandlung des Patienten. Der Zahn ist stark klopfempfindlich und es zeigt sich eine leichte Schwellung; im Röntgenbild ist eine deutliche apikale Aufhellung an der mesialen Wurzel erkennbar.

Frau Stabsarzt B. E. erläutert dem Patienten die naheliegende Option einer Wurzelspitzenresektion zur Erhaltung des Zahnes, klärt jedoch auch lege artis

über die Risiken auf, insbesondere die des Zahnverlustes sowie der Eröffnung und Entzündung der Kieferhöhle. Sie eröffnet auch die Möglichkeit der sofortigen Extraktion, rät dem Patienten hiervon aber im Sinne des Zahnerhalts ab. J. M. wünscht auf der Grundlage der Aufklärung den Zahnerhalt und entscheidet sich für die WSR.

Als Stabsarzt B. E. dies kurz mit ihrem Chef, dem eigentlichen Behandler von Hauptfeldwebel J. M., bespricht, ist dieser jedoch anderer Ansicht: Aufgrund des bevorstehenden Auslandseinsatzes von J. M. fordert er B. E. auf, den Zahn zu extrahieren, um so eventuellen Komplikationen auf dem Flug und im Einsatz vorzubeugen.

B. E. ist verunsichert – sie hält den Zahn auf jeden Fall für erhaltungswürdig und ist nicht gewillt, ihn vorsorglich zu „opfern“. Sie erinnert sich, von einer Remonstrationspflicht gelesen zu haben, die im Beamtenrecht verankert ist und besagt, dass Beamte dienstliche Weisungen auf ihre Rechtmäßigkeit zu prüfen und im Zweifelsfall etwaige Einwände anzumelden haben, ist sich aber nicht sicher, inwieweit dieser Grundsatz im militärischen Bereich Geltung besitzt.

Folgende Fragestellungen wurden mit dem Fallsetting (d.h. der dargestellten Behandlungssituation und den Konstellationen zwischen den beteiligten Zahnärzten und dem Patienten) verbunden, um eine strukturierte Verifizierung, Diskussion und Aufarbeitung der ethischen Dilemmasituationen zu ermöglichen:

Wie soll sich B. E. verhalten? Hat sie die Meinung des vorgesetzten Oberfeldarztes als bindende fachliche Weisung zu verstehen oder ist sie im Rahmen der Therapiefreiheit nicht an die Gehorsamspflicht gebunden?

Ist es unkollegial, sich bei dieser nur kurzfristigen Übernahme der Behandlung in die „Patientenführung“ des Vorgesetzten einzumischen?

Und woran hat sich B. E. primär zu orientieren – dem Willen des Patienten oder der Erfüllung des militärischen Auftrags? [23]

Dementsprechend wurden verschiedene mögliche Vorgehensweisen der Behandlerin Stabsarzt B. E. als Diskussionsgrundlage in den Raum gestellt und per TED ein Stimmungsbild abgefragt:

1. Die Zahnärztin sollte ungeachtet der Bedenken von Dr. K. A. gemäß ihrer fachlichen Einschätzung und der Entscheidung des Patienten ohne weitere Erörterung an der geplanten Wurzelspitzenresektion festhalten.
2. Sie sollte trotz ihrer eindeutigen fachlichen Meinung die Bedenken von Dr. K. A. mit dem Patienten erörtern, um ggf. eine Neubewertung vorzunehmen oder gar die Entscheidung zu revidieren.
3. Sie sollte nochmals das fachliche Gespräch mit Dr. K. A. suchen, um ihn auf einen möglichen Behandlungsfehler hinzuweisen.
4. Sie sollte nach entsprechender Aufklärung des Patienten entgegen ihrer Auffassung die Extraktion des Zahnes favorisieren.
5. Sie sollte den Patienten an Dr. K. A. verweisen und diesem die Behandlung überlassen.
6. Keine der angebotenen Optionen scheint mir geeignet.

Rechtliche Grundlagen

Zunächst ist anzumerken, dass eine ethische Bewertung nicht zwingend und in jedem Fall mit geltenden Rechtsauffassungen oder gar Rechtsnormen und Gesetzen übereinstimmen muss – ein plakatives Beispiel hierfür ist die Diskussion zum Thema Schwangerschaftsabbruch, das trotz einer eindeutigen gesetzlichen Regelung abhängig vom weltanschaulichen Hintergrund ethisch unterschiedlich bewertet wird. Und mit Bezug auf die Musterberufsordnungen, die im Folgenden zur Argumentation herangezogen werden, ist festzustellen, „daß Berufsordnungen zwar einerseits in den Bereich der Ethik hineinreichen, andererseits aber keineswegs mit einem ethischen Pflichtenkatalog gleichzusetzen sind“ [7, 22].

Dennoch ist es sinnvoll, ethische Fragen nicht im „rechtsfreien Raum“ zu diskutieren, da auch die rechtlichen Vorgaben in sehr weiten Teilen ein gesamtgesellschaftlich konsentiertes Wertesystem widerspiegeln. Für den vorliegenden Fall existiert eine Gemengelage von z.T. widersprüchlich erscheinenden rechtlichen Vorgaben, die zu betrachten lohnenswert ist:

Einer Analyse bedarf zunächst die Definition des Zahnarztberufs als „freier

Auszüge aus der Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer**§2 Allgemeine Berufspflichten**

(1) Der Zahnarzt ist zum Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen. Der zahnärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf, der aufgrund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt wird.

§6 Qualität

Im Rahmen seiner Berufsausübung übernimmt der Zahnarzt für die Qualität seiner Leistungen persönlich die Verantwortung. [...]

§16 Gemeinsame zahnärztliche Berufsausübung

(1) Zahnärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Zahnarztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, fachlich unabhängige sowie freiberufliche Berufsausübung gewährleistet ist.

§17 Zahnärzte und andere Berufe

(1) Zahnärzte können sich auch mit selbstständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung berechtigten Angehörigen anderer Heilberufe oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen in den rechtlich zulässigen Gesellschaftsformen zusammenschließen, wenn ihre eigenverantwortliche, fachlich unabhängige sowie freiberufliche Berufsausübung gewährleistet ist. [...]

Abbildung 1 Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer. Stand 19. Mai 2010 [16].

Auszüge aus der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte**§1 Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte**

(1) Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

§2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

(1) Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.

(2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.

(3) [...]

(4) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.

[...]

§18 Berufliche Kooperationen

(1) [...]

(2) Ärztinnen und Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei beruflicher Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jede Ärztin und jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.

§23 Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

(1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärztinnen und Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.

(2) Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis darf eine Ärztin oder ein Arzt eine Vergütung für ihre oder seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung die Ärztin oder den Arzt in der Unabhängigkeit ihrer oder seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.

§30 Ärztliche Unabhängigkeit

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.

Abbildung 2 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel [17].

Beruf“, impliziert doch schon diese sprachliche Einordnung ein Höchstmaß an fachlicher Ungebundenheit und Weisungsfreiheit. In der Musterberufsordnung für Zahnärzte in §2 „Allgemeine Berufspflichten“ ist lapidar festgelegt: „Der zahnärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf, der auf-

grund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt wird“ [16]. Dieser Gedanke wird mehrfach wieder aufgegriffen (siehe Abb. 1); eine nähere Verifizierung findet allerdings nicht statt.

Etwas mehr Orientierung gibt der analoge Rückgriff auf die „Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte“ [17], worin die Weisungsfreiheit und die ärztliche Unabhängigkeit etwas detaillierter und facettenreicher zum Ausdruck kommen (Abb. 2). So werden Ärztin-

Auszug aus der Deklaration des Weltärztebundes zur Unabhängigkeit und beruflichen Freiheit des Arztes

„Ärzte müssen ihre Aufgaben bei der Versorgung der Patienten in voller beruflicher Freiheit ohne Einschränkung erfüllen können. Das fachliche Urteil des Arztes und die Ermessensfreiheit seiner medizinischen und ethischen Entscheidungen bei der Behandlung der Patienten müssen gewahrt und geschützt werden.
Die berufliche Unabhängigkeit der Ärzte muss gesichert sein, damit sie die Interessen ihrer Patienten gegen alle Kräfte vertreten können, die die notwendige Versorgung von Kranken und Verletzten beschränken oder verweigern wollen.“

Abbildung 3 Deklaration des Weltärztebundes zur Unabhängigkeit und beruflichen Freiheit des Arztes [4].**Auszüge aus dem Beamtenrecht****§62 Folgepflicht**

(1) Beamtinnen und Beamte haben ihre Vorgesetzten zu beraten und zu unterstützen. Sie sind verpflichtet, deren dienstliche Anordnungen auszuführen und deren allgemeine Richtlinien zu befolgen. Dies gilt nicht, soweit die Beamtinnen und Beamten nach besonderen gesetzlichen Vorschriften an Weisungen nicht gebunden und nur dem Gesetz unterworfen sind.
(2) [...]

§63 Verantwortung für die Rechtmäßigkeit

(1) Beamtinnen und Beamte tragen für die Rechtmäßigkeit ihrer dienstlichen Handlungen die volle persönliche Verantwortung.
(2) Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit dienstlicher Anordnungen haben Beamtinnen und Beamte unverzüglich bei der oder dem unmittelbaren Vorgesetzten geltend zu machen. Wird die Anordnung aufrechterhalten, haben sie sich, wenn ihre Bedenken gegen deren Rechtmäßigkeit fortbestehen, an die nächsthöhere Vorgesetzte oder den nächsthöheren Vorgesetzten zu wenden. Wird die Anordnung bestätigt, müssen die Beamtinnen und Beamten sie ausführen und sind von der eigenen Verantwortung befreit. Dies gilt nicht, wenn das aufgetragene Verhalten die Würde des Menschen verletzt oder strafbar oder ordnungswidrig ist und die Strafbarkeit oder Ordnungswidrigkeit für die Beamtinnen und Beamten erkennbar ist. Die Bestätigung hat auf Verlangen schriftlich zu erfolgen.
(3) Verlangt eine Vorgesetzte oder ein Vorgesetzter die sofortige Ausführung der Anordnung, weil Gefahr im Verzug ist und die Entscheidung der oder des höheren Vorgesetzten nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann, gilt Absatz 2 Satz 3 bis 5 entsprechend.

Abbildung 4 Bundesbeamtengesetz vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160). Zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 21.7.2012 I 1583; vgl. auch fast wortgleich: Beamtenstatusgesetz (BeamtStG) – Gesetz zur Regelung des Statusrechts der Beamtinnen und Beamten in den Ländern vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010). Geändert durch Art. 15 Abs. 16 G v. 5.2.2009 I 160, § 35 und 36 [1, 3].

nen und Ärzte in §30 „Ärztliche Unabhängigkeit“ dazu verpflichtet, „in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.“ Und in §2 „Allgemeine ärztliche Berufspflichten“ wird nicht nur sehr spezifisch auf die Fokussierung des ärztlichen Handelns auf das Wohl des Patienten und auf entsprechende Unvereinbarkeiten mit anderweitigen Grundsätzen, Anweisungen und Interessen abgehoben. Vielmehr wird – auch im Gegensatz zur zahnärztlichen MBO – einschränkend postuliert, dass Ärztinnen und Ärzte „hinichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“ dürfen. Ein nachgeordneter Arzt oder Zahnarzt kann aber nicht vollkommen weisungsfrei agieren, denn der vorgesetzte Arzt – etwa der Chefarzt einer Krankenhausabteilung – trägt die ärztliche Gesamtverantwortung für seinen Bereich und haftet unter Umständen somit auch für Fehler des (zahn-)ärztlichen Personals,

wie auch die Arbeitsteiligkeit im Klinikalltag eine entsprechende fachliche Koordination voraussetzt. Die Entgegennahme und Befolgung von Weisungen durch Ärzte steht somit der Berufsordnung nicht entgegen, dies aber nur, sofern die nachgeordneten (Zahn-)Ärzte nicht gezwungen werden, gegen ihr Gewissen zu handeln [14, 15, 18, 19].

Die Freiheit des zahnärztlichen oder ärztlichen Berufs „seiner Natur nach“ [16, 17] ist nicht an die wirtschaftliche Selbständigkeit gebunden, sondern vielmehr standesrechtlich fundiert; die „berufsethisch begründete, verantwortliche Freiheit des Entschlusses bildet ein Hauptmerkmal der Arbeit des Arztes“. Höchste Instanz bleibt – standesrechtlich geschützt – das Gewissen des (Zahn-)Arztes, und auch grundsätzlich vorrangige Weisungen oder Belange des Dienstherrn oder Arbeitgebers haben dann zurückzustehen, „wenn ihnen der ernsthafte und wohlwogene ärztliche Entschluss unausweichlich entgegensteht“ [10, 12, 22].

Es ist *Adolf Laufs* ferner Recht zu geben, wenn er zur Therapiefreiheit als Kernelement der Freiberuflichkeit bzw. Berufsfreiheit bemerkt: „Die Therapiefreiheit begründet kein Privileg des Arztes, sondern stellt in ihrem letzten Grund ein fremdnütziges Recht dar. [...] Die Therapiefreiheit steht im Dienste eines gesundheitlichen Zieles, dem Arzt wie Patient gemeinsam nahe zu kommen suchen“ [11, 12]. Diese Auslegung kommt auch in der „Deklaration des Weltärztebundes zur Unabhängigkeit und beruflichen Freiheit des Arztes“ (Abb. 3) zum Ausdruck [4].

In der vorliegenden Konstellation ist Stabsarzt *B. E.* gemäß der „Verordnung über die Regelung des militärischen Vorgesetztenverhältnisses“ [24] dem Oberfeldarzt *K. A.* fachlich unterstellt, der die fachliche und administrative Verantwortung für die von ihm geleitete Zahnarztgruppe trägt und gegenüber den ihm nachgeordneten Sanitäts-offizieren auch weisungsbefugt ist, d.h. ihnen Befehle erteilen kann [23, 24].

Das Remonstrationsrecht bzw. die Remonstrationspflicht, von der *B. E.* ge-

Auszug aus dem Soldatengesetz – §17 Verhalten im und außer Dienst

[...]

(4) Der Soldat hat alles in seinen Kräften Stehende zu tun, um seine Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Er darf seine Gesundheit nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig beeinträchtigen. Der Soldat muss ärztliche Eingriffe in seine körperliche Unversehrtheit gegen seinen Willen nur dann dulden, wenn es sich um Maßnahmen handelt, die der Verhütung oder Bekämpfung übertragbarer Krankheiten oder der Feststellung seiner Dienst- oder Verwendungsfähigkeit dienen; das Grundrecht nach Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes wird insoweit eingeschränkt. Die Vorschrift des §26 Abs. 2 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) bleibt unberührt. Lehnt der Soldat eine zumutbare ärztliche Behandlung ab und wird dadurch seine Dienst- oder Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst, so kann ihm eine sonst zustehende Versorgung insoweit versagt werden. Nicht zumutbar ist eine ärztliche Behandlung, die mit einer erheblichen Gefahr für Leben oder Gesundheit des Soldaten verbunden ist, eine Operation auch dann, wenn sie einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet. Ärztliche Untersuchungsmaßnahmen, die einer ärztlichen Behandlung oder einer Operation im Sinne des Satzes 6 gleichkommen, dürfen nicht ohne Zustimmung des Soldaten vorgenommen werden. Nicht als ärztliche Behandlung oder als Operation im Sinne des Satzes 6 und nicht als Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit gelten einfache ärztliche Maßnahmen, wie Blutentnahmen aus dem Ohrfläppchen, dem Finger oder einer Blutader oder eine röntgenologische Untersuchung.

Abbildung 5 Soldatengesetz (SG) – Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten. Neugefasst durch Bek. v. 30. 5.2005 | 1482. Zuletzt geändert durch Art. 9 G v. 21.7.2012 | 1583 [20].

hört hatte, geht aus dem Beamtenrecht hervor und bedeutet, dass Beamtinnen und Beamte „Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit dienstlicher Anordnungen“ zunächst bei ihren unmittelbaren und nötigenfalls in einem zweiten Schritt bei ihren nächsthöheren Vorgesetzten geltend zu machen haben [1, 3] (vgl. Abb. 4). Die Remonstration dient sowohl der Selbstkontrolle und Schadensabwehr einer Behörde wie sie auch eine „Schutz- und Entlastungsfunktion zugunsten des Beamten“ [21] besitzt, d.h. ihn bei rechtswidrigen Weisungen haftungs- und disziplinarrechtlich befreit [5, 21, 23].

B. E. ist jedoch keine Beamtin, sondern Soldatin und unterliegt trotz ihres beamtenähnlichen Status nicht dem Beamtenrecht, sondern dem Soldatengesetz; das Remonstrationsrecht ist in dieser Form für sie nicht gültig. Soldaten – somit auch Stabsarzt B. E. in ihrer Stellung als Sanitätsoffizier – sind gemäß §11 Soldatengesetz zum Gehorsam verpflichtet; sie dürfen jedoch keinen Befehl befolgen, „wenn dadurch eine Straftat begangen würde“ [20, 23]; zum anderen haben sie (ähnlich der Remonstration) das Recht zur „Gegenvorstellung“, also „das Recht des Soldaten, bei Vorgesetzten oder Dienststellen anzuregen, die getroffene Entscheidung zu korrigieren, weil der Soldat Zweifel an ihrer Rechtmäßigkeit oder Zweckmäßigkeit hat“ [13].

Schließlich muss noch die besondere Rechtsstellung des Patienten in seiner Eigenschaft als Soldat erläutert werden: Gemäß §17 Soldatengesetz unterliegt der Soldat der Pflicht zur Gesunderhaltung, d.h. er „hat alles in seinen Kräften

Stehende zu tun, um seine Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen“ und „darf seine Gesundheit nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig beeinträchtigen.“ Dabei muss er in eng umschriebenem Rahmen nur Maßnahmen dulden, „die der Verhütung oder Bekämpfung übertragbarer Krankheiten oder der Feststellung seiner Dienst- oder Verwendungsfähigkeit dienen“, also etwa Impfungen oder Untersuchungen, wozu auch notwendige Blutentnahmen und Röntgenuntersuchungen gehören. Hingegen sind etwa Operationen, die „einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit“ bedeuten, nicht zumutbar beziehungsweise ohne Zustimmung des Soldaten nicht erlaubt. Die Ablehnung einer zumutbaren Behandlung durch den Soldaten kann allerdings versorgungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen, wenn dadurch „seine Dienst- oder Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst“ wird [20] (Abb. 5).

Diskussion

Eine ethische Dilemmasituation ist dann gegeben, wenn der Arzt oder Zahnarzt eine Entscheidung zwischen 2 konkurrierenden, miteinander nicht vereinbaren Handlungsoptionen zu treffen bzw. den Patienten in einer entsprechenden Situation zu beraten hat. Wesentlich ist dabei, dass die Lösung eines solchen ethischen Konflikts – die schlussendlich getroffene Entscheidung – begründbar und nachvollziehbar ist. Hierfür müssen valide und objektivierbare Kriterien zur Anwendung kom-

men. Während viele der geläufigen Ethik-Konzeptionen (wie etwa die Tugendethik, die Pflichtenethik, der Konsequentialismus oder die Care- bzw. Fürsorge-Ethik) sehr stark theoretisch hinterlegt und aufgrund ihrer Komplexität in der Praxis nur schwer zu handhaben sind, bietet die sogenannte Prinzipienethik von *Tom L. Beauchamp* und *James F. Childress* einen Ansatz von hoher praktischer Relevanz: Die 4 Prinzipien Patientenautonomie, Non-Malefizienz (Nichtschadensgebot), Benefizienz (Wohltunsgebot) und Gerechtigkeit werden bewertet und gegeneinander abgewogen und ermöglichen aufgrund ihrer unbestreitbaren Allgemeingültigkeit eine zwar von der Gewichtung der Argumente abhängige subjektive, aber dennoch nachvollziehbare Gesamtbeurteilung und Entscheidung [2, 6, 8, 23]. Im Rahmen des Zahnärztetages erfolgte diese Diskussion interaktiv mit dem Auditorium.

1) Das erste Prinzip, also der *Respekt vor der Patientenautonomie*, rekuriert (wie auch das Nichtschadens- und das Wohltunsgebot) allein auf den Patienten. Danach haben die beteiligten Zahnärzte den Willen von *J. M.*, der sich nach einer eingehenden Beratung durch Stabsarzt *B. E.* für die Wurzelspitzenresektion und damit für den Zahnerhalt entschieden hat, selbstverständlich zu respektieren. Ergänzt werden sollte allerdings die ursprünglich von *B. E.* durchgeführte Beratung nach den Einwänden des Oberfeldarztes *K. A.* durch eine nochmalige intensive Aufklärung und Erörterung der Risiken im Einsatz und durch das Angebot, gegebenenfalls bei Oberfeldarzt *K. A.* eine Zweitmeinung einzuholen.

Nur durch diese ergänzende Beratung und Aufklärung über Faktoren, die *B. E.* offenbar in ihrer Tragweite nicht richtig einzuschätzen vermochte und infolgedessen kaum akzentuierte, wird der Patient in die Lage versetzt, im Sinne des Informed Consent [9], also auf der Grundlage einer wirklich *umfassenden* Aufklärung zu entscheiden. Hierbei kommt auch die Pflicht zur Gesunderhaltung zum Tragen, d.h., der Patient ist über diesen Aspekt und mögliche Konsequenzen besonders sorgfältig aufzuklären (vgl. dazu auch unten).

2 und 3) Mehrschichtig ist in diesem Fall das *Nichtschadensgebot*, dessen Reflektion den Patienten vor Schaden jeglicher Art bewahren soll und hier eng mit dem *Gebot des Wohltuns* korreliert: Auf der Hand liegt, dass der zahnärztliche Behandlungsauftrag natürlich erfüllt, also *J. M.* angemessen therapiert werden muss. In des resultiert aus den verschiedenen fachlichen Optionen auch eine ethische Dimension (wobei anzumerken ist, dass – und dies wird *prima vista* oftmals wechselt – eine schwierige Behandlungssituation per se noch kein ethisches Dilemma darstellt). Wird aber in der gegebenen Lage eine Wurzelspitzenresektion der Extraktion vorgezogen und damit der Versuch unternommen, den Zahn 16 zu erhalten, so kann daraus in der Einsatzsituation ein massiver Schaden für den Patienten entstehen, etwa wenn es im Einsatzland zu Komplikationen oder Spätfolgen im Sinne einer akuten Entzündung kommt und der Soldat einsatzbedingt (z.B. in einer Patrouille oder anderen Szenarien außerhalb des Feldlagers) keinem Zahnarzt oder Arzt zugeführt werden kann. Durch die frühzeitige Extraktion würde dem Patienten also zweifellos ein vermeidbarer körperlicher Schaden zugefügt, dies aber vor dem konkreten Hintergrund, Komplikationen und Zwischenfällen im Einsatz vorzubeugen und einen noch größeren Schaden von dem Patienten fernzuhalten.

Des Weiteren würden bei Abwägung der Heilungschancen und der Risiken beider operativer Verfahren (Extraktion versus WSR) durch die frühzeitige Extraktion 2 Wochen vor Flugtermin die Einsatzfähigkeit des Soldaten und der Einsatz als solcher weniger gefährdet. Dies berührt auch die Lebensplanung des Patienten, der im Regelfall lange Zeit fachlich und militärisch auf den Einsatz vorbereitet wurde und sich wie auch sein fa-

miliäres Umfeld mental und im Hinblick auf die Lebensplanung auf die Situation eingestellt hat. Eine komplikationsbedingte Verschiebung oder Umpassung des Einsatzes wäre womöglich für den Patienten nachteilig. Zudem würden auch die Interessen von anderen Soldaten, die entweder nicht abgelöst werden könnten oder als Ersatz eingesteuert werden müssten, berührt.

Sowohl das Non-Malefizien- wie auch das Benefizienz-Gebot lassen sich also auf einen gemeinsamen Nenner zurückführen: die bestmögliche Sicherstellung der Gesundheit im Einsatz und ein Höchstmaß an Fürsorge für den Soldaten.

4) Das vierte Prinzip *Gerechtigkeit* verlässt nun die enge Fokussierung auf den Patienten und bezieht sich auch auf andere Personen oder Institutionen und deren Interessen, hier also das Umfeld des Patienten *J. M.*, seine Kameraden und Vorgesetzten, den Dienstherrn sowie Oberfeldarzt *K. A.* und Stabsarzt *B. E.*

Auch hier sind verschiedene Aspekte zu beachten. So ist die Pflicht zur Gesunderhaltung aus gutem Grund gesetzlich verankert, hängt davon doch wesentlich die Erhaltung der Einsatzfähigkeit zur Erfüllung des Auftrags ab. Es gilt, durch die Vermeidung von Komplikationen oder Zwischenfällen im Einsatz eine Gefährdung des Auftrags oder von anderen Soldaten abzuwenden. Schließlich müsste bei einem Ausfall von *J. M.* unmittelbar vor dem oder im Einsatz (eventuell gar mit der Folge einer Repatriierung) ein anderer Soldat als Ersatz unvermittelt eingeplant werden. Es ist also eine Frage der Fairness gegenüber den möglicherweise betroffenen Kameraden, auch diesen Aspekt mit dem Patienten zu besprechen, allerdings ohne Druck auf ihn auszuüben. Der mögliche Einwand, dass die Pflicht zur Gesunderhaltung in die Patientenautonomie eingreifen oder diese beschränken könnte, wiegt nur sehr bedingt, wurde sie doch bei Verpflichtung des Soldaten von diesem als eine Grundlage seines beruflichen Selbstverständnisses und durch die freiwillige Unterwerfung unter das Soldatengesetz als Teil seiner beamtenähnlichen Stellung akzeptiert. Das Alimentationsprinzip beruht auf der Treue gegenüber dem Dienstherrn, die ihren Ausdruck auch darin findet, die eigene Arbeitskraft – oder im Fall des Soldaten die Einsatzfähigkeit – zu erhalten.

Betroffen sind ferner sowohl das kollegiale wie auch das professionelle Verhältnis bzw. Zusammenwirken von Stabsarzt *B. E.* und Oberfeldarzt *K. A.*: Zum einen sind die Interessen von *B. E.* berührt, da *K. A.* nach ihrer Aufklärung des Patienten eine ganz andere fachliche Entscheidung fordert. Sie fühlt sich dadurch bevormundet und in ihrer Therapiefreiheit beschnitten. Und sie fürchtet eine Bloßstellung vor dem Patienten, wenn sie nach einer erneuten Aufklärung durch eine Revision der ursprünglichen – auf der Grundlage ihrer Beratung getroffenen – Entscheidung des Patienten offenbart, dass zuvor manche Aspekte unzureichend berücksichtigt worden waren. Nachdem sie im besten Wissen und Gewissen sowie in kollegialer Pflichterfüllung die Behandlung des Patienten von Oberfeldarzt *K. A.* übernommen hat, erwartet sie zu Recht die kollegiale Achtung und Beachtung ihrer fachlichen Meinung durch *K. A.*. Auf der anderen Seite ist *K. A.* der originäre Behandler von *J. M.* und fordert ebenfalls zu Recht ein, dass seine aus der Kenntnis des Patienten und aus langjähriger Berufserfahrung als Sanitätsoffizier resultierende Meinung zumindest reflektiert und nicht von vornherein verworfen wird. Schließlich schlägt er keine *fehlerhafte* Behandlung vor, der im Rahmen einer Remonstrationspflicht oder der für Soldaten analogen Regelungen widersprochen werden müsste, sondern die von ihm ins Auge gefasste Extraktion ist von dem Gedanken getragen, das Risiko gesundheitlicher Schäden im Einsatz für *J. M.* im Sinne des Nichtschadensprinzips zu minimieren.

Dennoch kann Oberfeldarzt *K. A.* trotz des fachlichen Vorgesetztenverhältnisses die Extraktion nicht anweisen oder befehlen, da Stabsarzt *B. E.* nicht zu Therapien gezwungen werden darf, die sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren kann.

Für beide gilt letztlich das oben dargelegte Postulat von *Laufs*, wonach die Therapiefreiheit „im Dienste eines gesundheitlichen Zieles [steht], dem Arzt wie Patient gemeinsam nahe zu kommen suchen“ [11].

Schlussfolgerungen

Nach Abwägung aller Argumente zu den 4 Prinzipien und unter Einbezie-

hung der rechtlichen Grundlagen wird deutlich, dass sich die Zahnärztin in mehreren Spannungsfeldern bewegt: Zum einen ist die geeignete Maßnahme für die Einhaltung des Nichtschadensgebotes nicht eindeutig festzulegen, da zwar die Erhaltung des Zahnes ein hohes Gut ist, aber gerade im Einsatz eine Exazerbation massive gesundheitliche Folgen nach sich ziehen kann. Dies ist auch abhängig von Tätigkeit und Einsatzort des Soldaten und der Option einer schnellen zahnärztlichen Versorgung.

Ein Scheitern der Behandlung mit den möglichen Folgen eines Ausfalls oder einer Repatriierung beeinträchtigt nicht nur *J. M.*, sondern es werden unter Umständen auch die Interessen des Dienstherrn und anderer Soldaten empfindlich berührt, so dass fachlich primär sicherzustellen ist, dass auch aus diesem Grund das Risiko gesundheitlicher Schäden für *J. M.* minimiert wird.

Insofern ist die Patientenautonomie, die grundsätzlich sehr hoch zu bewerten ist, durch die gesetzlich formulierte und durch die Verpflichtungserklärung des Soldaten auch von diesem akzeptierte Pflicht zur Gesunderhaltung eingeschränkt. Dies gilt besonders dann, wenn ein Patient auf Positionen beharrt, die mit dieser Pflicht kollidieren. Zwar ist auch hier selbstverständlich keine Behandlung gegen den Willen des Patienten möglich, jedoch sind besondere Ansprüche an die Aufklärung – auch hinsichtlich möglicher Konsequenzen – zu stellen. *J. M.* muss also auf jeden Fall nochmals unter Einbeziehung der Argumente von Oberfeldarzt *K. A.* aufgeklärt werden, um im Sinne des Informed Consent tatsächlich alle Aspekte bei seiner Entscheidung mit ins Kalkül ziehen zu können.

Die Frage der Kollegialität bei Übernahme des Patienten oder der Anwendung des Remonstrationsrechts oder

analoger Regelungen ist dann nicht berührt, wenn das Gebot der sachlichen Information über abweichende Behandlungen und Optionen gewahrt bleibt.

Aus diesen Gründen sollte Frau Stabsarzt *B. E.* trotz ihrer eindeutigen fachlichen Meinung die Bedenken von *Dr. K. A.* mit dem Patienten erörtern, um gegebenenfalls eine Neubewertung vorzunehmen oder gar die Entscheidung zu revidieren. DZZ

Interessenkonflikt: Der Autor ist Angehöriger der Bundeswehr.

Korrespondenzadresse

Oberfeldarzt Prof. Dr. Ralf Vollmuth
Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr
Abteilung Forschung
Zeppelinstraße 127/128
14471 Potsdam
Ralf1Vollmuth@bundeswehr.org

Literatur

1. Beamtenstatusgesetz (BeamtStG) – Gesetz zur Regelung des Statusrechts der Beamtinnen und Beamten in den Ländern vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010). Geändert durch Art. 15 Abs. 16 G v. 5.2.2009 I 160. <<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/beamstg/gesamt.pdf>> [17.04.2013]
2. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of biomedical ethics. 6. Aufl., Oxford University Press, New York 2009
3. Bundesbeamtengesetz (BBG) vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160). Zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 21.7.2012 I 1583. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bbg_2009/gesamt.pdf> [17.04.2013]
4. Deklaration des Weltärztebundes zur Unabhängigkeit und beruflichen Freiheit des Arztes. Verabschiedet von der 38. Generalversammlung des Weltärztebundes, Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1986. In: Weltärztebund. Handbuch der Deklarationen, Erklärungen und Entschliessungen. Deutsche Fassung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2008 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/handbuch_wma.pdf>, S. 183f. [17.04.2013]
5. Felix D: Das Remonstrationsrecht und seine Bedeutung für den Rechtsschutz des Beamten. Carl Heymanns Verlag, Köln–Berlin–Bonn–München 1993 (= Verwaltungswissenschaftliche Abhandlungen, N.F. 5) [zugl. Diss. Passau 1992]
6. Groß D: Ethik in der Zahnmedizin. Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten klinischen Fällen. Quintessenz Verlag, Berlin u.a. 2012
7. Groß D, Groß K: Die ‚Musterberufsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen‘ in ethischer Sicht. In: Groß D (Hrsg.): Ethik in der Zahnheilkunde. Köhnhäuser & Neumann, Würzburg 2002 (= Zwischen Theorie und Praxis, 3), 41–69
8. Groß D, Groß K, Schäfer G: Ethik in der Zahnheilkunde – eine Einführung mit Progress-Test. Teil 1: Allgemeine Grundlagen. Dtsch Zahnärztl Z 2011;66: 554–560
9. Groß D, Groß K, Schäfer G: Ethik in der Zahnheilkunde – eine Einführung mit Progress-Test. Teil 2: Der Zahnarzt und sein Patient: Die ethische Perspektive. Dtsch Zahnärztl Z 2011;66:619–625
10. Laufs A: Berufsfreiheit und Persönlichkeitsschutz im Arztrecht. Vorgetragen am 6. Februar 1982. Carl Winter Universitätsverlag, Heidelberg 1982 (= Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Philosophisch-historische Klasse, Jahrgang 1982, Bericht 5)
11. Laufs A: Arzt zwischen Heilberuf, Forschung und Dienstleistung. In: Thomas H (Hrsg.): Ärztliche Freiheit und Berufsethos, Verlag J. H. Röll, Dettelbach 2005, 77–100
12. Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V: Arztrecht. 6., völlig neu bearb. Aufl., C. H. Beck, München 2009 (= NJW Praxis, 29)
13. Lingsen E: Disziplinarvorgesetzter und Beschwerdeführer. Praxis-Handbuch Bescheidrecht. 6., aktualisierte Aufl., Walhalla und Praetoria Verlag, Regensburg 2010
14. Lippert HD: Recht und Ethik in der Medizin. In: Madea B, Brinkmann B (Hrsg.): Handbuch gerichtliche Medizin. Bd. 2. Springer-Verlag, Berlin–Heidelberg–New York 2003, 1319–1456
15. Michalski L: Der Begriff des freien Berufs im Standes- und im Steuerrecht. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989
16. Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer. Stand 19. Mai 2010. <<http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/recht/mbo.pdf>> [17.04.2013]
17. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_2011.pdf> [17.04.2013]
18. Ratzel R, Lippert HD: Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO). 5. Aufl., Springer, Berlin–Heidelberg 2010
19. Reichel HP: Angestellte Chefärzte im Wandel der Krankenhausstrukturen. Jur. Diss. Würzburg 1976
20. Soldatengesetz (SG) – Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten. Neugefasst durch Bek. v. 30.5.2005 I 1482. Zuletzt geändert durch Art. 9 G v. 21.7.2012 I 1583. <<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sg/gesamt.pdf>> [17.04.2013]

21. Steiner H: Machtkontrolle durch Rekonstruktion. Wirkung eines verwaltungsinternen beamtenrechtlichen Instruments. *Der Personalrat* 2012;29: 190–197
22. Taupitz J: Die Standesordnungen der freien Berufe. Geschichtliche Entwicklung, Funktionen, Stellung im Rechtssystem. Walter de Gruyter, Berlin–New York 1991 [zugl. Habil.-Schr. Göttingen 1989]
23. Vollmuth R, Müllerschön A, Müller-Csötönyi F: Therapiefreiheit, Gehorsamspflicht und Patientenwille – ein unauflösbares Problem? Eine klinisch-ethische Falldiskussion. *Wehrmedizinische Monatsschrift* 2013;57: 45–49
24. Vorgesetztenverordnung (VorgV) – Verordnung über die Regelung des militärischen Vorgesetztenverhältnisses. [...] Zuletzt geändert durch Art. 1 Nr. 2 V v. 7.10.1981 I 1129. <<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/svorgesv/gesamt.pdf>> [17.04.2013]

PRAXIS / PRACTICE

Zeitschriftenreferat / Abstract

Hepatitis B-Virusübertragung in Verbindung mit einer mobilen Zahnklinik, West Virginia, 2009

Radcliffe, R.A., Bixler, D., Moorman, A., Hogan, V.A., Greenfield, V.S., Gaviria, D.M., Patel, P.R., Schaefer, M.K., Collins, A.S., Khudayakov, Y.E., Drobeniuc, J., Gooch, B.F., Cleveland, J.L.: Hepatitis B virus transmissions associated with a portable dental clinic, West Virginia, 2009. *J Am Dent Assoc* 2013;144:1110–1118

Es ist seit langem bekannt, dass eine Reihe von Infektionskrankheiten durch zahnärztliche Behandlungen übertragen werden kann [2]. Insbesondere Infektionen durch Viren stellen für das gesamte Personal der Zahnarztpraxis ein gegenüber der Durchschnittsbevölkerung deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko dar. Darüber hinaus besteht bei der zahnärztlichen Behandlung die Möglichkeit, dass Viren von Patient zu Patient oder auch vom Personal auf Patienten übertragen werden [2]. Die Kausalzusammenhänge von zahnärztlicher Behandlung und Infektion können wegen der oft langen Inkubationszeiten (für *Hepatitis B* z.B. 60–120 Tage [1]) nicht immer sicher festgestellt werden. Da außerdem die Infektionsgefahr durch die umfangreichen Hygienemaßnahmen und der Möglichkeiten der Prophylaxe durch aktive Immunisierung (Impfung gegen *Hepatitis B*) drastisch reduziert wurde, ist die Sensibilität der Zahnärzteschaft gegenüber den Risiken einer *Hepatitis B*-Infektion deutlich gesunken. Dass trotzdem ein reales Infektionsrisiko besteht, zeigen die Autoren dieses Beitrags durch die Schilderung folgender Begebenheiten:

Im Sommer 2009 wurde auf Initiative einer Wohltätigkeitsorganisation in einer Schule in *West Virginia, USA*, eine portable Zahnklinik temporär installiert. In dieser Klinik wurden von zahnmedizinischem Fachpersonal, Zahnmedizinstudenten und freiwilligen Helfern über 1100 erwachsene Patienten kostenlos behandelt. Einige Wochen später erzählte ein in dieser Region praktizierender Arzt einem seiner Patienten, der in dieser mobilen Zahnklinik behandelt worden war, dass im Umfeld des Hilfsprojekts Fälle von *Hepatitis-Infektionen* aufgetreten seien. Der Patient wandte sich mit dieser Information an das „Department of Health and Human Resources“ des Staats *West Virginia*. Diese Behörde leitete umfangreiche Untersuchungen ein. Durch Analysen von Behandlungsakten, durch Fragebögen, Laboranalysen und Interviews wurde festgestellt, dass im November desselben Jahres, ca. 4 Monate nach der Hilfsaktion, 3 der Patienten und 2 Freiwillige akut an *Hepatitis B* erkrankt waren. Bei allen 3 Patienten waren in der mobilen Zahnklinik Extraktionen durchgeführt worden. Keiner der Betroffenen war gegen *Hepatitis B* geimpft gewesen. Die Ergebnisse der genetischen Analyse

der Viren wiesen darauf hin, dass alle Erreger einen gemeinsamen Ursprung hatten. Die Autoren rekonstruierten, dass die Übertragung des Virus mit höchster Wahrscheinlichkeit in der mobilen Klinik erfolgt war. Sie weisen auf die Schwierigkeiten hin, kausale Zusammenhänge zwischen den Behandlungen und den viele Wochen später festgestellten Infektionen sicher nachzuweisen. Außerdem gehen sie auf die Risiken der Einbindung von freiwilligen, oft ungenügend geschulten Helfern in humanitäre Hilfsaktionen ein und geben praxisorientierte Anregungen zur Prävention und Infektionsprophylaxe. 

H. Tschernitschek, Hannover

Literatur

1. Baenkler HW et al.: *Innere Medizin*. Hippokrates-Verl. im Thieme-Verlag Stuttgart 1999, S. 1114 ff
2. Miller WD: *Die Mikroorganismen der Mundhöhle*. 2. Aufl. Thieme Verlag Leipzig 1892, S. 416 ff.
3. Setz J, Borneff-Lipp M: *Virusinfektionen in der Zahnarztpraxis – Stellungnahme der DGZMK*. *Dtsch Zahnärztl Z* 2000;55:298–299