

Curriculum

Dominik Groß

copyright by
not for publication
Quintessenz

Ethik und Geschichte der Zahnheilkunde unter Einbezug der Medizin



- Herausbildung der Fachdisziplin
- Entwicklung des Zahnarztberufs
- „Frauenstudium“ und Genderaspekte
- „Auffächerung“ und Spezialisierung
- Zahnärzte im Nationalsozialismus
- Grundlagen der Ethik
- Zahnarzt-Patient-Beziehung
- Vulnerable Patientengruppen
- Ethik und Ökonomie
- Umgang mit Fehlern und Fehlverhalten
- Klinisch-ethische Fallanalysen

Curriculum

copyright by
not for publication

Quintessenz

Ethik und Geschichte der Zahnheilkunde unter Einbezug der Medizin

- Herausbildung der Fachdisziplin
- Entwicklung des Zahnarztberufs
- „Frauenstudium“ und Genderaspekte
- „Auffächerung“ und Spezialisierung
- Zahnärzte im Nationalsozialismus
- Grundlagen der Ethik
- Zahnarzt-Patient-Beziehung
- Vulnerable Patientengruppen
- Ethik und Ökonomie
- Umgang mit Fehlern und Fehlverhalten
- Klinisch-ethische Fallanalysen

Dominik Groß

 QUINTESSENCE PUBLISHING

Berlin | Chicago | Tokio
Barcelona | London | Mailand | Mexiko Stadt | Paris | Prag | Seoul | Warschau
Istanbul | Peking | Sao Paulo | Zagreb



Ein Buch – ein Baum: Für jedes verkaufte Buch pflanzt Quintessenz gemeinsam mit der Organisation „One Tree Planted“ einen Baum, um damit die weltweite Wiederaufforstung zu unterstützen (<https://onetreeplanted.org/>).

copyright by
not for publication

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.ddb.de> abrufbar.

 **QUINTESSENZ PUBLISHING
DEUTSCHLAND**

Postfach 42 04 52; D–12064 Berlin
Ifenpfad 2–4, D–12107 Berlin
© 2023 Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Lektorat: Viola Lewandowski, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin
Layout, Herstellung und Reproduktionen: Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin
Covermotiv: Nina Küchler; unter Verwendung der Darstellung des Zahnwurms, Südfrankreich, 17. Jh., Elfenbeinschnitzerei, © Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt sowie von © akr11_ss | Shutterstock.com

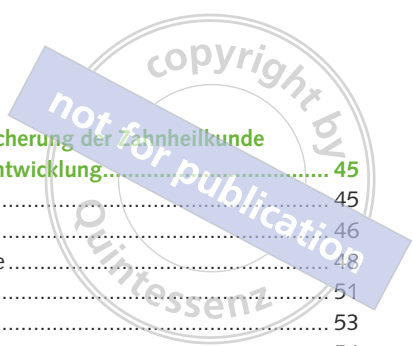
ISBN: 978-3-86867-621-1
Printed in Croatia by GZH

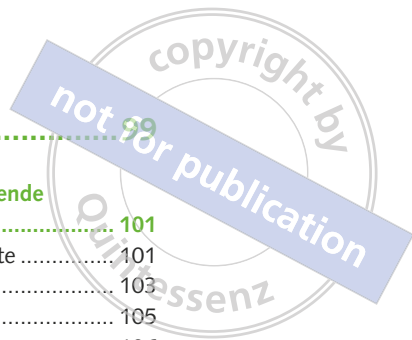
Inhaltsverzeichnis



I	Teilbereich Geschichte.....	1
1	Die Geschichte der Medizin – ein kurzgefasster Abriss	3
1.1	Medizin in der Vor- und Frühgeschichte.....	3
1.2	Antike Medizin (7. Jh. v. Chr. – 4. Jh. n. Chr.).....	4
1.3	Byzantinische und mittelalterliche Medizin (4. Jh. n. Chr. – 14. Jh. n. Chr.)	5
1.4	Medizin der Renaissance (14.–16. Jh.)	7
1.5	Medizin im Zeitalter des Barock (17. und beginnendes 18. Jh.)	9
1.6	Medizin im Zeitalter der Aufklärung (18. Jh.)	10
1.7	Medizin im Zeitalter der Industriellen Revolution (19. Jh.)	11
1.8	Medizin im 20. Jahrhundert	13
	Literatur.....	15
2	Zahntrepanationen, Zahnwürmer, „Zahnreißer“: Wie alles begann	17
2.1	Frühe Zeugnisse und fachliche Theorien.....	17
2.2	Fehlende Standards in Behandlung und Ausbildung	18
2.3	Zahnextraktion im Wandel der Zeit.....	20
2.4	Das Ende der Zahnbrecher und das Medizinalreglement von 1825....	22
	Literatur.....	23
3	Vom Beruf zur Profession: Das Ringen der Zahnärzte um Akademisierung und fachliche Alleinstellung.....	25
3.1	Ein Start mit Minimalanforderungen	25
3.2	Der „Central-Verein“ als Verfechter der Akademisierung	25
3.3	Angehende Zahnärzte als Studierende zweiter Klasse.....	26
3.4	Die Entstehung eines konkurrierenden Dentistenstandes.....	27
3.5	Weitere Anläufe für eine Akademisierung des Zahnarztberufs.....	28
3.6	Vom Zahnkünstler zum Dentisten	30
3.7	Das Recht zur Promotion und Habilitation	31
3.8	Gescheiterte Vermittlungsversuche	31
3.9	Zustrom zum Zahnarztberuf trotz fehlender Monopolstellung.....	32
3.10	Die Eingliederung der Dentisten in den „zahnärztlichen Einheitsstand“	32
3.11	Dentisten auf dem „Aussterbeetat“: Der Blick ins Ausland.....	34
	Literatur.....	35
4	Spät, aber nachhaltig: Der Einfluss der Frauen auf den Zahnarztberuf	37
4.1	Der Ausschluss der Frauen vom Zahnarztberuf.....	37
4.2	Frauen als Laienbehandlerinnen	37
4.3	Qualifikation im Ausland und ermutigende Patienten	38
4.4	Vorläufige Zulassung als Hospitantinnen	39
4.5	Die Zulassung weiblicher Studierender und erste Erfahrungen.....	39
4.6	Beschränkter Tätigkeitsbereich	40
4.7	Trendwende nach der Wiedervereinigung	42
	Literatur.....	43

5	Einheit in der Vielfalt: Die Auffächerung der Zahnheilkunde in Einzeldisziplinen und deren Entwicklung.....	45
5.1	Zahnerhaltung	45
5.2	Prothetik	46
5.3	MKG-Chirurgie und Oralchirurgie	48
5.4	Kieferorthopädie	51
5.5	Endodontologie	53
5.6	Kinderzahnheilkunde	54
5.7	Parodontologie	54
5.8	Implantologie.....	55
5.9	Funktionsdiagnostik und -therapie	56
5.10	Fortschreitende Ausdifferenzierung	56
5.11	Weiterbildungen im Überblick.....	56
	Literatur.....	59
6	Von der Empirie zur Wissenschaft: Die Zahnheilkunde im Spiegel wegweisender medizinischer Erfindungen und Entdeckungen.....	61
6.1	Narkose und Lokalanästhesie	61
6.2	Der Siegeszug der Hygiene: Asepsis und Antisepsis.....	65
6.3	Bakteriologie und Antibiotikatherapie	66
6.4	Röntgenologie und bildgebende Verfahren	67
6.5	Anteil von Zahnmedizinern an den genannten Entwicklungen	68
	Literatur.....	69
7	Blinde Flecken: Die Rolle der Zahnärzte im „Dritten Reich“ und die späte Aufarbeitung	71
7.1	Hintergründe der zögerlichen Aufarbeitung	71
7.2	Das Verhältnis der Zahnärzteschaft zum Nationalsozialismus.....	72
7.3	Selbstgleichschaltung und Zustrom zur NSDAP	73
7.4	Engagement in SS und Waffen-SS.....	76
7.5	KZ-Zahnärzte: Zahngoldraub, „Selektionen“ und (letale) Menschenversuche	77
7.6	Sonstige verbrecherische Praktiken von SS-Zahnärzten	80
7.7	Zwangssterilisationen bei Patienten mit LKG-Spalten	80
7.8	Zwangsarbeit unter der Verantwortung von Zahnärzten und Dentisten	81
7.9	Zahnärzte als Denunzianten und NS-Propagandisten	82
7.10	Nach 1945: Zahnärzte vor Gericht	84
7.11	Entnazifizierungsinstanzen als „Mitläuferfabriken“	85
7.12	Zahnärztliche Ehrungen trotz NS-Vergangenheit.....	86
7.13	Zahnärzte als Verfolgte des NS-Regimes	87
7.14	Zwangsemigration oder Verfolgung	88
	Literatur.....	91
	Zeitleiste: Die Geschichte der Zahnheilkunde und des Zahnarztberufs	96





II	Teilbereich Ethik	
8	Medizinethik und Ethik in der Zahnheilkunde: Einleitende Überlegungen und Definitionen	101
8.1	Moral vs. Ethik, (Standes-)Ethos vs. (berufliche) Etikette	101
8.2	Medizinethik und Ethik in der Zahnheilkunde.....	103
8.3	Ethische Konflikte und Dilemmata.....	105
8.4	Medizinethik vs. Medizinrecht	106
	Literatur.....	107
9	Ethiktheorien und -konzeptionen: Grundlagen medizinethischen Handelns	109
9.1	Ethik-Theorien	109
9.2	Kasuistische Ethik.....	113
9.3	Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress	113
	Literatur.....	119
10	Die Zahnarzt-Patient-Beziehung in ethischer Sicht	121
10.1	Beziehungsmodelle zwischen Zahnarzt und Patient.....	121
10.2	Aufklärungspflichten des Zahnarztes und Rahmenbedingungen des Informed consent	124
10.3	Zwischen Ethik und Recht: Die Reichweite der zahnärztlichen Schweigepflicht	128
10.4	Wertschätzende Kommunikation: Ethisches Gebot und professionelles Erfordernis.....	131
	Literatur.....	139
11	Vulnerable Patienten und ihre spezifischen Bedarfe	141
11.1	Vulnerabilität: Definition, Kennzeichen und betroffene Personengruppen.....	141
11.2	Im Fokus: Patienten mit Migrationshintergrund, Patienten mit Behinderung und Hochbetagte	143
	Literatur	149
12	Ökonomie und Ethik in der Zahnheilkunde	153
12.1	Die Finanzierung zahnärztlicher Leistungen und ihre ethischen Implikationen.....	153
12.2	Heilperson oder Wunscherfüller? Rollenkonflikte des „Leistungserbringers“ Zahnarzt	162
	Literatur.....	168
13	Fehler, Fehlverhalten und Fehlerkultur in Praxis und Forschung ...	171
13.1	Behandlungsfehler und unerwünschte Ereignisse: Fakten, Definitionen und ethische Dimensionen	171
13.2	Wissenschaftliches Fehlverhalten vs. „Gute Wissenschaftliche Praxis“	178
	Literatur.....	183

14	Klinisch-ethische Fallanalysen in der Zahnheilkunde	185
	Fall 1: Ungewöhnlicher Wunsch einer jungen Patientin	186
	Fall 2: First come, first serve? Vorwürfe eines Schmerzpatienten ...	187
	Fall 3: Angebot einer Studie mit lukrativen Begleitkonditionen	189
	Fall 4: Kollegenstreit im Rahmen einer Patientenaufklärung	191
	Fall 5: Reihenextraktion oder Zahnerhalt? Patientenautonomie vs. Paternalismus	194
	Literatur	196
	Anhang I Codex der DGZMK	197
	Anhang II Geschichte und Ethik der Zahnmedizin:	
	Eine Selbstlernkontrolle in 50 Fragen	198
	I. Geschichte	198
	II. Ethik	204
	Auflösung	210
	Anhang III	
	Abkürzungsverzeichnis	211
	Abbildungsverzeichnis	213
	Personenregister	215
	Sachregister	218

2 Zahntrepanationen, Zahnwürmer, „Zahnreißer“: Wie alles begann

copyright by
not for publication
Quintessenz

Wie aber fügt sich nun die Dentalhistorie in die eingangs grob skizzierte Geschichte der Medizin ein? Für welchen Zeitraum finden wir erste genuin „zahnheilkundliche“ Zeugnisse und wie lassen sich diese bewerten?

2.1 Frühe Zeugnisse und fachliche Theorien

Tatsächlich reichen die ersten Hinweise auf Karies (lat. caries = Fäulnis) und Zahnbehandlungen bis in die jüngere Steinzeit zurück^{3,18,23}. Sie fanden sich bei konservierten Leichen, die beispielsweise in Norditalien (Riparo Villabruna, etwa 14.000 v. Chr.) und in Pakistan (Mehrgarh, etwa 7.000 v. Chr.) entdeckt wurden. Eine frühe Zahnfüllung aus Bienenwachs ist für den slowenischen Raum nachweislich; auch sie dürfte etwa 6.500 Jahre alt sein. Die ersten **Zahntrepanationen** (Aufbohrungen) fanden vor mindestens 5.000 Jahren statt, wie Ausgrabungen in der Region des heutigen Dänemark belegen. In allen genannten Fällen handelt es sich jedoch um Einzelfunde, die nicht den Schluss zulassen, dass es in jener frühen Zeit systematische oder gar standardisierte Zahnbehandlungen gegeben hat.

Sehr früh entwickelte sich auch der bis in die Neuzeit weit verbreitete Glaube an den **Zahnwurm** als Verursacher der „Zahnfäule“. Hier herrscht allerdings Unklarheit in Bezug auf die ältesten Zeugnisse: Wahrscheinlich liefert eine Tafel aus der sumerischen Stadt Nippur (um 1.800 v. Chr.) den ersten Beleg für die Beschreibung des Zahnwurms; manche gehen von noch älteren Quellen aus¹⁹. Die „Therapie“ gegen den Zahnwurm war ausgesprochen vielgestaltig – rituelle Beschwörungen kamen im Verlaufe der Jahrhunderte ebenso zum Einsatz wie Räucherungen mit Bilsenkraut, Einlagen aus Tabak, pulverisierte Knochen, Opium oder Myrrhe. Zudem kamen (vermeintlich) schmerzlindernde „Mischungen“ mit kurios anmutenden Inhaltsstoffen zum Einsatz (u. a. Bier, Sesamöl oder Malz) (vgl. Abb. 5).



Abb. 5 Darstellung des Zahnwurms, Südfrankreich, 17. Jh., Elfenbeinschnitzerei. © Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt (Replik)

Des Weiteren wissen wir, dass viele Menschen im Alten Ägypten – wohl u.a. aufgrund von Steinabrieb in der Nahrung, der beim Mahlen von Getreide auftrat – an Zahnabrasionen litten. Auch finden sich in dieser frühen Hochkultur bereits einzelne (Zahn-)Prothesen, die mit Goldbändern befestigt wurden, aber funktional unzureichend waren.

Den antiken Völkern der Etrusker und Phönizier konnten ebenfalls vereinzelt zahntechnisch-prothetische Arbeiten zugeordnet werden; sie lebten im ersten vorchristlichen Jahrtausend im Mittelmeerraum^{3,18,23}.

2.2 Fehlende Standards in Behandlung und Ausbildung

Trotz dieser frühen Hinweise und punktuellen Funde gab es bis zur Moderne weder systematische Zahnbehandlungen noch einen einheitlichen Berufsstand, der eindeutig als Vorläufer der heutigen Zahnärzte anzusprechen wäre. Allerdings gab es Personen, die ihren Lebensunterhalt teilweise oder vornehmlich mit „Zahnbehandlungen“ verdienten. Diese vormodernen Behandler beschränkten sich in der Regel auf das Entfernen bzw. „Reißen“ von Zähnen; sie wurden dementsprechend in unseren Breiten häufig als **Zahnreißer** oder **Zahnbrecher** bezeichnet (vgl. Abb. 6)^{7,11,14,21,24}. Mit der heutigen zahnärztlichen Tätigkeit hatte dieses Zähnebrechen wenig zu tun. Ohnehin machten die Ärzte und die besser ausgebildeten handwerklichen Chirurgen um Zahnbehandlungen einen weiten Bogen. Doch wie erklärt sich das geringe Interesse an der Zahnheilkunde?

Im Wesentlichen waren hierfür drei Gründe maßgeblich: (1) das geringe soziale Ansehen dieser Tätigkeit, (2) begrenzte Therapiemöglichkeiten und (3) eine unattraktiv geringe Honorierung.



Abb. 6 Der Zahnreißer, Kupferstich von Lucas van Leyden, 1523

2.2.1 Geringes Ansehen der Zahnreißer

Zum Ersten besaßen Zahnbehandler bis in das 19. Jahrhundert hinein eine geringe Reputation. Sie befanden sich am Ende der „Heilerhierarchie“. An der Spitze der Gesundheitsberufe standen die Ärzte. Letztere betrachteten sich als Vertreter des Gelehrtenstandes und betrieben im Wesentlichen Innere Medizin. Das „blutige Handwerk“ überließen sie den nichtakademischen Chirurgen (gr. *cheirurgía* = Handarbeit) (→ Kapitel 1). Doch auch innerhalb der Handwerkschirurgen oder Wundärzten bildete sich eine Hierarchie aus: Während sich die „höheren Wundärzte“ in der Regel größeren bzw. komplexeren Operationen mit dem Messer widmeten, beschäftigten sich die „niederen Wundärzte“ – die häufig auch als **Bader** oder **Barbiere**^{5,6} bezeichnet wurden – mit einfachen „Badergeschäften“: Hierzu gehörte neben dem Aderlass, Schröpfen, Blutegelsetzen und Rasieren (spätlat. *barbarius* = Bartscherer) auch das Zähneziehen^{5,6,16}. Schon Guy de Chauliac (etwa 1300–1368), der wohl bedeutendste chirurgische Fachautor des 14. Jahrhunderts, beklagte in seinem wegweisenden Werk „Chirurgia magna“, dass die qualifizierten Heilpersonen die Zahnoperationen üblicherweise den Barbieren und den Zahnbrechern („*barbitonsoribus et dentatoribus*“) überließen – mit verheerenden Folgen für die Patienten, denn nicht selten wurden nur die Zahnkronen abgebrochen, während die entzündeten Wurzeln (teilweise) im Kiefer verblieben. Ebendiese fragwürdigen Praktiken waren wohl auch ein Grund für die Ausprägung des Begriffs „Zahnbrecher“¹¹.

Bei den meisten Zahnbrechern handelte es sich um „fahrende Operateure“ (**Wanderheiler**). Sie waren im Spätmittelalter und der Frühen Neuzeit weit verbreitet^{2,22}. Wanderheiler hatten zumeist keine (regelmäßige) Ausbildung durchlaufen; zu ihnen zählten neben den Zahnbrechern oder -reißern auch die Starstecher und die Bruch- und Steinschneider als Vorgänger der heutigen Augenärzte bzw. Chirurgen. Ihre „Behandlungen“ fanden meist in der Öffentlichkeit – z. B. auf Marktplätzen – statt, aber auch in Gasthöfen oder Privathäusern¹¹; die heutigen (zahn)ärztlichen Praxen setzten sich erst in der Neuzeit durch.

Der erste namentlich überlieferte deutsche Zahnbehandler war in der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts ein gewisser Ottinger; er extrahierte Zähne und empfahl einen Wangenumschlag aus in Essig gesottenem Hanf als Mittel gegen Zahnschmerzen²⁶. Auch von dem deutlich bekannteren Wanderheiler Johann Andreas Eisenbarth (1663–1727) wissen wir, dass er sich u. a. auch als „Zahnreißer“ betätigte²⁷.

Der schlechte Ruf der fahrenden „Zahnbrecher“ hielt also ambitionierte Heilpersonen lange Zeit von Zahnbehandlungen ab. So lässt sich etwa für die Stadt Frankfurt am Main vom Ende des 15. bis zum Anfang des 18. Jahrhunderts kein einziger ortsständiger Zahnbehandler nachweisen^{6,11}. Dazu passt, dass ein preussisches Medizinaledikt die Zahnbehandler noch 1725 ausdrücklich zu den Gewerbetreibenden und fahrenden Heilern zählte²⁵.

Erste staatliche Versuche, die Qualifikation der „Zahnreißer“ zu verbessern, erfolgten im 17. Jahrhundert. So erließ Kurfürst Friedrich Wilhelm von Brandenburg (1620–1688) 1685 ein Medizinaledikt, das die Tätigkeit als Zahnbehandler von einer staatlichen Prüfung abhängig machte. Umsetzung und Kontrolle gestalteten sich allerdings schwierig: Auch nach 1685 blieb letztlich die große Mehrheit der preussischen „Zahnheilkundigen“ ungeprüft^{11,25}.

In Paris war die Zulassung als Zahnbehandler dagegen seit 1699 tatsächlich an einen Eignungstest gebunden – hier finden wir somit frühe Hinweise auf einen „aufkeimenden“ Zahnarztberuf²⁵.

2.2.2 Begrenztes Tätigkeitsspektrum

Zudem war das Arbeitsfeld der Zahnbehandler bis in die Neuzeit hinein sehr begrenzt. Das Zähneziehen blieb die wesentliche Verrichtung. Auch diejenigen Behandler, die über das „Zähnerißen“ hinausgingen, praktizierten noch keine „Zahnheilkunde“ im heutigen Sinne¹⁵. Vielmehr verkauften sie Zahnreinigungsmittel oder „Wundertinkturen“, die Zahnschmerzen beseitigen oder das Ausfallen des Zahnes beschleunigen sollten, oder sie rieten zum Ausbrennen eines schmerzhaften Zahns.

Zahnerhaltende oder funktionelle prothetische Maßnahmen blieben bis ins 19. Jahrhundert hinein Ausnahmen. Ohnehin war das zahnheilkundliche Wissen lange Zeit sehr begrenzt. Dass die Karies unter Beteiligung von Mikroorganismen entsteht und von einer durch Säureeinwirkung „entkalkten“ Zahnoberfläche ausgeht, ist eine neuzeitliche Erkenntnis. Über Jahrhunderte dominierte der Glaube an den Zahnwurm. Letzteren versuchte man mit den erwähnten Wundertinkturen oder mit einem Ausräuchern bzw. Ausbrennen der Kavität zu bekämpfen – natürlich mit mangelhaftem Erfolg und mit teils starken Nebenwirkungen. Auch die technischen und apparativen Möglichkeiten waren in der vormodernen Zeit stark eingeschränkt: Die Lokalanästhesie war ebensowenig „erfunden“ wie die Vollnarkose, die Prinzipien von Desinfektion und Sterilisation oder die Fußtretbohrmaschine – all diese Entwicklungen erfolgten erst im mittleren und späten 19. Jahrhundert (→ Kapitel 6).

So war der Gang zum Zahnbehandler bis zur Moderne zumeist eine **Ultima ratio** – der letzte Ausweg, bei dem schmerzhaft Zähler oftmals „gerissen“ wurden.

2.2.3 Schlechte Honorierung

Im Übrigen wurde das „Zähnebrechen“ – aber auch das Ausbrennen von Zähnen – sehr schlecht entlohnt: noch in den württembergischen Medizinaltaxen der 1820er Jahre war die Extraktion eines Zahnes z. B. lediglich mit 24 Kreuzern veranschlagt. 60 Kreuzer entsprachen einem Gulden, und ein Gulden hatte etwa im Jahr 1850 dieselbe Kaufkraft wie 13,40 Euro im Jahr 2019. Andere „niedere“ chirurgische Tätigkeiten waren etwas besser honoriert: So wurde ein Aderlass mit bis zu einem Gulden veranschlagt. Selbst das Schröpfen – das wie der Aderlass zu den üblichen Tätigkeiten eines Baders gehörte – wurde noch besser bezahlt als die Extraktion, ganz zu schweigen von der Behandlung von Knochenbrüchen, die mit bis zu 12 Gulden entlohnt wurden⁶. Auch diese finanziellen Aspekte hielten selbst manchen „niedereren“ Wundarzt davon ab, sich auf das Gebiet der Zahnbehandlungen zu verlegen.

2.3 Zahnextraktion im Wandel der Zeit

Doch wie muss man sich das Zähnerißen in der Zeit vor der Herausbildung des Zahnarztberufs vorstellen? Auf welche Instrumente griff man zurück und worin sah man Alternativen zur mechanischen Zahnextraktion^{1,12,17,18,20}?

Wie erwähnt, stellte die *vollständige* Entfernung des Zahns einschließlich seiner Wurzeln noch keinen Behandlungsstandard dar. Zwar hatten sich bereits in der Antike erste Autoren für die Extraktion des ganzen Zahnes ausgesprochen, doch

blieben die Wanderheiler vielfach hinter dem Stand dieser schriftlichen Quellen zurück – sei es, dass sie diese nicht kannten bzw. nicht lesen konnten oder sei es, dass sie das Wissen nicht adäquat umzusetzen wussten.

Tatsächlich wird schon in den seit dem 6. vorchristlichen Jahrhundert zusammengetragenen hippokratischen Schriften die Extraktion *lockerer* Zähne zur Beseitigung von Zahnschmerzen beschrieben. Aristoteles (384–322 v. Chr.) erwähnte um 330 bereits eine *eiserne* Zahnzange („odontagra“) zur Extraktion. Unter Ausnutzung der Hebelwirkung sei der Zahn leichter zu bewegen als mit den bloßen Fingern – wobei Letzteres vermuten lässt, dass er von *geloockerten* Zähnen sprach, denn ansonsten wäre eine Extraktion mit den Fingern wohl kaum in Betracht gekommen¹².

Auch im antiken Rom waren eiserne und bronzene Zahnzangen bekannt. Der römische Schriftsteller Aulus Cornelius Celsus (ca. 25 v. Chr. – ca. 50 n. Chr.) beschrieb neben der eigentlichen Zahnzange noch eine Zange zur Entfernung von Wurzelresten, die er „rizagra“ nannte. Galen von Pergamon warnte allerdings vor dem Gebrauch einer Zahnzange, da der Zahn hierbei brechen könne. Er empfahl vielmehr eine *medikamentöse* Lockerung des Zahns mittels Ätzmitteln; anschließend könne der Zahn mit den bloßen Fingern extrahiert werden¹².

Die mittelalterlichen Autoren sprachen sich mehrheitlich für eine medikamentöse Therapie der Zahnschmerzen aus. Doch gab es Ausnahmen: Der eingangs erwähnte arabische Arzt Abulkasis riet in schwierigen Fällen zur Zange – zuvor sollte der Zahn mit einem messerartigen Instrument gelockert werden. Auch betonte er, dass der kranke Zahn *vollständig* zu entfernen sei^{12,15}.

Die oben angesprochene, im 12. Jahrhundert tonangebende Medizinschule von Salerno empfahl Zahnextraktionen nur für den Fall des Scheiterns medikamentöser Behandlungsversuche, welche z. B. in Einreibungen des Zahns mit Hefe, Wolfsmilch oder Froschfett bestanden. In dieser Epoche wird bisweilen auch Arsen zur Bekämpfung von Zahnschmerzen eingesetzt.

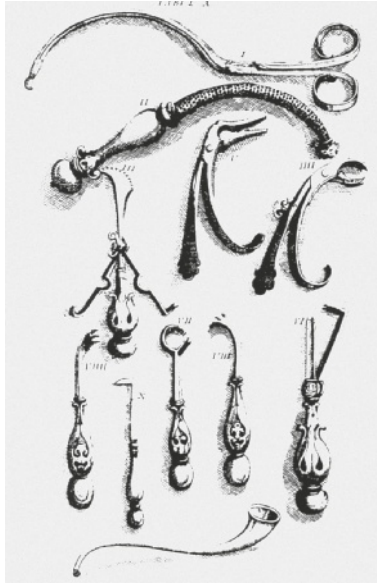
Ins 13. Jahrhundert fällt das älteste bekannte Zeugnis für die Heilige Apollonia (Apollonia von Alexandria, † 249) – die Patronin der Zahnkranken. Apollonia war eine verfolgte christliche Märtyrerin: Man schlug ihr die Zähne aus und drohte, sie lebendig zu verbrennen, falls sie ihren Glauben nicht verleugne. Daraufhin sprang sie der Überlieferung zufolge in einen von ihr selbst aufgeschichteten und entzündeten Scheiterhaufen. Sie wurde zur Personifikation des **Apollonia-Kults**, der bis in die Neuzeit anhielt; zu ihren Attributen wurden Zahn und Zange^{8,15}.

Der bereits erwähnte Guy de Chauliac sprach sich im 14. Jahrhundert wohl als Erster für den Einsatz eines Pelikans aus: Der geschädigte Zahn sollte mit dem schnabel- bzw. klauenartigen Haken dieses Instruments gefasst und dann mittels Rotation herausgehoben werden. Der Pelikan war bis zum 18. Jahrhundert weit verbreitet^{11,12}.

Der berühmte französische Wundarzt Ambroise Paré (1510–1590) forderte 200 Jahre später, dass der erkrankte Zahn zunächst gelockert und dann mit einem kleinen Stoßeisen, einem Pelikan oder einer Zange extrahiert werden müsse. Nach dem Eingriff sollten ein Aderlass durchgeführt, das Alveolarfach mit den Fingern komprimiert und der Mund mit Essigwasser gespült werden¹².

Eine differenzierte Darstellung der verfügbaren Extraktionsinstrumente findet sich erstmals bei Pierre Fauchard (1678–1761)⁹. In jener Zeit waren die verschiedensten Geräte (u. a. Zahnzange, Pelikan, Zahnschlüssel und Geißfuß) in Gebrauch, ohne dass sich ein Goldstandard ausgeprägt hätte (Abb. 7). Dieses unsystematische „Nebeneinander“ verschiedener Verfahren oder – wie hier – In-

Abb. 7 Extraktionsinstrumente (Scultetus, Armamentarium chirurgicum, 1655)



strumente nennt man auch **Polypragmasie**. Hinzu kam nach 1803 noch die pyramidenartige Wurzelschraube nach Jacob Joseph Serre (1759–1830). Erst 1841 stellte der Engländer John Tomes (1815–1895) ein verbessertes und differenziert ausgestaltetes Set anatomisch geformter Zangen vor und begründete damit den Siegeszug der Zangenextraktion. Für die Wurzelentfernung empfahl Tomes den Einsatz eines Hebels (1859) – ebenfalls mit nachhaltigem Erfolg¹².

Auch wenn das Instrumentarium und die Methodik der Zahnentfernung über die Jahrhunderte hinweg verbessert wurden, blieben Zahnextraktionen für viele eine traumatisierende Erfahrung bzw. eine furchterregende Vorstellung. Dies zeigt sich auch in der Tatsache, dass das Thema in der Belletristik immer wieder verarbeitet wurde – etwa in Giovanni Boccaccios (1313–1375) „Decamerone“, bei William Shakespeare (1564–1616) (z. B. „Viel Lärm um Nichts“, „Was ihr wollt“), in Jonathan Swifts (1667–1745) „Gullivers Reisen“ oder bei Thomas Mann (1875–1955) (z. B. „Buddenbrooks“)¹³.

2.4 Das Ende der Zahnbrecher und das Medizinalreglement von 1825

In der Mitte des 19. Jahrhunderts praktizierten in Deutschland die ersten Zahnärzte moderner Prägung. Den Anstoß hierzu gaben das preußische Medizinalreglement von 1825 und eine spätere ergänzende „Instruktion“ (1835/36)¹⁰: In jenem Reglement wurden die Zahnärzte unter den Heilpersonen erstmals als eigenständige Gruppe genannt. Zudem wurden konkrete Anforderungen an den zahnärztlichen Beruf festgelegt. Daher kann das Jahr 1825 gewissermaßen als „Geburtsjahr“ des Zahnarztberufs in Deutschland gelten, zumal die meisten übrigen Staaten des Deutschen Bundes nach dem Vorbild Preußens bald ähnliche Bestimmungen erließen^{4,9}.

Der vormoderne „Zahnbrecher“ hatte ausgedient: Die „modernen“ Zahnbehandler waren geprüft und ortsansässig – sie hatten sich „niedergelassen“. Doch von einer beruflichen Konsolidierung oder gar einer artzgleichen Stellung war die deutsche Zahnärzteschaft noch immer weit entfernt³ (→ Kapitel 3).

Merke

- Die ersten zahnheilkundlichen Zeugnisse reichen bis in die Steinzeit zurück. Hierbei handelt es sich jedoch um Einzelfunde, die nicht auf systematische Zahnbehandlungen schließen lassen.
- Zahnbehandler wurden in der Vormoderne zumeist „Zahnreißer“ oder „Zahnbrecher“ genannt; sie praktizierten noch keine Zahnheilkunde nach heutigem Verständnis, sondern beschränkten sich v. a. auf Zahnextraktionen, das Ausbrennen von Zähnen und den Verkauf von Tinkturen.
- Höher qualifizierte Heilpersonen (Ärzte, führende Wundärzte) boten i.d.R. keine Zahnbehandlungen an; Gründe waren das geringe soziale Ansehen der Tätigkeit als Zahnbehandler, begrenzte Therapiemöglichkeiten und eine sehr niedrige Honorierung.
- Noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts waren die verschiedensten Extraktionsinstrumente (u. a. Zahnzange, Pelikan, Schlüssel und Geißfuß) in Gebrauch, ohne dass sich ein bestimmtes Instrumentarium durchgesetzt hätte („Polypragmasie“).
- Im preußischen Medizinalreglement von 1825 wurden erstmals konkrete (wenngleich niedrige) Anforderungen an den zahnärztlichen Beruf festgelegt – 1825 gilt daher als „Geburtsjahr“ des Zahnarztberufs in Deutschland.

Literatur

1. Czech D: Die geschichtliche Entwicklung der Zahnextraktion vom 16. Jahrhundert bis zu John Tomes. Diss. med. Erlangen 1946
2. Drees A: Die ‚Operateure‘. Stein- und Bruchschneider. Starstecher und Zahnreißer. In: Blutiges Handwerk – Klinische Chirurgie. Zur Entwicklung der Chirurgie 1750–1929. Münster 1989, 22–27
3. Geist-Jacobi J-P: Geschichte der Zahnheilkunde vom Jahre 3700 v. Chr. bis zur Gegenwart. Tübingen 1896
4. Groß D: Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867–1919) (= Europäische Hochschulschriften, Reihe 3, 609). Frankfurt a. M. 1994
5. Groß D: Die Aufhebung des Wundarztberufs: Ursachen, Begleitumstände und Auswirkungen am Beispiel des Königreichs Württemberg (1806–1918) (= Sudhoffs Archiv, Beiheft 41). Stuttgart 1999
6. Groß D: Die Handwerkschirurgen als Gründer des Zahnarztberufs: Legendenbildung oder historische Realität? Würzb Medizinhist Mitt 1999;18:359–374
7. Groß D: Wandernde Dentatoren bei der Arbeit: Zahnheilkunde zwischen Aberglauben und Empirie. In: Jeismann M (Hrsg.): Das 16. Jahrhundert. Freiheit und Glauben. München 2000, 49–55
8. Groß D: Apollonia. In: Gerabek WE, Haage BD, Keil G, Wegner W (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin, New York 2005, 76f.
9. Groß D: Pierre Fauchard. In: Gerabek WE, Haage BD, Keil G, Wegner W (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin, New York 2005, 392f.
10. Groß D: Zahnarzt. In: Gerabek WE, Haage BD, Keil G, Wegner W (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin, New York 2005, 1515
11. Groß D: Zahnbrecher. In: Gerabek WE, Haage BD, Keil G, Wegner W (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin, New York 2005, 1515f.

12. Groß D, Zahnextraktion. In: Gerabek WE, Haage BD, Keil G, Wegner W (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin, New York 2005, 1516f.
13. Groß D: Zwischen Liebespfand und Höllenqual: Zähne und Zahnschmerzen im Spiegel der Literatur. Jb Lit Med 2007;3:31–49
14. Groß D: Die Geschichte des Zahnarztberufs in Deutschland. Einflussfaktoren – Begleitumstände – Aktuelle Entwicklungen. Berlin 2019
15. Groß D, Keil G: Zahnheilkunde. In: Lexikon des Mittelalters. Bd. 9. München 1998, 465
16. Groß D, Steinmetzer J: Zahn/Zahnarzt/Zahnschmerz. In: von Jagow B, Steger F (Hrsg.): Literatur und Medizin. Ein Lexikon. Göttingen 2005, 860–868
17. Hansen C-H: Zur geschichtlichen Entwicklung der zahnärztlichen Extraktionstechnik. Diss. med. Düsseldorf 1955
18. Hoffmann-Axthelm W: Die Geschichte der Zahnheilkunde. 2. Aufl. Berlin 1985
19. Hubmann A: Der Zahnwurm. Die Geschichte eines volksheilkundlichen Glaubens. Diss. med. Regensburg 2008
20. Kortenkamp W: Die Verfahren der Zahntfernung im Wandel der Zeiten. Diss. med. Köln 1955
21. Nowak I: Untersuchungen über den sogenannten Zahnbrecher an Hand von Medizinalverordnungen des 16.–18. Jahrhunderts. Diss. med. Dresden 1966
22. Probst C: Fahrende Heiler und Heilmittelhändler: Medizin von Marktplatz und Landstraße. Rosenheim 1992
23. Ring ME: Geschichte der Zahnmedizin. Köln 1997
24. Schlosser H: Vom Zahnreißer zum eidgenössisch diplomierten Zahnarzt. Aus Basels zahnärztlicher Entwicklungsgeschichte im 19. Jahrhundert. Zürich 1936
25. Strübig W: Geschichte der Zahnheilkunde. Eine Einführung für Studenten und Zahnärzte. Köln 1989
26. Wegner W: Ottingen (Ottinger). In: Gerabek WE, Haage BD, Keil G, Wegner W (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin, New York 2005, 1085
27. Winckler J: Des verwegenen Chirurgus weltberühmt Johann Andreas Eisenbart Zahnbrechers, Bänkelsängers, Okulisten, Steinschneiders Tugenden und Laster auf Reisen und Jahrmärkten. Reprint. Emsdetten 1984

8 Medizinethik und Ethik in der Zahnheilkunde: Einleitende Überlegungen und Definitionen

Zunächst gilt es ein paar grundlegende Begriffe zu klären^{2,3,8}: Was bedeutet etwa der Begriff „Ethik“? Was ist gemeint, wenn auf das (zahn-)ärztliche „Standesethos“ Bezug genommen oder die Wahrung der „beruflichen Etikette“ ange-mahnt wird? Und was haben diese Fachtermini eigentlich mit Moral zu tun? Diese Fragen sind keineswegs naiv: Nicht nur in der Alltagssprache, sondern auch in Teilen der Medien werden z. B. die beiden Begriffe „Moral“ und „Ethik“ synonym verwendet. Ebenso wird bisweilen von „Standesethos“ gesprochen, wenn eigent-lich Fragen der Etikette gemeint sind.

8.1 Moral vs. Ethik, (Standes-)Ethos vs. (berufliche) Etikette

Tatsächlich versteht man unter **Moral** (lat. mos = die Sitte) Wertmaßstäbe und -vorstellungen, die das Handeln eines Einzelnen, einer Gruppierung oder einer Gesellschaft leiten. Es geht also um wertebasierte Handlungsregeln bestimmter Individuen oder Kollektive. Wer sich konform zu jenen Normen verhält, handelt in den Augen derer, die diese Regeln anlegen, „moralisch“, wer sie missachtet, dagegen „unmoralisch“.

Die **Ethik** (gr. êthikē = das sittliche Verständnis) befasst sich dagegen mit der Analyse derartiger moralischer Wertmaßstäbe oder Überzeugungen. Ethik ist also die wissenschaftliche Beschäftigung mit Moral bzw. – noch einfacher ausgedrückt – die „Theorie“ von (der) Moral. Sie versucht letztlich moralische Probleme zu analysieren und fundierte Grundlagen und „Instrumente“ für einen adäquaten Umgang mit diesen zu liefern. Ein zentrales Ziel von Ethikern ist es dementspre-chend, die praktische Urteilskraft des Einzelnen zu schulen und zu schärfen.

Deutlich enger gefasst ist der Fachterminus **Ethos**: Unter Ethos (gr. ethos = Brauch) versteht man einzelne Regeln und Wertvorstellungen, die in einer Gruppe oder einer bestimmten Gemeinschaft – etwa einem Berufsstand – als gültig und identitätsstiftend angesehen werden („Berufs-“ oder „Standesethos“). Ein klassi-sches Beispiel ist das ärztliche Ethos. Als traditionsreichster Ausdruck dieses Ethos gilt der in der Antike formulierte **Hippokratische Eid**⁷, der nach Hippokrates von Kos (um 460 v. Chr. – um 370 v. Chr.) benannt ist (→ Kapitel 1), aber wohl nicht von diesem stammt. Tatsächlich beinhaltet dieser Eid einzelne Grundwerte, die das ärztliche Standesethos über Jahrhunderte hinweg kennzeichneten, namentlich:

1. das Gebot, den Kranken nicht zu schaden
2. die Ablehnung ärztlicher Sterbehilfe
3. das Gebot, keinen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen bzw. zu veran-lassen
4. das Verbot sexuellen Missbrauchs
5. die Pflicht zur Verschwiegenheit (vgl. Abbildung 21 mit entsprechenden Kur-sivierungen).

Abb. 21 Der Hippokratische Eid (deutsche Übersetzung)⁷

Ich schwöre und rufe Apollon, den Arzt, und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen an, dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meiner Fähigkeit und nach meiner Einsicht erfüllen werde.

Den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleich meinen Eltern zu achten, ihn an meinem Unterhalt teilnehmen zu lassen, ihm, wenn er in Not gerät, von dem Meinigen abzugeben, seine Nachkommen gleich meinen Brüdern zu halten und sie diese Kunst zu lehren, wenn sie sie zu lernen verlangen, ohne Entgelt und Vertrag, und meine Söhne und die meines Lehrers und die vertraglich verpflichteten und nach dem ärztlichen Gesetz vereidigten Schüler an Vorschriften, Vorlesungen und aller übrigen Unterweisung teilnehmen zu lassen, sonst aber niemanden.

Diätetische Maßnahmen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil; (1) vor Schaden und Unrecht werde ich sie bewahren. (2) Auch werde ich niemandem ein tödliches Mittel geben, wenn ich darum gebeten werde, und werde auch niemanden dabei beraten; (3) gleicherweise werde ich keiner Frau ein abtreibendes Vaginalzäpfchen geben.

Rein und heilig werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

Ich werde nicht schneiden, sogar Steinleidende nicht, sondern werde das den Männern überlassen, die diese Tätigkeit ausüben.

In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hingehen, (4) frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von sexuellen Handlungen an den Körpern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven. Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb der Behandlung im Umgang mit Menschen sehe und höre, (5) das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren.

Wenn ich diesen Eid erfülle und nicht breche, so sei mir beschieden, in meinem Leben und in meiner Kunst den Lohn zu erlangen, indem ich Ansehen bei allen Menschen für alle Zeit gewinne; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, so geschehe mir das Gegenteil.

Das Nichtschadensgebot, die ärztliche Schweigepflicht und das Verbot des (sexuellen) Missbrauchs von Patienten gelten noch heute als Merkmale des ärztlichen Standesethos. Aktive Sterbehilfe (genauer: **Tötung auf Verlangen**) ist in Deutschland strafbar und Schwangerschaftsabbrüche finden hierzulande nur unter definierten Rahmenbedingungen statt.

Der (beruflichen) **Etikette** (franz. *étiquette* = Verhaltensregel) kommt im Arzt- und Zahnarztberuf ebenfalls eine wichtige Rolle zu. Wie Ethik und Moral werden auch Berufsethos und berufliche Etikette häufig vermengt. Letztere regelt das „korrekte“ Verhalten der Angehörigen der betreffenden Berufsgruppe untereinander, ohne dass es sich hierbei um genuin ethische Kriterien handelt. Beispiele sind die Einhaltung bestimmter Regeln bei zahnärztlicher Werbung oder im kollegialen Miteinander, etwa beim Umgang mit überwiesenen Patienten. Die berufliche Etikette soll standesschädigende Verhaltensweisen verhindern. Sie ist demnach wichtig für reibungslose Abläufe innerhalb der Profession (**Intraprofessioneller Umgang, Kollegialität**), aber damit letztlich auch für das Bild, das ein Berufsstand in der Öffentlichkeit abgibt (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 Zentrale Begriffe und ihre Bedeutung

Begriff	Bedeutung
Moral	Wertmaßstäbe und wertebasierte Handlungsregeln
Ethik	Wissenschaftliche Beschäftigung mit Moral
Ethos	Wertvorstellungen, die für eine Gruppierung (z. B. Berufsstand) identitätsstiftend sind und von ihren Mitgliedern geteilt werden
(Berufliche) Etikette	Verhaltensregeln für den kollegialen Umgang

8.2 Medizinethik und Ethik in der Zahnheilkunde

Wie aber verhält sich nun die **Medizinethik** (Medizinische Ethik) zur Ethik^{3,12,13}? Erstere ist ein *Teilgebiet* der Ethik und setzt sich spezifisch mit den moralischen Wertvorstellungen in Medizin und Gesundheitswesen auseinander. Sie ist gewissermaßen die Wissenschaft vom moralischen Urteilen und Handeln der im Gesundheitswesen engagierten Personen (Heil- und Pflegepersonal, aber auch z. B. Gesundheitspolitiker), Organisationen, Institutionen sowie der Patienten und deren Vertreter bzw. Organisationen. Da sich die Medizinethik auf einen spezifischen Bereich der Ethik bezieht, spricht man hierbei auch von einer **Bereichsethik**.

An den medizinischen Fakultäten übernehmen die Vertreter des Fachs Medizinethik Aufgaben in der Lehre (z. B. Ausbildung von Studierenden der Medizin und der Zahnheilkunde) und der Forschung (z. B. Durchführung wissenschaftlicher Projekte, Verfassen von Fachpublikationen, Vortragstätigkeit). Viele engagieren sich zudem in universitären Gremien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis, in **medizinischen Ethikkommissionen** und in **klinischen Ethik-Komitees**. Während Ethikkommissionen die Aufgabe haben, Anträge auf Forschung am Menschen ethisch und rechtlich zu prüfen und dabei den Schutz teilnehmender Personen zu gewährleisten, ist es das Ziel von Ethik-Komitees, schwierige Therapieentscheidungen bei kritisch kranken Patienten zu beraten (**Klinische Ethikberatung, Klinische Ethik**). Daneben gehört es zu den Aufgaben von Ethikberatern, die Angehörigen der Gesundheitsberufe für ethische Fragen und dilemmahafte Situationen in ihrem Berufsalltag zu sensibilisieren und ihnen das nötige Grundwissen sowie die erforderlichen Fertigkeiten für die Lösung derartiger Probleme zu vermitteln. Nicht selten betätigen sich Medizinethiker zudem in der Politikberatung bzw. beteiligen sich an öffentlichen Diskursen zu gesellschaftlich relevanten medizinethischen Fragen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5 Aufgaben von (universitären) Vertretern des Fachs Medizinethik

Tätigkeitsfeld	Aufgaben (Beispiele)
Lehre	Aus- und Fortbildung (Ärzte, Zahnärzte, Pflegenden)
Forschung & Wissenschaft	Projektarbeit, Publikationen und Vorträge, universitäre Gremienarbeit
Krankenversorgung	Klinische Ethikberatung, ethische Leitlinien („Klinische Ethik“)
Öffentlichkeitsarbeit	Politikberatung, Beteiligung an öffentlichen Diskursen mit Medizinbezug

Auf internationaler Ebene ist der Begriff **Bioethik** („Bioethics“) deutlich gängiger als der Begriff Medizinethik („Medical Ethics“)^{2,14}. Bei näherer Betrachtung fällt jedoch auf, dass es sich um unterschiedlich weitreichende Termini handelt: Bioethik (gr. bios = Leben) wird häufig definiert als die ethische Reflexion jeglichen Umgangs von Menschen mit der belebten Umwelt. Sie beinhaltet nach diesem Verständnis neben der Medizinethik auch die **Umwelthetik** (welche das Verhältnis des Menschen zur äußeren nicht-menschlichen Natur reflektiert) und die **Tierethik** (die sich mit den Prinzipien und Normen befasst, die dem menschlichen Umgang mit Tieren zugrunde liegen).

Ethik (in) der Zahnheilkunde ist ihrerseits die Bereichsethik, die sich mit ethisch relevanten Fragen in der Zahnheilkunde und den dort tätigen Personen sowie den betreffenden Organisationen beschäftigt. Im angloamerikanischen Raum ist hierfür der Terminus „Dental Ethics“ (lat. dens = Zahn; gr. ēthikē = das sittliche Verständnis, Ethik) gebräuchlich; dieser wird bisweilen auch im deutschen Sprachraum genutzt^{3,4,5}.

Wie lässt sich aber nun das Verhältnis zwischen Medizinethik und Ethik (in) der Zahnheilkunde beschreiben? Geht man vom Tätigkeitsgebiet – hier: der Zahnheilkunde – aus und versteht dieses Gebiet als integralen Bestandteil der Heilkunde, so lässt sich die Ethik (in) der Zahnheilkunde durchaus als Teilbereich der Medizinethik interpretieren. Schaut man dagegen auf die jeweiligen Heilpersonen, so lässt sich ebenso gut argumentieren, dass die Ethik in der Zahnheilkunde nicht (vollständig) in der Medizinethik aufgeht, da es sich bei den Behandlern – den Ärzten einerseits und den Zahnärzten andererseits – um zwei eigenständige Berufsgruppen mit jeweils eigenen akademischen Studiengängen, Berufsordnungen und Standesorganisationen handelt (**Ärztliche vs. Zahnärztliche Ethik**). Für diese zweite Sichtweise spricht auch die Tatsache, dass einige vieldiskutierte Bereiche der ärztlichen Tätigkeit im zahnärztlichen Alltag kaum eine Rolle spielen: Beispiele hierfür sind strittige Entscheidungen am Lebensende („End of life decisions“, etwa ärztlich assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen, Hirntod und Todeskriterien, Zustimmung zur Obduktion) wie auch am Lebensanfang („Beginning of life decisions“, etwa Ethik embryonaler Stammzellforschung, therapeutisches Klonen, Präimplantationsdiagnostik, Pränataldiagnostik, Schwangerschafts[spät]-Jabbrüche, Umgang mit extremer Frühgeburtlichkeit). Ähnliches gilt für „klassische“ medizinethische Themen wie den Umgang mit Organtransplantationen (Organspende und -verteilung), die Frage der Triage bei einer Verknappung von intensivmedizinischen Einheiten oder etwa den Umgang mit pharmakologischem **Neuroenhancement** („Gehirndoping“)^{10,13,14,16}.

Das Faktum, dass es in der Zahnheilkunde in der Regel nicht „um Leben und Tod“ geht¹⁵, verleitet manche zu der Annahme, dass diese Disziplin nur am Rande von ethischen Fragen betroffen sei. Doch klärungsbedürftige ethische Fragen stellen sich nicht allein bei vitaler Bedrohung. Tatsächlich kommt einigen Themenbereichen in der Zahnheilkunde sogar eine spezifische normative Bedeutung zu: Man denke an den ethisch herausfordernden Umgang mit Angst- und Phobie-Patienten, die in der Zahnarztpraxis besonders häufig anzutreffen sind (**Zahnbehandlungsphobie**, Dentalphobie) oder an die in spezifischer Weise erschwerte Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient (die zu behandelnde Körperregion ist hier identisch mit dem „Sprechwerkzeug“ des Patienten). Fragen der Verteilungsgerechtigkeit spielen ebenfalls eine besondere Rolle: In kaum einem Gesundheitsbereich sind z. B. private Zuzahlungen von Patienten so hoch wie in der Zahnheilkunde, und bestimmte Leistungen (z. B. Implantatversorgungen) sind

de facto nur solventen Patienten zugänglich (→ Kapitel 12.1). Außerdem wirft der Umgang mit medizinisch nicht indizierten Patientenwünschen erheblichen Klärungsbedarf auf (→ Kapitel 12.2)^{3,4,5}. Die hohen Erwartungen an den Zahnarzt als „Gesundheitslotsen“ haben ebenfalls ethische Implikationen: Zahnärzte werden vom Kleinkind- bis zum Seniorenalter regelmäßig frequentiert; dementsprechend erhofft man sich von ihnen frühe Hinweise auf etwaige Kindeswohlgefährdungen, aber auch eine Frühdiagnostik oraler Manifestationen schwerwiegender Erkrankungen (z. B. Bulimie, bestimmte Formen der Leukämie, Diabetes). Eine weitere Besonderheit des Zahnarztberufs ist der ausgeprägte „freiberufliche Identitätskern“¹¹: Während sich Ärzte weit mehrheitlich in einem angestellten oder beamteten Beschäftigungsverhältnis befinden – v. a. in Krankenhäusern und Kliniken, aber zunehmend auch in medizinischen Versorgungszentren –, sind Zahnärzte überwiegend in eigenen Praxen tätig. Insofern finden beide Berufsgruppen z. T. auch sehr verschiedene Arbeitswirklichkeiten und wirtschaftliche Rahmenbedingungen vor, die ihrerseits unterschiedliche ethische Herausforderungen bergen.

8.3 Ethische Konflikte und ethische Dilemmata

Wenn Medizinethiker in ihrer Eigenschaft als Klinische Ethikberater zu einem Patienten gebeten werden, liegt häufig ein **ethischer Konflikt** (lat. *confligere* = zusammentreffen, kämpfen) vor. Von einem solchen spricht man in Fällen, in denen z. B. die moralischen Überzeugungen der involvierten Personen oder die gebotenen (Entscheidungs-)Optionen nicht vereinbar erscheinen und demzufolge „konfliktieren“. Eine besondere Form des Konflikts ist das **Dilemma**: Dilemma (gr. *dilemma*) bedeutet wörtlich „Zwiegriff“ oder „zweigliedrige Annahme“¹. Kliemt nennt drei Kennzeichen eines ethischen Dilemmas:

- Einer ethisch gebotenen Option steht (mindestens) eine ethisch ebenfalls gebotene, jedoch damit unvereinbare alternative Option gegenüber (wobei keine Vorrangregeln existieren),
- eine der unvereinbaren Optionen muss realisiert werden und
- es gibt einen Entscheidungsträger, der in der Verantwortung steht, eine der Optionen zulasten der anderen zu wählen⁹.

Ein solches Dilemma besteht z. B. bei Schwangerschafts(-spät-)abbrüchen. Nehmen wir den Fall einer Schwangeren, die eine Frauenärztin nach ausführlicher Aufklärung und eingehender Reflexion um einen Abbruch bittet. Aus der Perspektive der Ärztin besteht hier eine Unvereinbarkeit zwischen der Wahrung der Interessen der Schwangeren (welche einen Abbruch nahelegen) und der grundsätzlichen Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens (welche einem Abbruch entgegensteht). Die Ärztin kann nur eine dieser beiden Optionen realisieren und muss vor ebendiesem Hintergrund entscheiden, ob sie den Abbruch durchführt oder nicht (und dann ggf. auf eine Kollegin verweisen, die den Abbruch vornimmt).

Ethische Konflikte bzw. Dilemmata treten auch im zahnärztlichen Berufsalltag regelmäßig auf; einige derselben werden in diesem Buch im Rahmen von klinischen Fallanalysen angesprochen (→ Kapitel 14).

8.4 Medizinethik vs. Medizinrecht

Medizinethik und **Medizinrecht** gelten als normative Fächer – d. h. sie orientieren sich an ethischen bzw. an rechtlichen Normen – und werden daher häufig in einem Atemzug genannt. Und doch gibt es maßgebliche Unterschiede⁶:

Die Medizinethik fragt nach dem *ethisch gebotenen* Handeln. Sie untersucht, welche Prinzipien oder Werte hierfür beachtet und ggf. gegeneinander abgewogen werden müssen, um schlussendlich das „Richtige“ zu tun. Ob eine solche als richtig eingestufte Entscheidung oder Handlung mit der Rechtslage bzw. der Rechtspraxis übereinstimmt, ist eine zweite Frage: Dies kann, muss aber nicht der Fall sein.

Außerdem sind ethische und rechtliche Entscheidungen unterschiedlichen Prozessen unterworfen: Manche nationalen Gesetzesinitiativen werden z. B. nur dann zu geltendem Recht, wenn sie im Einklang mit existierender (EU-)Gesetzen stehen. Zudem müssen sich für Gesetzesentwürfe politische Mehrheiten finden. Sie stellen daher in der Regel mehrheitsfähige Kompromisse dar. Dagegen orientiert sich eine Entscheidungsfindung im Bereich der Ethik nicht an der Mehrheitsmeinung, sondern an dem, was den Entscheidungsträgern geboten erscheint (oder nicht). So ist z. B. die Todesstrafe in einigen US-Staaten rechtens und entspricht dort u. U. auch der Mehrheitsmeinung der Bevölkerung; gleichwohl ist dieses Strafmaß aus ethischer Sicht höchst umstritten.

Hinzu kommt, dass Medizinethiker oft mit Fragen befasst sind, die rechtlich noch nicht (eindeutig) geregelt sind. Insofern gehört es auch zu den Aufgaben der Ethik, rechtliche Klärungsbedarfe anzuzeigen und gesellschaftliche Diskurse anzustoßen oder mitzugestalten. Tatsächlich sind viele im Medizinrecht relevanten Gesetze auf den Weg gebracht worden, um Praktiken, die als ethisch fragwürdig erkannt worden sind, einzudämmen oder bestehende Rechtslücken zu schließen (z. B. Transplantationsgesetz [1997], Stammzellgesetz [2002], Patientenverfügungsgesetz [2009]).

Die Einsicht, dass Ethik und Recht nicht deckungsgleich sind, darf Ethiker in dessen nicht dazu verleiten, bestehendes Recht zu ignorieren. Es ist vielmehr ein fester Bestandteil ethischer Beratungen zu prüfen, ob im betreffenden Beratungsfall relevante rechtliche Aspekte zu beachten sind und – wenn ja – ob die maßgeblichen rechtlichen Regelungen ausreichend bzw. ethisch vertretbar sind.

Merke

- Ethik ist die wissenschaftliche Beschäftigung mit Moral, d. h. mit den Werten und Normen, die das Handeln von Personen leiten.
- Während „Ethos“ für die Wertvorstellungen steht, die in einer bestimmten Gemeinschaft – z. B. Berufsstand – als identitätsstiftend angesehen werden, bezeichnet (berufliche) Etikette vornehmlich Verhaltensregeln für den intraprofessionellen Umgang.
- Die Medizinethik ist das Teilgebiet der Ethik, das sich mit den moralischen Wertvorstellungen in Medizin und Gesundheitswesen auseinandersetzt.
- Ethik (in) der Zahnheilkunde (Dental Ethics) ist die Bereichsethik, die sich mit ethisch relevanten Fragen in der Zahnheilkunde und den dort tätigen Personen beschäftigt; sie besitzt Schnittflächen mit der Medizinethik.
- Unter einem ethischen Dilemma versteht man eine Entscheidungssituation, in der zwei oder mehr Handlungen gleichzeitig geboten sind, diese sich aber ausschließen, sodass eine Abwägung erfolgen muss.

Literatur

1. Brune JP: Dilemma. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg.): Handbuch Ethik. 3. Aufl. Stuttgart 2011, 331–337
2. Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg.): Handbuch Ethik. 3. Aufl. Stuttgart 2011
3. Groß D: Ethik in der Zahnmedizin. Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten klinischen Fällen. Berlin 2012
4. Groß D, Nitschke I (Hrsg.): Themenheft Dental Ethics – Ethik in der Zahnmedizin. Ethik Med 2017;29(1)
5. Groß D, Wolfart S, Schilling B, Schäfer G: Ethik in der zahnärztlichen Ausbildung. Ergebnisse des deutschen Pilotprojekts „Dental Ethics“. Dtsch Zahnärztl Z 2013;68(8):483–489
6. Hick C: Klinische Ethik. Heidelberg 2007
7. Hippokrates: Die Heilkunst. Aus dem Griechischen übersetzt von Hans Diller, ausgewählt, herausgegeben und mit einer Einleitung und Erläuterungen versehen von Karl-Heinz Leven. Ditzingen 2021, 116–130
8. Hübenthal C, Wils J-P (Hrsg.): Lexikon der Ethik. Paderborn 2006
9. Kliemt H: Ethische Konflikte im Gesundheitswesen. Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2006;7(Suppl. 1):27–48
10. Marckmann G (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. 2. Aufl. Berlin 2022
11. Micheelis W, Bergmann-Krauss B, Reich E: Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information 1 (2010). Februar 2010
12. Schöne-Seifert B: Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart 2007
13. Stoecker R, Neuhäuser C, Raters M-R (Hrsg.): Handbuch Angewandte Ethik. Stuttgart 2011
14. Sturma D, Heinrichs B, Spaeth A (Hrsg.): Handbuch Bioethik. Stuttgart 2015
15. Wasem J, Plugmann P, Matusiewicz D: Ambulante zahnmedizinische Versorgung. In: Wasem J, Matusiewicz D, Neumann A et al. (Hrsg.): Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis des Managements in Gesundheitssystem und Versorgung. 2. Aufl. Berlin 2019, 261–270
16. Wittwer H, Schäfer D, Frewer A. (Hrsg.): Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik. 2. Aufl. Berlin 2020

Das vorliegende Buch versteht sich als Kompendium zum neuen Lehrfach „Ethik und Geschichte der Medizin und der Zahnmedizin“. Anlass ist die 2021 verabschiedete zahnärztliche Approbationsordnung, inhaltliche Grundlage der „Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin“ (NKLZ).

Teil I des Kompendiums widmet sich dem Teilgebiet Geschichte, Teil II der Ethik unter Berücksichtigung klinisch-ethischer Fallberichte. In beiden Teilen liegt der Schwerpunkt der Ausführungen auf der *Zahnheilkunde* und ihren Fachvertretern. Gleichwohl werden zahlreiche Bezüge zur Medizin und zur Ärzteschaft hergestellt, so wie es die neue zahnärztliche Approbationsordnung für dieses Lehrfach vorsieht.

ISBN 978-3-86867-621-1



www.quintessence-publishing.com