

Dominik Groß



# ETHIK

## in der ZAHNMEDIZIN

---

Ein praxisorientiertes Lehrbuch  
mit 20 kommentierten klinischen Fällen

 **QUINTESSENZ VERLAG**

Berlin, Chicago, Tokio, Barcelona, Istanbul, London, Mailand, Moskau,  
Neu-Delhi, Paris, Prag, São Paulo, Seoul, Singapur und Warschau

# Inhalt

Geleitwort		
Vorwort	VII	
Inhalt	X	
<b>1</b>	<b>Mapping the field: „Ethik in der Zahnheilkunde“</b>	<b>1</b>
1.1	Ethik in der Zahnheilkunde: Was ist das eigentlich?	2
1.2	Ethik – ein weißer Fleck in der deutschen Zahnheilkunde?	6
1.3	Wozu brauchen wir eine Ethik in der Zahnheilkunde?	12
1.4	„Entwicklungshilfe“ aus dem Ausland? „Dental Ethics“ im internationalen Vergleich	18
	Literatur	24
<b>2</b>	<b>Allgemeine Grundlagen einer Ethik in der Zahnheilkunde</b>	<b>27</b>
2.1	Moral oder Ethik, Ethos oder Etikette – Worüber reden wir?	28
2.2	Ethik und Ethiker zwischen Klischee und Vorurteil	37
2.3	Top-down-Ansatz: Ethik-Theorien	41
2.4	Bottom-up-Ansatz: Die Kasuistische Ethik	49
2.5	Prinzipienethik – der Königsweg für klinische Fallanalysen?	51
	Literatur	65
<b>3</b>	<b>Das Verhältnis von Zahnarzt und Patient: Betrachtungen aus ethischer Sicht</b>	<b>67</b>
3.1	Die Zahnarzt-Patient-Beziehung im Wandel	68
3.2	Informed consent – Patientenaufklärung und Einwilligung	74
3.3	Zahnärztliche Kommunikation – Potenziale und Fallstricke	85
3.4	Zahnärztliche Schweigepflicht und ihre Grenzen	97
	Literatur	105
<b>4</b>	<b>Der Patient mit besonderen Bedürfnissen: Die ethische Perspektive</b>	<b>107</b>
4.1	Vulnerable Patienten in der zahnärztlichen Praxis	108
4.2	Der „fremde“ Patient: Interkulturelle Konflikte und Lösungsansätze	113
4.3	Der Umgang mit zahnärztlichen Angstpatienten und Zahnbehandlungsphobie aus ethischer Sicht	126
	Literatur	136
<b>5</b>	<b>Zahnärztliche Rollenkonflikte und spezifische ethische Herausforderungen</b>	<b>139</b>
5.1	Ethische Konflikte im Studium: Der Zahnarzt in der Ausbildung	141
5.2	Mitstreiter oder Konkurrent? Der Zahnarzt als Kollege	151



5.3	Der Zahnarzt als „Kassenbehandler“: Individuelle Versorgungsleistungen bei knappen Ressourcen	162
5.4	Wunscherfüllende Zahnmedizin? Der Zahnarzt als Dienstleister und Gewerbetreibender	172
5.5	Forschung am Menschen: Der Zahnarzt als Leiter klinischer Studien	186
	Literatur	198
<b>6</b>	<b>Vom Tabu zur Lernkultur? Der Umgang mit Fehlern und Fehlverhalten in Praxis und Wissenschaft</b>	<b>203</b>
6.1	Behandlungsfehler, Fehlerkultur und die Initiative „Patientensicherheit“	204
6.2	Wissenschaftliches Fehlverhalten und „Good scientific practice“	217
	Literatur	229
<b>7</b>	<b>Klinisch-ethische Fallanalysen in der Zahnheilkunde</b>	<b>231</b>
7.1	Einführung in die klinisch-ethische Fallanalyse	232
7.2	Fallbeispiele und Fallkommentierungen aus der Praxis	242
	Literatur	345
<b>8</b>	<b>Glossar der verwendeten Fachbegriffe</b>	<b>351</b>
<b>9</b>	<b>Ethik in der Zahnmedizin: Eine Selbstlernkontrolle in 60 Fragen</b>	<b>383</b>
<b>10</b>	<b>Anhang: Dokumente mit Bezug zur Ethik in der Zahnheilkunde</b>	<b>403</b>
Anlage 1	Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer (MBO-Z) (19. Mai 2010)	404
Anlage 2	Code of Ethics for Dentists in the European Union Council of European Dentists (30. November 2007)	413
Anlage 3	International Principles of Ethics for the Dental Profession FDI World Dental Federation (September 1997)	419
<b>11</b>	<b>Verzeichnisse</b>	<b>421</b>
	Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Übersichten	422
	Verzeichnis der Abkürzungen	424
	Verzeichnis der Fallberichterstatter und Fallkommentatoren	426
	Sachregister	427

# 1

## Mapping the field: „Ethik in der Zahnheilkunde“

### Inhalt

Kapitel 1 beschäftigt sich mit den Besonderheiten der „Ethik in der Zahnheilkunde“: Zunächst soll der Frage nachgegangen werden, was Ethik in der Zahnheilkunde eigentlich ist und was sie mit „Medizinethik“ verbindet bzw. von ihr unterscheidet (1.1).

Anschließend gilt es zu klären, warum das Fach in der deutschen Zahnheilkunde bisher lediglich ein „Schattendasein“ führt; hierbei werden mehrere Thesen formuliert und kritisch überprüft (1.2).

Kapitel 1.3 widmet sich danach der Frage, welche Gründe für eine stärkere künftige Berücksichtigung ethischer Aspekte in der Zahnheilkunde sprechen, welcher klinisch-praktische und professionelle Nutzen damit verbunden wäre und welche konkreten Erwartungen angehende Zahnärzte\* an den Unterricht in Ethik in der Zahnheilkunde haben.

Schließlich folgt ein Blick über die Landesgrenzen: Dabei wird deutlich werden, dass Stellenwert und Professionalisierungsgrad des Fachgebiets „Dental Ethics“ gerade im angloamerikanischen Sprachraum weitaus höher sind als im deutschsprachigen Bereich. Auch hier interessieren die Gründe, aber auch die Frage, inwieweit es möglich ist, die Ergebnisse und Erträge von Medizinethikern des angloamerikanischen Raums auf die deutschen Verhältnisse zu übertragen und so den Weg des Erkenntnisgewinns abzukürzen (1.4).

---

\* Allein aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifisch differenzierende Formulierungen – z. B. der/die Zahnarzt/Zahnärztin – verzichtet. Die in diesem Buch gewählte männliche Form gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für Frauen wie Männer gleichermaßen.



## 1.1 Ethik in der Zahnheilkunde: Was ist das eigentlich?

### Zum Einstieg

Peter W. ist ein 28-jähriger approbierter Arzt aus Düren. Vor zwei Jahren entschloss er sich, Kieferchirurg zu werden und im benachbarten Aachen das hierfür erforderliche Zweitstudium der Zahnheilkunde zu absolvieren.

Im Medizinstudium ist er bereits ausgiebig mit dem Fach Ethik in Berührung gekommen. Als er feststellt, dass nun im Zweitstudium ein „Einführungsseminar ‚Ethik in der Zahnheilkunde‘ (‚Dental Ethics‘)“ ansteht, horcht er auf. Zu seinen Kommilitonen sagt er: „Ehrlich gesagt, fand ich’s schon schwierig, die Begriffe Bioethik, Medizinethik und Klinische Ethik auseinanderzuhalten – und jetzt auch noch eine Ethik in der Zahnheilkunde?“

### 1.1.1 Medizinethik und Bioethik

Um zu verstehen, was Ethik in der Zahnheilkunde – im angloamerikanischen Sprachraum kurz Dental Ethics genannt – eigentlich ist und welche Aspekte wir unter diesem Schlagwort fassen können, scheint es zunächst sinnvoll, die gängigeren Begriffe zu definieren (Groß 2011; Groß et al. 2011b):

Der Begriff „Ethik“ bezeichnet die wissenschaftliche Beschäftigung mit Moral oder – anders formuliert – die „Theorie von Moral“ (für Details → Kapitel 2.1). **Medizinethik** oder **Ethik (in) der Medizin** ist das Teilgebiet der Ethik, das sich spezifisch mit den moralischen Wertvorstellungen *in Medizin und Gesundheitswesen* auseinandersetzt. Sie ist gewissermaßen die Wissenschaft vom moralischen Urteilen und Handeln aller im Gesundheitswesen tätigen Personen (Heil- und Pflegepersonal, Gesundheitspolitiker), Organisationen, Institutionen, aber auch der Patienten und deren Vertreter bzw. Organisationen. Da sich die Medizinethik auf einen spezifischen Bereich der Ethik bezieht, spricht man auch von einer **Bereichsethik**.

An den medizinischen Fakultäten übernehmen die Vertreter des Fachs Medizinethik Aufgaben in der Lehre (Medizinethik als Pflichtfach im Studiengang Humanmedizin), in der Forschung (wissenschaftliche Beschäftigung mit medizinethischen Fragestellungen) und in der Krankenbetreuung (Einzelfallberatung, Fortbildungsangebote in Klinischer Ethik, ggf. Leitlinienerstellung). Zu den wichtigsten Zielsetzungen des Fachs gehört es, (1) das Heil- und Pflegepersonal für ethische Fragen und dilemmahafte Situationen in ihrem Berufsalltag zu sensibilisieren, um auftretende Probleme zu entschlüsseln, d. h. „lesbar“ zu machen und auf ihre Ursachen zurückzuführen (*Worin besteht der eigentliche ethische Konflikt?*) und (2) das nötige Grundwissen sowie die erforderlichen Fertigkeiten für die Problemlösung zu vermitteln. Zu Letzterem gehört auch eine Einführung in die betreffende Fachterminologie und in philosophisch-theoretische Grundlagen (Riha 2008).

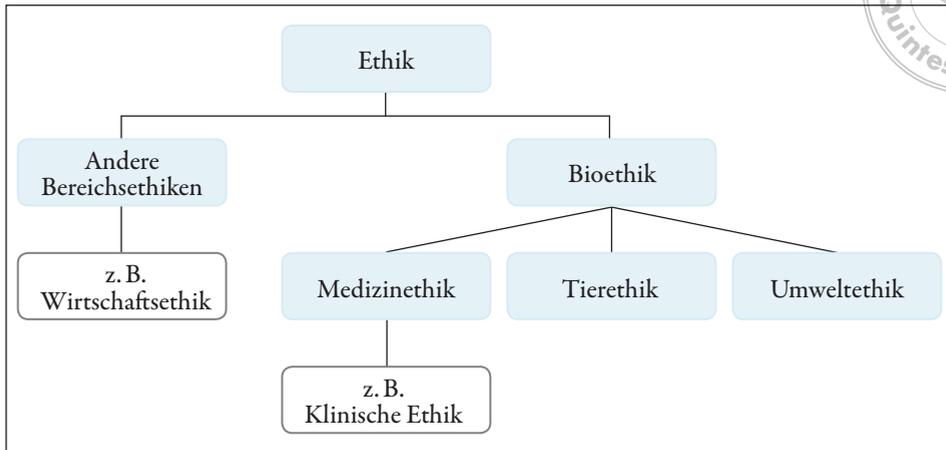


Abbildung 1 Verhältnis von Ethik, Bioethik, Medizinethik und Klinischer Ethik

Häufig wird anstelle des Begriffs Medizinethik auch der Terminus **Bioethik** verwendet. Vor allem im angloamerikanischen Raum ist die Bezeichnung „Bioethics“ (im Sinne von „Bio-medizinischer Ethik“) weiter verbreitet als der Begriff „Medical Ethics“. Streng genommen handelt es sich jedoch um unterschiedlich weitreichende Bezeichnungen: Bioethik (gr. bios = Leben) bezeichnet die ethische Reflexion jeglichen Umgangs von Menschen mit der belebten Umwelt. Sie erfasst somit zwar ebenfalls nur einen *Teil*bereich der Ethik – eben den, der sich mit der belebten Welt beschäftigt –, ist aber doch deutlich weiter gefasst als Medizinethik: **Bioethik** dient vielen als Oberbegriff für die drei Teilgebiete (1) **Medizinethik**, (2) **Umweltethik** (sie reflektiert das Verhältnis des Menschen zur nicht-menschlichen Natur – etwa am Beispiel des Anbaus genetisch veränderter Nahrungsmittel) und (3) **Tierethik** (sie reflektiert die Prinzipien und Normen, die dem menschlichen Handeln am Tier zugrunde liegen, z. B. im Zusammenhang mit Tierversuchen) (Düwell et al. 2006).

Der Begriff **Klinische Ethik** beschreibt wiederum ein Teilgebiet innerhalb der Medizinethik, nämlich den für die Patientenversorgung relevanten Kernbereich (vgl. Abbildung 1). Zu den Aufgabengebieten der Klinischen Ethik gehören z. B. klinisch-ethische Fallanalysen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Hilfestellungen im Umgang mit ethisch relevanten klinischen Problemen (z. B. Behandlungsfehler, fragliche Einwilligungsfähigkeit, Auslegung von Patientenverfügungen) und ggf. die Erstellung klinisch-ethischer Leitlinien.

### 1.1.2 Medizinethik und Ethik in der Zahnheilkunde

Mit dem vergleichsweise neuen und noch wenig etablierten Begriff **Ethik (in) der Zahnheilkunde** wird die Bereichsethik bezeichnet, die sich mit ethisch relevanten Fragen in der Zahnheilkunde beschäftigt. Im angloamerikanischen Raum ist hierfür seit Jahrzehnten der



Terminus **Dental Ethics** (lat. dens = Zahn; gr. ethiké = Ethik) in Gebrauch (Groß et al. 2009); allerdings hat der **Arbeitskreis Ethik (AKE)** der „Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (DGZMK) im Herbst 2010 mehrheitlich den Beschluss gefasst, *nicht* diesen international etablierten Begriff zu übernehmen, sondern die Bezeichnung Ethik in der Zahnheilkunde einzuführen. Auf diese Weise ist es z. B. möglich, bereits auf der begrifflichen Ebene auf bestehende, klinisch relevante Unterschiede zwischen dem deutschen Gesundheitssystem und den Versorgungssystemen der Länder des angloamerikanischen Sprachraums, aber auch auf etwaige Differenzen in der beruflichen Selbstorganisation und im Selbstverständnis der nationalen zahnärztlichen Berufsgruppen und auf spezifische, hieraus resultierende Probleme aufmerksam zu machen (Arbeitskreis Ethik 2010).

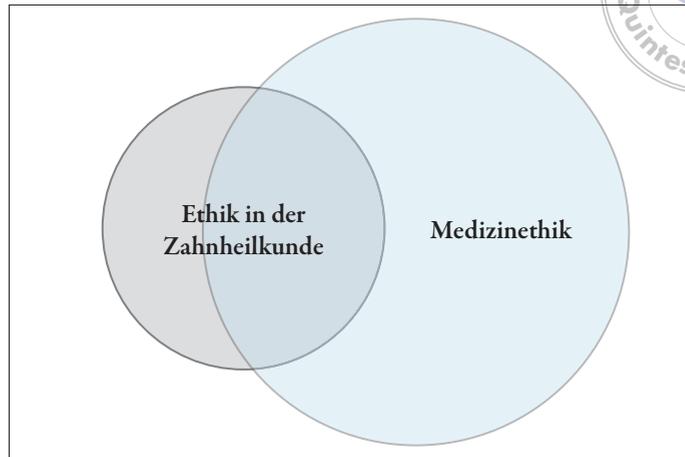
Wie verhalten sich nun aber Medizinethik und Ethik in der Zahnheilkunde zueinander?

Geht man vom zugrunde liegenden Tätigkeitsgebiet – der Zahnheilkunde – aus und interpretiert die Zahnheilkunde als integralen Bestandteil der Heilkunde, so wird man die **Ethik (in) der Zahnheilkunde** mit einiger Berechtigung als Teilbereich innerhalb der Medizinethik deuten können.

Nimmt man dagegen die Perspektive der Behandler ein, so gelangt man unter Umständen zu der Auffassung, dass die Ethik in der Zahnheilkunde *nicht* (bzw. *nicht vollständig*) in der Medizinethik aufgeht, da es sich bei den Behandlern – den Ärzten einerseits und den Zahnärzten andererseits – immerhin um zwei eigenständige Berufsgruppen mit jeweils eigenen akademischen Studiengängen und ebensolchen (Muster-)Berufsordnungen handelt (Ärztliche vs. Zahnärztliche Ethik). Für diese zweite Sichtweise spricht auch die Tatsache, dass einige kontrovers diskutierte Themenbereiche der Medizinethik im zahnärztlichen Alltag keine oder allenfalls eine geringe Rolle spielen: Beispiele hierfür sind die embryonale Stammzellforschung, das **Therapeutische Klonen**, d. h. das Klonen embryonaler Zellen zu Forschungszwecken, die **Präimplantationsdiagnostik**, d. h. die Untersuchung eines mittels *In-vitro*-Fertilisation erzeugten Embryos auf bestimmte Erbkrankheiten, die **Pränataldiagnostik**, d. h. die *In-vivo*-Untersuchung des ungeborenen Fötus auf Krankheiten, Schwangerschaftsspätabbrüche, der Umgang mit extremer Frühgeburtlichkeit in der Neonatologie, **pharmakologisches Neuro-Enhancement** („Gehirndoping“), Organspende und -handel, **Patientenverfügungen**, d. h. Vorausverfügungen von Patienten für den Fall einer späteren persönlichen Entscheidungsunfähigkeit, der Diskurs zur Sterbehilfe sowie der Umgang mit der Klinischen Sektion, mit Leichenpräparaten oder mit menschlichen Platinaten.

Dennoch greift der gelegentlich geäußerte pauschale Hinweis, dass die Zahnheilkunde anders als die Medizin nicht oder kaum von ethischen Fragen betroffen sei, da der zahnärztliche Patient nicht vital gefährdet sei, zu kurz: Klärungsbedürftige ethische Fragen und ethische Dilemmata – also Situationen, bei denen mindestens zwei gültige ethische Prinzipien kollidieren oder in denen mehrere Handlungen geboten wären, die sich aber gegenseitig ausschließen – stellen sich nicht allein bei vitaler Bedrohung.

Tatsächlich kommt einigen ethisch relevanten Themenbereichen in der Zahnheilkunde sogar eine *besondere bzw. spezifische* Bedeutung zu: Als Beispiele können der ethisch herausfordernde Umgang mit (in der Zahnarztpraxis zahlenmäßig besonders häufigen)



**Abbildung 2**  
Verhältnis von Medizinethik und Ethik in der Zahnheilkunde

Angstpatienten, die in spezifischer Weise erschwerte Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient (die behandelte Körperregion ist identisch mit dem „Sprechwerkzeug“), die hohe Relevanz der Erst- oder Früherkennung schwerwiegender Erkrankungen durch den Zahnarzt (z. B. Bulimie, bestimmte Formen der Leukämie, Diabetes), die besondere Bedeutung von Fragen der Verteilungsgerechtigkeit in der Zahnmedizin („Zwei-Klassen-Medizin“) oder der zunehmende ethische Klärungsbedarf in den neuen Bereichen **Kosmetische Zahnheilkunde** und **Dental wellness** genannt werden (→ Kapitel 4 und 5). Auch ist der „freiberufliche Identitätskern“ (Micheelis et al. 2010) bei den Zahnärzten deutlich stärker ausgeprägt als bei den Ärzten, die in weit höherem Maß in einem angestellten oder beamteten Beschäftigungsverhältnis stehen, sodass beide Berufsgruppen z. T. sehr unterschiedliche Arbeitsbedingungen und -wirklichkeiten vorfinden, die wiederum spezifische ethische Implikationen in sich bergen (vgl. Abbildung 2).

Daneben existiert noch ein weiteres Argument für die Auffassung, dass die dentale Ethik (gegenwärtig) nicht in Gänze als integraler Teilbereich der Medizinethik angesehen werden kann: So verlief die dynamische Entwicklung des Fachs Medizinethik an den deutschen medizinischen Fakultäten bisher weitgehend an der Zahnmedizin vorbei. Mit anderen Worten: Die Vertreter der professionellen Medizinethik wirken bisher nur punktuell in die Zahnheilkunde hinein.

Wie in der Medizinethik, so existiert auch innerhalb der Ethik in der Zahnheilkunde ein Teilgebiet, das sich spezifisch mit klinischen Fragen und folglich mit dem die Patientenversorgung betreffenden Kernbereich beschäftigt: die **Klinische Ethik** in der Zahnheilkunde. Hierher gehören u. a. grundsätzliche Aspekte des Umgangs mit dem zahnärztlichen Patienten (→ Kapitel 3), spezifische Herausforderungen bei der Behandlung sogenannter schutzbedürftiger Patientengruppen (→ Kapitel 4), der Umgang mit zahnärztlichen Rollen- und Zielkonflikten (→ Kapitel 5) sowie mit Behandlungsfehlern (→ Kapitel 6), aber auch – und gerade – die ethische Analyse dilemmahafter klinischer Fälle (→ Kapitel 7).



### Zurück zum Einstieg

Peter W. beklagt, dass ethische Fragen in der Medizin unter verschiedenen begrifflichen „Etiketten“ diskutiert werden, und hat Schwierigkeiten, diese Begrifflichkeiten auseinanderzuhalten. Bei genauer Betrachtung erscheint sein Problem jedoch überschaubar: Wenn man davon ausgeht, dass der Begriff Bioethik die drei Bereiche Medizinethik, Umweltethik und Tierethik subsumiert, ist bereits eine zentrale Frage beantwortet. Die Klinische Ethik bezeichnet ihrerseits den Bereich der Medizinethik, der sich mit der Patientenversorgung befasst.

Auch die Ethik in der Zahnheilkunde kann man mit einigem Recht als Teilbereich innerhalb der Medizinethik interpretieren; sie geht allerdings aus verschiedenen Gründen nicht ganz in der Medizinethik auf – z. B., weil die Zahnheilkunde einige spezifische Problemstellungen bietet und weil die Zahnärzteschaft als eigenständige Berufsgruppe auch eine eigene Berufspolitik und -ethik vertritt, die sich u. a. in einer eigenen (Muster-)Berufsordnung niederschlägt (→ Kapitel 2.1.5).

## 1.2 Ethik – ein weißer Fleck in der deutschen Zahnheilkunde?

### Zum Einstieg

Klaus G., niedergelassener Zahnarzt, stöbert im Herbst 2010 mal wieder im ständig „wachsenden“ Bücherregal seiner Tochter, einer jungen Assistenzärztin. Dabei stößt er auf das Buch „Der gute Arzt“ von Klaus Dörner aus dem Jahr 2001. Neugierig studiert er das einleitende Kapitel. Dort heißt es: „Ein Gespenst geht um in der Medizin: die Ethik. Gespenstisch, weil die plötzliche Wachstumsexplosion der Medizin-Ethik irritiert ...“

Klaus G. wundert sich: Welche „Wachstumsexplosion“? Ist etwas an ihm vorbeigegangen?

### 1.2.1 Der Status quo

Das Fach Medizinethik hat in den letzten beiden Jahrzehnten einen massiven Bedeutungszuwachs erfahren. Die gesellschaftliche und innerfachliche Diskussion um den Umgang mit ethischen Dilemmata in der Humanmedizin hat zwischenzeitlich an den medizinischen Fakultäten zur Etablierung von Lehrstühlen für Ethik der Medizin, zur Aufnahme der Ethik als Pflichtfach in das Kurrikulum des Studiengangs Humanmedizin und darüber hinaus auch zur Etablierung von Masterstudiengängen im Fach Medizinethik und angren-

# 3 Das Verhältnis von Zahnarzt und Patient: Betrachtungen aus ethischer Sicht

## Inhalt

Die Beziehung zwischen (Zahn-)Arzt und Patient unterliegt gegenwärtig einem tiefgreifenden Wandel, der nicht nur neue Anforderungen an den Behandler stellt, sondern auch grundsätzliche ethische Fragen aufwirft. Vor diesem Hintergrund widmet sich dieses dritte Kapitel zentralen Aspekten des Verhältnisses von Zahnarzt und Patient:

Am Anfang des Kapitels (3.1) steht eine Analyse der gegenwärtigen Veränderungen und Umbrüche in der Zahnarzt-Patient-Beziehung. Dabei sollen zunächst die verschiedenen Beziehungsmodelle, die unterschiedlichen Patiententypen und die Auswirkungen neuer Internet-Informationsquellen auf das Vorwissen, das Selbstverständnis und die Erwartungshaltung von Patienten erörtert werden.

Anschließend gilt es die Merkmale und Kennzeichen der „Informierten Zustimmung“ („Informed consent“) zu bestimmen, die verschiedenen Formen der Patientenaufklärung und ihre Besonderheiten zu differenzieren sowie die Voraussetzungen, Potenziale und Grenzen der Informierten Zustimmung kritisch zu diskutieren (3.2).

In Kapitel 3.3 folgt eine Analyse der zahnärztlichen Kommunikation und ihrer Fallstricke, aber auch der kommunikativen Potenziale. Übergreifendes Ziel ist es, Wege zu einer patientengerechten und ethisch verantwortlichen zahnärztlichen Kommunikation zu diskutieren.

Ähnlich wichtig wie eine erfolgreiche Kommunikation ist für die Vertrauensbildung zwischen Patient und Behandler ein verantwortungsvoller und souveräner (zahn)ärztlicher Umgang mit der Verschwiegenheitspflicht: Vor diesem Hintergrund richtet sich der Blick abschließend auf die zahnärztliche Schweigepflicht, ihre Kennzeichen, ihre ethischen Implikationen und ihre Grenzen (Offenbarungsbefugnisse und -pflichten). Besondere Aufmerksamkeit gilt hierbei dem Umgang mit den ethisch herausfordernden Grauzonenbereichen des klinischen Alltags (3.4).



## 3.2 Informed consent – Patientenaufklärung und Einwilligung

### Zum Einstieg

Bettina Z. ist eine angehende Oralchirurgin und absolviert derzeit ein Klinikjahr in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie eines westdeutschen Universitätsklinikums. Gestern erhielt sie den pathologischen Befund zu einer Gewebeprobe, die sie drei Tage zuvor dem Zungengrund eines 85-jährigen, geistig voll orientierten Patienten entnommen hatte. Wie befürchtet, hat der Pathologe ein Plattenepithelkarzinom diagnostiziert.

Der Patient stellt sich heute erneut vor, um das Ergebnis des Befundes zu erfahren und über weitergehende Schritte aufgeklärt zu werden. Kurz vor dem Termin bittet die Tochter des Patienten die Zahnärztin um ein Gespräch unter vier Augen: Sie beschwört diese mit eindringlichen Worten, ihrem Vater „auf gar keinen Fall“ die Wahrheit zu sagen, wenn es sich um einen bösartigen Tumor handle. Er leide ohnehin schon an einer „Altersdepression“ und würde bei diesem Wissen jeden Lebensmut verlieren; sie solle vielmehr von einem gutartigen, aber eben operationsbedürftigen Tumor sprechen.

Bettina Z. schwankt zwischen Verunsicherung und Verärgerung: Soll sie der Aufforderung der Tochter entsprechen oder diese als unbotmäßige Einmischung in das Zahnarzt-Patient-Verhältnis zurückweisen?

### 3.2.1 Kennzeichen des Informed consent und seine Bedeutung für den Patienten

Die umfassende **Patientenaufklärung** und die hierauf basierende ausdrückliche **Einwilligung** in die (zahn)ärztliche Behandlung – kurz zusammengefasst: **Informed consent** oder **Informierte Einwilligung bzw. Zustimmung** – sind nicht nur eine rechtliche Notwendigkeit, sondern können zudem als modernes Charakteristikum einer ethisch verantwortlichen (Zahn-)Arzt-Patient-Beziehung gelten (Groß et al. 2011a). Dieser Aspekt soll im Folgenden näher ausgeführt werden (Hick 2007; Parzeller et al. 2007; Schöne-Seifert 2007; Wear 1998).

Ethische Grundlage des Informed consent ist der Respekt vor der **Patientenautonomie** – mithin eines der vier von Beauchamp and Childress formulierten Prinzipien (Beauchamp/Childress 2009, → Kapitel 2.5). Anders als z. B. die ärztliche Schweigepflicht gehört der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten *nicht* zu den klassischen ärztlichen Standespflichten, wie sie etwa im Hippokratischen Eid (vermutlich im 4. Jahrhundert vor Christus) niedergelegt wurden; er gilt vielmehr als Errungenschaft des 20. Jahrhunderts und gewissermaßen als **Paradigma** des neuen Fachs Medizinethik, d. h. als eine bestimmte wissenschaftliche Denkweise oder eine bestimmte grundlegen-



de Sicht, welche das Fach kennzeichnet. Zugleich ist das Selbstbestimmungsrecht des Bürgers zu einer Leitidee der Moderne und zum Ideal der modernen demokratischen Gesellschaft aufgestiegen.

Die umfassende Aufklärung des Patienten ist nicht allein sichtbarer Ausdruck der Patientenautonomie, sondern zugleich ein Mittel gegen die strukturelle Asymmetrie im (Zahn-)Arzt-Patient-Verhältnis, denn der Behandler gibt sein Expertenwissen und (zumindest in der Theorie) auch seine Entscheidungsmacht im Rahmen des Aufklärungsgesprächs an den Patienten weiter.

Eine repräsentative Befragung berufstätiger deutscher Zahnärzte ergab 2009, dass sich die große Mehrheit der Zahnbehandler mittlerweile an diesem neuen Leitbild des „Informierten Patienten“, der am Entscheidungsfindungsprozess beteiligt ist, orientiert: 24 % der Befragten hielten dieses Leitbild für „sehr wichtig“, weitere 55 % für „wichtig“ (Micheelis et al. 2010).

Die moderne – medizinhistorisch betrachtet revolutionäre – Entwicklung hin zum Informed consent hat für den betreffenden Kranken weitreichende Folgen: Negativ gewendet ist die neue Entscheidungsfreiheit des Patienten immer auch zugleich die Freiheit, einen Sachverhalt falsch einzuschätzen und sich falsch zu entscheiden. Dem stehen aus ethischer Sicht mehrere positive Konsequenzen gegenüber: Zum Ersten bedeutet der Informed consent eine Stärkung der Patientenrechte und einen Zugewinn an Selbstkontrolle. Zum Zweiten bedeutet die konkrete Beteiligung des Patienten an der Entscheidungsfindung, dass dessen spezifische Bedürfnisse und Interessen berücksichtigt werden können und er diese gemäß seinen Lebensvorstellungen ausgestalten kann (individualisierte und personalisierte Behandlung). Die dritte positive Konsequenz betrifft Patienten und Behandler gleichermaßen: Jedes Aufklärungsgespräch ist bereits Teil der Therapie (Wear 1998; Hick 2007): Letzteres fördert ein besseres Verständnis des Patienten für die Anamnese, eine bessere Einschätzung der therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen, eine Erklärung für die bestehende Symptomatik und damit auch eine gewisse Beruhigung. Das Aufklärungsgespräch bietet zudem die Möglichkeit, irrationale Ängste und Vorannahmen zu verabschieden und konkrete Anknüpfungsmöglichkeiten für Gespräche über künftige Verhaltensweisen bzw. Verhaltensänderungen – etwa in den Bereichen (Sekundär-)Prävention, Therapie oder Rehabilitation – zu finden, was wiederum die Kooperationsbereitschaft des Patienten fördert. In der Summe dient das Aufklärungsgespräch folglich im besten Fall der Festigung des **Therapeutischen Bündnisses** zwischen (Zahn-)Arzt und Patient, d. h. der gemeinsamen Umsetzung eines Behandlungsplans.

### 3.2.2 Hauptformen der Aufklärung

Grundsätzlich ist zwischen zwei verschiedenen Hauptformen der Aufklärungspflicht eines (Zahn-)Arztes zu differenzieren: zwischen (1) der Eingriffsaufklärung und (2) der Sicherungsaufklärung (Groß et al. 2011a; Parzeller et al. 2007; Riha 2008):



### (1) Eingriffsaufklärung

Die **Eingriffsaufklärung** oder **Selbstbestimmungsaufklärung** und die nachfolgende Einwilligung des Patienten müssen jeder diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme, die in die körperliche Integrität des Patienten eingreift, vorausgehen. Eingriffe ohne wirksamen Informed consent erfüllen den Straftatbestand einer Körperverletzung. Insofern ist es nicht nur ein ethisches, sondern auch ein rechtliches Gebot, dem Patienten im Rahmen der Eingriffs- oder Selbstbestimmungsaufklärung alle maßgeblichen Informationen zur Verfügung zu stellen. Dies betrifft den Befund und die resultierende Diagnose, die hieraus erwachsenen bzw. drohenden Folgen für die Gesundheit, die Art der empfohlenen Maßnahme(n) bzw. der bestehenden Behandlungsalternativen, die erwarteten Heilungschancen und die mit den geplanten ärztlichen Maßnahmen (aber auch mit deren Unterlassung) verbundenen Gefahren und Risiken. Die Aufklärung soll dem Patienten eine allgemeine Vorstellung von der Art und dem Schweregrad der Erkrankung und der möglichen Behandlung (Dringlichkeit, Erfolgsaussichten, Tragweite, Alternativen, Risiken und Nebenwirkungen) vermitteln und ihn so in die Lage versetzen, selbst kompetent über die zu treffenden Maßnahmen zu entscheiden. Konkret lässt sich die Selbstbestimmungsaufklärung in die Diagnose-, Behandlungs-, Risiko- und Verlaufsaufklärung untergliedern:

- Die **Diagnoseaufklärung** beinhaltet die vollständige Information des Patienten über den medizinischen Befund und die hieraus resultierende(n) Diagnose(n). Dabei ist der (Zahn-)Arzt angehalten, den Patienten durch die Art und den Inhalt der Diagnoseaufklärung nicht ohne Not zu beunruhigen. Die Erfahrung zeigt, dass dieser Aspekt bei dem Gros der zahnärztlichen Diagnosen kein größeres Problem darstellt. Besondere kommunikative und ethische Herausforderungen birgt v. a. die Diagnoseaufklärung bei schwerwiegenden Erkrankungen bzw. bei Krankheiten mit infauster Prognose. Dennoch kann gerade hier die wahrhaftige (ggf. auf mehrere Gesprächstermine verteilte) Mitteilung von Befund und Diagnose von besonderer Bedeutung sein, da sie dem Patienten die Möglichkeit bietet, die ihm verbleibende Lebensspanne selbstbestimmt zu gestalten und ggf. sein Leben zu „ordnen“ und/oder wichtige Dispositionen zu treffen (→ Kapitel 3.2.4).
- Die **Behandlungsaufklärung** umfasst die Erläuterung der Art, der Dringlichkeit und der Erfolgsaussichten der geplanten Maßnahme(n), die Information über bestehende Alternativen und die Erläuterung der Tragweite, also der Folgen, die sich aus Durchführung bzw. Unterlassung der Maßnahme(n) ergeben (können). Abschließend kann es sinnvoll sein, eine fachliche Empfehlung zu geben; diese sollte aber für den Patienten formuliert sein, d. h. deutlich erkennen lassen, dass es sich nicht um eine persönliche Behandlungspräferenz des (Zahn-)Arztes handelt, sondern um einen auf den Fall des Patienten bezogenen (zahn)ärztlichen Rat.
- Die **Risikoaufklärung** soll über die typischen Risiken und Komplikationen informieren, die mit der diskutierten medizinischen Maßnahme verbunden sein können. Zu nennen sind in der Regel Vorfälle ab einer Häufigkeit von 1 : 2.000. Sehr seltene Risiken bedürfen dann einer ausdrücklichen Erwähnung, wenn sie bei tatsächlicher Verwirk-



lichung für den Patienten schwerwiegende Folgen zeigen. Im Rahmen der Risikoaufklärung sollte auf die Art des Risikos, seine Wahrscheinlichkeit und die mutmaßliche Bedeutung des Risikos für das weitere Leben des Patienten eingegangen werden. Aus ethischer Sicht ist es relevant, die dargestellten Risiken konkret zu beschreiben – gerade auch, um persönliche Enttäuschungen des Patienten oder Belastungen des Vertrauensverhältnisses von (Zahn-)Arzt und Patient zu vermeiden. Auch über etwaige Behandlungsalternativen und deren Chancen und Risiken ist aufzuklären. Als Faustregel gilt, dass die Risikoaufklärung umso detaillierter sein muss, je weniger dringlich der Eingriff ist; besonders hoch ist der Aufklärungsbedarf auch bei Eingriffen aus dem Bereich der ästhetischen (Zahn-)Heilkunde ohne medizinische Indikation. Zu erwähnen sind im Übrigen nicht nur die Eingriffskomplikationen oder sonstige schädliche Nebenfolgen des Eingriffs, sondern auch die Risiken, die mit dem Unterlassen eines Eingriffs verbunden sind.

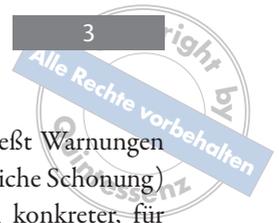
- Zur **Verlaufsaufklärung** zählen dagegen Vorabinformationen über zu erwartende Eingriffsfolgen, z. B. über entstehende Zahnlücken oder persistierende Operationsnarben, sowie ganz grundsätzliche Angaben zum mutmaßlichen Zustand nach dem Eingriff. In die Verlaufsaufklärung gehören zudem Informationen über die Erfolgs- bzw. die Versagerquoten bei einem Eingriff. Die Verlaufsaufklärung soll den Patienten schließlich auch darüber informieren, wie die Krankheit voraussichtlich künftig verlaufen wird, wenn er dem Eingriff nicht zustimmt.

Im Verlauf und am Ende des Aufklärungsgesprächs sollte sich der (Zahn-)Arzt durch regelmäßige Rückfragen versichern, dass die gegebenen Informationen beim Patienten angekommen sind und von ihm verstanden wurden (→ Kapitel 3.3.4). Ebenso wichtig ist es, dem Patienten das Signal zu geben, dass es vollkommen akzeptabel ist, wenn er die Entscheidung für oder gegen die Behandlungsmaßnahme(n) im Bedarfsfall erst zu einem späteren Zeitpunkt trifft. Vor allem bei größeren elektiven Eingriffen sollten Aufklärungsgespräch und Eingriff nicht in direkter zeitlicher Abfolge geplant werden; vielmehr ist hier von vorneherein eine Bedenkzeit vorzusehen.

Die umfassende Aufklärung des Patienten ist, wie erwähnt, eine rechtliche Pflicht: Die Beweislast über den Inhalt der Selbstbestimmungsaufklärung liegt beim (Zahn-)Arzt. Es liegt daher in dessen Interesse, den Inhalt der Aufklärung lückenlos zu dokumentieren und sich dies u. U. vom Patienten schriftlich bestätigen zu lassen. Patienten besitzen ihrerseits ein Recht zur Einsichtnahme in die eigene Patientenakte.

### (2) *Sicherungsaufklärung*

Von der Eingriffs- oder Selbstbestimmungsaufklärung klar zu unterscheiden ist die **Sicherungsaufklärung (Therapeutische Aufklärung)**. Sie bezeichnet die Aufklärung des Patienten über ein therapiegerechtes Verhalten zur Sicherung des Heilerfolges und setzt zumeist erst *nach* der Durchführung eines bestimmten Eingriffs ein. Die Sicherungsaufklärung soll die Eigenverantwortung des Patienten stärken und ein gesundheitsförderndes



Verhalten *nach* der therapeutischen Maßnahme gewährleisten. Dies schließt Warnungen vor möglichen Folgen ungesunden Verhaltens (z. B. unzureichende körperliche Schonung) ein, ebenso Hinweise auf Unverträglichkeitsrisiken oder Empfehlungen konkreter, für den Heilungsprozess maßgeblicher Änderungen der Lebensführung (z. B. Umstellung der Mundhygienemaßnahmen und Ernährungsgewohnheiten, Etablierung eigenverantwortlicher sekundärprophylaktischer Maßnahmen). Die Sicherungsaufklärung erstreckt sich auch auf die Medikation: Rezeptiert oder verabreicht der (Zahn-)Arzt ein Medikament, so muss er den Patienten über Dosis, Nebenwirkungen, Risiken und Unverträglichkeiten informieren. Das Faktum, dass jeder Medikamentenpackung ein Beipackzettel beigelegt ist, macht die therapeutische Aufklärung durch den (Zahn-)Arzt nicht entbehrlich.

Auch diagnostische Informationen können in bestimmten Situationen in den Bereich der Sicherungsaufklärung fallen – etwa dann, wenn eine Infektionskrankheit wie Hepatitis C diagnostiziert wird, die mit einer beträchtlichen Ansteckungsgefahr für Dritte verbunden ist, sodass dem weiteren Verhalten des Patienten besondere Bedeutung zukommt.

Die Sicherungsaufklärung ist eine therapeutische Pflicht. Das Versäumnis oder die mangelhafte Durchführung einer Sicherungsaufklärung ist als grober Behandlungsfehler zu werten (vgl. Tabelle 11).

### 3.2.3 Voraussetzungen und Grenzen eines Informed consent

Selbstbestimmte Entscheidungen sind nur möglich, wenn gewisse Voraussetzungen gegeben sind (Groß et al. 2011a; Wiesemann/Biller-Andorno 2005): So muss der Patient (1) in umfassender und verständlicher Weise aufgeklärt worden sein, (2) die (zahn)ärztlichen Informationen aufgenommen und verstanden haben und (3) bei seiner Entscheidungsfindung frei von steuernden Außeneinflüssen bzw. Zwängen sein. Schließlich muss (4) eine Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit gegeben sein, d. h., der Patient muss Wesen, Bedeutung und Tragweite der besprochenen Maßnahme verstehen und ermessen können (vgl. Tabelle 12).

Nicht oder nur bedingt entscheidungsfähige Patienten stellen an den Zahnarzt besondere fachliche und ethische Anforderungen (→ Kapitel 4.1). Ob ein Patient entscheidungsfähig ist, kann nicht allein nach Aktenlage beurteilt werden. Die Tatsache, dass ein Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat und vor dem Gesetz die volle **Geschäftsfähigkeit** besitzt, d. h. fähig ist, Rechtsgeschäfte vorzunehmen, sagt noch nichts über seinen aktuellen kognitiven oder emotionalen Zustand aus. Die Kognition kann in Einzelfällen auch beim zahnärztlichen Patienten – bei großer Angst (z. B. ausgeprägte Zahnbehandlungsphobie) oder bei extremen Zahnschmerzen (z. B. perakute Pulpitis) – aktuell eingeschränkt sein; jeder Zahnarzt sollte diesen Zusammenhang bei der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit, aber auch bei der Ausgestaltung des Aufklärungsgesprächs bedenken. Gleiches ist möglich bei Patienten, die an (passageren) Bewusstseinsstörungen leiden oder gerade unter einer bestimmten Medikation bzw. unter Drogeneinfluss stehen. Eine emotional bedingte Einschränkung der Entscheidungsfähigkeit kann z. B. bei einer akuten Depression vorliegen. Weitere Beispiele für eine

**Tabelle 11** Hauptformen der Aufklärung

<b>Eingriffsaufklärung oder Selbstbestimmungsaufklärung</b>	<b>Sicherungsaufklärung oder Therapeutische Aufklärung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diagnoseaufklärung</li> <li>■ Behandlungsaufklärung</li> <li>■ Risikoaufklärung</li> <li>■ Verlaufsaufklärung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufklärung über therapiegerechtes Verhalten zur (Ab-)Sicherung des Heilerfolges</li> <li>■ (Ggf. Aufklärung über diagnosegerechtes Verhalten)</li> </ul>

**Tabelle 12** Voraussetzungen eines Informed consent

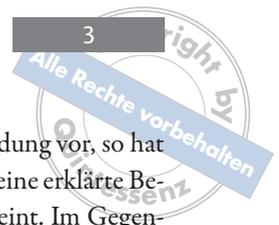
- (1) Umfassende und verständliche Aufklärung
- (2) Intellektuelles Aufnehmen und Verstehen des Gesagten durch den Patienten
- (3) Freie Entscheidungsmöglichkeit ohne steuernde Außeneinflüsse
- (4) Bestehende Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit

potenzielle Entscheidungsunfähigkeit bieten Patienten, die an anderen psychischen Erkrankungen (z. B. akute Psychosen) oder demenziellen Veränderungen leiden.

Letztlich ist jeder Patientenfall einzeln zu betrachten und zu beurteilen. Im Falle einer eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit ist es z. B. vielen Erkrankten noch möglich, ihren Willen zu bekunden, sodass sie in Aufklärungsgespräche einzubinden sind – ggf. auch dann, wenn ein gesetzlicher Betreuer bestellt ist, der eine Entscheidung im Sinne des Patienten treffen soll.

Besonderes Augenmerk verdienen minderjährige Patienten in der Adoleszenz: Bei Letzteren ist zu beachten, dass die Einwilligungsfähigkeit eben nicht an die Geschäftsfähigkeit – also nicht an ein Lebensalter von mindestens 18 Jahren – gebunden, sondern in der Regel schon früher gegeben ist. Auch 14- oder 15-Jährige können rechtswirksam einwilligen, sofern der (Zahn-)Arzt – unter Berücksichtigung der Art und Schwere des konkreten Eingriffs – von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit der betreffenden Person ausgehen kann. In der Praxis wird angenommen, dass Personen unter 14 Jahren bei anstehenden Routineeingriffen noch nicht die erforderliche Reife zu einem Informed consent besitzen, und in den meisten Entscheidungssituationen in der Zahnheilkunde ist es empfehlenswert, bei Minderjährigen im Teenageralter zugleich die Einwilligung der Sorgeberechtigten nach vorausgegangener Aufklärung einzuholen. Letztlich ist jedoch die Fallkonstellation maßgeblich: Wenn etwa eine 17-jährige Patientin ihren Gynäkologen um die Verschreibung eines Kontrazeptivums bittet und der Arzt zu der Überzeugung gelangt, dass die Patientin entscheidungsfähig ist, also Wesen, Bedeutung und Tragweite der Entscheidung ermes- sen kann, ist der Arzt gegenüber den Eltern bzw. Sorgeberechtigten zur Verschwiegenheit verpflichtet.





Liegen die vier oben genannten Kriterien einer selbstbestimmten Entscheidung vor, so hat der geäußerte Patientenwille Gültigkeit – auch dann, wenn es sich z. B. um eine erklärte Behandlungsverweigerung handelt, die dem (Zahn-)Arzt unvernünftig erscheint. Im Gegenzug kann der (Zahn-)Arzt aber auch nicht zu Behandlungsmaßnahmen „genötigt“ werden, für die er selbst keine medizinische Indikation sieht.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die „stellvertretende Einwilligung“ des gesetzlichen Stellvertreters einzuholen – dies können (bei Minderjährigen) die Eltern/ein Elternteil oder aber (häufiger bei Erwachsenen) eine zum gesetzlichen Betreuer bestellte Person sein. Dessen ungeachtet sind nicht einwilligungsfähige Patienten über die vorge-sehene Maßnahme so weit zu informieren, wie es ihrem Auffassungsvermögen entspricht (→ Kapitel 4.1).

Das Aufklärungsgespräch stellt eine (zahn)ärztliche Aufgabe dar und ist nicht an das nachgeordnete Fachpersonal delegierbar. Nur in wenigen Ausnahmefällen ist es zulässig, die Aufklärung des Patienten zu unterlassen. Neben dem nachfolgend zu diskutierenden, sehr seltenen Sonderfall des „Therapeutischen Privilegs“ (→ Kapitel 3.2.4) ist dies in einer Notfallsituation gegeben, bei der ein regelhaft durchgeführter Informed consent einen vital bedrohlichen Zeitverzug bedeuten würde. Wenn Gefahr im Verzug ist, darf der Behandler unterstellen, dass der Patient die erforderliche medizinische Maßnahme wünscht, und so eine Art „Geschäftsführung ohne Auftrag“ übernehmen – z. B. dann, wenn ein Risikopatient auf dem Zahnarztstuhl kardial dekompensiert und Erste-Hilfe-Maßnahmen erforderlich werden (Killinger 2009). Sofern der Patient ansprechbar ist, sollte in einer derartigen Situation nur die nötigste Information gegeben und die ausführliche Aufklärung zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden.

Zu erwähnen ist eine weitere Ausnahme: In seltenen Fällen möchten Patienten von ihrem **Recht auf Nicht-Wissen** Gebrauch machen und explizit auf ihr Informationsrecht verzichten. Erfolgt dieser Wunsch ohne äußeren Zwang und bei bestehender Entscheidungsfähigkeit, ist er zu respektieren. Dabei empfiehlt sich eine schriftliche Dokumentation dieses speziellen Patientenwunsches; zudem sollte der (Zahn-)Arzt auch in der Folge immer wieder die Bereitschaft signalisieren, den Patienten jederzeit über das weitere therapeutische Geschehen aufzuklären.

### 3.2.4 Kritik am Primat der Patientenautonomie und der „Radikalität“ des Informed-consent-Konzeptes

Die grundsätzliche Relevanz des Informed-consent-Konzeptes und seine Einordnung als Qualitätsmerkmal (zahn)ärztlichen Handelns werden heutzutage kaum infrage gestellt. Gegenstand kritischer Diskussionen sind jedoch das Ausmaß, die konkreten Anforderungen und die „Operationalisierung“ der Patientenaufklärung.

Während viele Ethiker in der konsequenten Umsetzung des Informed-consent-Gedankens einen Sieg des selbstbestimmten Patienten über den ärztlichen Paternalismus sehen, betont mancher Kritiker, dass eine *vollumfängliche* informierte Aufklärung *a priori* uner-

reichbar – mithin also eine Fiktion – sei (Hick 2007); außerdem verstelle diese den Blick auf die Tatsache, dass der Patient zuvorderst (zahn)ärztliche Hilfe erhoffe und nicht eine Fülle an (potenziell angstauslösenden) aufklärerischen Informationen suche. Dabei argumentieren auch die Kritiker eines extremen Informed consent mit ethischen Prinzipien: Sie stellen ihrerseits Aspekte der (zahn)ärztlichen Fürsorge (Benefizienz) in den Mittelpunkt der Argumentation. Konkret werden die folgenden vier Aspekte bzw. Motive besonders häufig angeführt:

#### (1) *Warnung vor dem Nocebo-Effekt*

Der Nocebo-Effekt beschreibt potenziell schädliche Wirkungen einer Aufklärung des Patienten über Risiken, Nebenwirkungen und mögliche Spätfolgen (Hahn 1997). Eine allzu „risikoorientierte“ Patientenaufklärung kann tatsächlich dazu führen, dass Ängste und medizinische Komplikationen ausgelöst werden, kurz: dass sich die Gesundheitssituation des Patienten durch eine negative Erwartungshaltung verschlechtert. (Der Nocebo-Effekt ist damit das Antonym zum **Placebo-Effekt**, der durch eine positive Veränderung des Befindens nach der Gabe von Scheinwirkstoffen gekennzeichnet ist; „Wirkstoff“ eines Placebos ist folglich eine positive Erwartungshaltung).

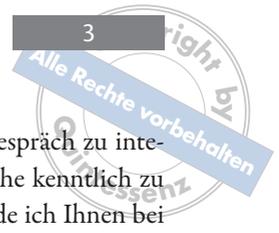
Die gelegentlich zu beobachtende, problematische Tendenz, den Patienten im Rahmen der Aufklärung mit allen nur denkbaren, aber abwegigen Risiken und Komplikationsmöglichkeiten zu konfrontieren, wird auch kritisch als **Truth dumping** – d. h. als unsensibles Ausschütten oder Abladen von statistischen (Behandlungs-)Risiken und Wahrscheinlichkeiten vor dem Patienten – bezeichnet.

Angesichts der Existenz von Nocebo-Effekten ist es wichtig, in der Kommunikation mit dem Patienten positive Erwartungen zu verstärken und negative zu reduzieren. Dies darf freilich nicht bedeuten, dass eine seriöse Risiko-Aufklärung unterbleibt; vielmehr ist diese so zu gestalten, dass sie mit einer positiven Perspektive verbunden wird bzw. – wenn möglich – eine solche Aussicht am Ende des Gesprächs steht.

#### (2) *Verweis auf bewährte alternative Konzepte der Entscheidungsfindung*

Manche Kritiker des modernen Informed-consent-Konzeptes verweisen auf andere „bewährte“ Vorgehensweisen – so etwa auf die Maxime „Behandle jeden Patienten derart, wie Du Deine Familienmitglieder behandelt sehen möchtest“: Wenn ich als (Zahn-)Arzt nach der vorgenannten Maxime verfare, mache ich die Therapieentscheidung von dem abhängig, was ich aufgrund meiner eigenen familiären und sozialen Erfahrungen für maßgeblich erachte. Ich treffe also eine therapeutische (Vor-)Entscheidung, die meiner eigenen Erfahrungswelt, meinem Wertesystem und meiner Lebensrealität entspricht, und agiere somit zwangsläufig paternalistisch.

Tatsächlich kann es eine wertvolle perspektivische Erweiterung sein, wenn Behandler versuchen, im Patienten einen bedürftigen Angehörigen zu sehen. Man sollte jedoch berücksichtigen, dass es verschiedene Werthaltungen und Lebensmaximen gibt und dass die Einnahme dieser Perspektive nicht für jeden Patienten in gleichem Maße hilfreich ist.



Es spricht wenig dagegen, einen solchen Blickwinkel in das Aufklärungsgespräch zu integrieren. Wichtig wäre es jedoch, die persönliche Meinung explizit als solche kenntlich zu machen – etwa in der Form: „Frau X, wenn Sie meine Mutter wären, würde ich Ihnen bei diesen Ausgangsbefunden und den angegebenen Zuzahlungsmöglichkeiten zweifellos zu einer implantatgestützten Versorgung raten.“

### (3) *Primat der Gestützten Autonomie*

Der Begriff beschreibt gewissermaßen eine Synthese zwischen den beiden ethisch relevanten Prinzipien „Respekt vor der Patientenautonomie“ und „(zahn)ärztliche Fürsorge“. Hiernach ist Autonomie ein zwar wesentliches, nicht aber übergeordnetes Prinzip im Umgang mit dem Patienten: „Erst Elemente der Fürsorge ermöglichen die Entfaltung einer tragfähigen Beziehung zwischen den Beteiligten“ (Geisler 2005). Ausgangspunkt dieser Position ist die Erfahrung, dass Angst oder Schmerzen (mithin Aspekte, die gerade im Erleben des zahnärztlichen Patienten u. U. besondere Bedeutung haben), aber auch Hilflosigkeit angesichts einer vital bedrohlichen Krankheit die Fähigkeit zu selbstbestimmten Entscheidungen und Handlungen – und damit den Stellenwert und Nutzen des Informed consent – deutlich einschränken. Gerade in diesen Fällen gewinne, so Geisler, eine „Ethik der Fürsorge“ gegenüber der Patientenaufklärung an Gewicht.

So plausibel diese Argumentation auch erscheint – sie darf nicht dazu führen, dass man z. B. im Vorfeld von Schmerzbehandlungen nicht aufklärt, sondern allenfalls, dass man sich zunächst auf wesentliche Elemente beschränkt und weiterführende Aspekte erst dann bespricht, wenn der Patient seine Schmerzen überwunden hat und seine Selbstbestimmung wieder im gebotenen Maß wahrnehmen kann.

### (4) *Rückgriff auf das Therapeutische Privileg*

Unter diesem Begriff wird das Recht des Behandlers verstanden, auf eine Patientenaufklärung dann zu verzichten, wenn dem Kranken hierdurch ein unabsehbar großer Schaden zugefügt würde – etwa, wenn es sich um einen Patienten mit einem fortgeschrittenen Mundbodenkarzinom mit infauster Prognose handelt und der Kieferchirurg oder (Zahn-)Arzt Anhaltspunkte hat, dass eine **Wahrhaftige Aufklärung** im betreffenden Fall die Zerstörung der Lebenshoffnung und eine psychische Extremreaktion (z. B. eine suizidale Handlung) zur Folge hätte. Manche Patienten, so die Verfechter des „Therapeutischen Privilegs“, wollten oder könnten die (volle) Wahrheit nicht ertragen. Das Aussprechen einer **Gnädigen Lüge** oder **Wohlvollenden Täuschung** (engl. **Benevolent deception**) könne so unter Umständen gerechtfertigt sein.

Anders als in früheren Zeiten wird dem „Therapeutischen Privileg“ heutzutage nur noch selten das Wort gesprochen. Zumindest vier Argumente sind gegen das Prinzip anzuführen: Zum Ersten ist *rechtlich* Vorsicht geboten. So kann das Verschweigen einer vital bedrohlichen Erkrankung als Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht gedeutet werden. Zum Zweiten gibt es praktische *medizinische* Gründe für eine Aufklärung: Um Patienten z. B. in der letzten Lebensphase palliativmedizinische Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, bedarf es

zunächst einer umfassenden Aufklärung über die Notwendigkeit derartiger Maßnahmen – dies kann nicht gelingen, wenn man dem Patienten zuvor nicht die Wahrheit mitgeteilt hat. Und zum Dritten ist das therapeutische Privileg auch aus *ethischer* Sicht nur in absoluten Ausnahmefällen zu rechtfertigen, weil es dem Prinzip der **Wahrhaftigkeit** (engl. **Veracity**) widerspricht – und in der Zahnheilkunde oder Kieferchirurgie dürften derartige Ausnahmesituationen noch seltener zu finden sein als in einigen anderen medizinischen Fachdisziplinen (Onkologie, Strahlentherapie u. a.). Der Respekt vor der Patientenautonomie gebietet es im Regelfall, dem Anspruch des Patienten auf Information Genüge zu leisten und ihm so beispielsweise eine letzte Lebensphase in Selbstbestimmung zu ermöglichen. Unterstützt wird diese Sichtweise zum Vierten durch die *gesellschaftliche Erwartung*: Umfrageergebnisse machen deutlich, dass heutzutage die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung wünscht, auch im Falle eines Krebsleidens vom Arzt aufgeklärt zu werden (Husebø/Klaschik 2006).

Dessen ungeachtet gibt es eine Reihe von Situationen, die den (Zahn-)Arzt zunächst vor einer vollständigen Aufklärung zurückschrecken lassen bzw. diese erschweren: Hierzu zählen neben der Konstellation, dass die Patienten deutlich erkennen lassen, die volle Wahrheit nicht ertragen zu können, auch die konkrete Sorge vor einer Panikreaktion des Patienten oder aber die Angst, den Patienten verstandesmäßig zu überfordern. In diesen Fällen empfiehlt es sich, die Aufklärung auf mehrere, emotional leichter verarbeitbare Gesprächseinheiten aufzuteilen, die sich u. U. am signalisierten Gesprächsbedürfnis des Patienten orientieren können. Auch für den Behandler kann eine solche „Aufklärung im Prozess“ hilfreich sein – insbesondere dann, wenn er die Aufklärungssituation selbst als strapaziös erlebt und er sich emotional und/oder kommunikativ überfordert fühlt.

### 3.2.5 Schlussbemerkungen

Wenngleich die in Kapitel 3.2.4 genannten Argumente und Motive nicht substanzlos sind, bleibt der Informed consent in rechtlicher wie ethischer Hinsicht eine wichtige Errungenschaft unserer Zeit. Selbst bei „schlimmen“ Wahrheiten mit erschweren kommunikativen Rahmenbedingungen gibt es einige ethisch relevante Gründe für eine – ggf. schrittweise – wahrhaftige Aufklärung (Hick 2007, Riha 2008): Zum Ersten ist Wahrhaftigkeit ein Wert an sich. Zum Zweiten bildet sie die Voraussetzung für Glaubwürdigkeit und Vertrauen: Ein gelungenes Aufklärungsgespräch festigt das therapeutische Bündnis, d. h., es stärkt die Beziehung zwischen Patient und Behandler und verbessert damit die Ausgangssituation für eine gezielte (zahn)ärztliche Unterstützung in der letzten Lebensphase. Zum Dritten ist sie Ausdruck des Respekts vor der Autonomie des Patienten. Zum Vierten kann Hoffnung nur dann greifen, wenn sie mit der (letztlich unverkennbaren) Realität übereinstimmt. Zum Fünften deuten Studien darauf hin, dass selbst Tumorpatienten mehrheitlich eine wahrhaftige Aufklärung erwarten und dass Letztere sie emotional stabilisiert, weil die Krankheit einen Namen erhält und so spekulative, zermarternde Ängste (*Was habe ich wirklich? Wie lautet die ganze Wahrheit?*) abgebaut werden können (Schlömer-Doll/Doll 2000); sie för-

dert so die Krankheitsbewältigung. Und zum Sechsten bietet sie die Möglichkeit, offene Angelegenheiten zu regeln und letzte wichtige Dinge in die Wege zu leiten (Herbeiführung privater Aussprachen, Verfassen einer Patientenverfügung, Klärung betreuungsrechtlicher und testamentarischer Fragen etc.).

### Zurück zum Einstieg

Tatsächlich hat sich die Tochter mit der Aufforderung, die Malignität des Tumors zu verschweigen, in das Zahnarzt-Patient-Verhältnis eingemischt. Da der Patient „geistig voll orientiert“ und damit offensichtlich auch entscheidungsfähig ist und die Tochter nicht die Funktion einer gesetzlich bestellten Betreuerin innehat, gibt es aus rechtlicher Sicht keine Veranlassung, die Tochter in das folgende Aufklärungsgespräch einzubinden – es sei denn, der Patient äußert ebendiesen Wunsch.

Dennoch sollte Bettina Z. den Hinweis der Tochter prüfen, indem sie im nachfolgenden Gespräch mit dem Patienten ein besonderes Augenmerk auf seine psychische Verfassung und seine emotionale Stabilität richtet. Es ist allerdings keine Option, *a priori*, d. h. allein aufgrund der Aufforderung der Tochter, von einer wahrhaftigen Aufklärung abzusehen – zumal die Reaktion der Tochter auch einer falsch verstandenen Sorge um den Vater geschuldet sein kann. Im Zweifelsfall wäre ein psychiatrisches Konzil einzuholen bzw. mit dem die Altersdepression behandelnden Arzt Rücksprache zu halten. Häufig lässt sich jedoch eine schrittweise Aufklärung durchführen, die dem Patienten die Gelegenheit gibt, sich mit dem Gedanken an ein malignes Geschehen vertraut zu machen und zudem nach und nach seine (möglicherweise vor der Tochter geheim gehaltenen) Fragen und Sorgen anzusprechen.

# 7

## Klinisch-ethische Fallanalysen in der Zahnheilkunde

### **Inhalt**

Kapitel 7 führt in die klinisch-ethische Fallanalyse ein.

Hierbei wird zunächst in Kapitel 7.1 erläutert, was einen konflikt- oder dilemmahaften Fall auszeichnet und warum es lohnend ist, in derartigen Situationen eine ethische Fallanalyse vorzunehmen. Anschließend gilt es zu klären, wie man ethische Kriterien bzw. Prinzipien auf den konkreten klinischen Fall anwendet und welcher organisatorische Rahmen – welches „Setting“ – sich für das Einüben klinisch-ethischer Fallanalysen eignet.

Kapitel 7.2 bietet nachfolgend 20 musterhafte klinische Fälle aus verschiedenen Bereichen des zahnärztlichen Alltags. Die betreffenden Fälle beruhen auf wahren Begebenheiten, sind jedoch anonymisiert und verfremdet und zudem so zugespitzt, dass der ethische Konflikt deutlich hervortritt. Jeder Fallbericht endet mit einer Reihe offener Fragen, die den ethischen Klärungsbedarf verdeutlichen. Die Kasuistiken werden jeweils von zwei in Klinischer Ethik geschulten (Zahn-)Ärzten kommentiert; diese unterbreiten ihre persönlichen Vorschläge zur Lösung des Falls und liefern hierbei zugleich ethisch relevante Argumentationen und Begründungen.

## 7.2.4 Abweichende Behandlungspläne von Hauszahnarzt und konsultiertem PAR-Spezialisten und moralische Implikationen (Fall 4)

### ■ Der Fallbericht

E. F., eine gesetzlich versicherte Patientin in mittleren Jahren, befindet sich seit langer Zeit bei ihrem Hauszahnarzt Dr. A. M. in Behandlung. Immer wieder aufflammende Zahnfleischbeschwerden werden von A. M. akut mit lokalem subgingivalem Scaling, Chlorhexidin-Gaben (CHX-Gel) oder lokalen Antibiotika behandelt. Nur einmal, vor ca. fünf Jahren, fand eine geschlossene Parodontalbehandlung (PAR-Behandlung) aller Zähne statt. Dr. A. M. führt nur selten (meist auf direkte Nachfrage gut informierter Patienten) systematische Parodontalbehandlungen durch, ist im Bereich Parodontologie nicht fortgebildet und zählt das Gebiet nicht zu seinen Tätigkeitsschwerpunkten. Bei einer Routine-Untersuchung stellt Dr. A. M. nun bei einigen Zähnen eine maßgebliche Verschlechterung des Parodontalzustandes fest und teilt seiner Patientin mit, dass einige Zähne nicht mehr erhaltungswürdig seien. Er empfiehlt, die fraglichen Zähne zu extrahieren und eine Teilprothese anzufertigen.

Die Patientin reagiert stark beunruhigt und äußert spontan die Frage, ob Dr. A. M. nicht einen auf „Zahnfleischprobleme“ spezialisierten Zahnarzt kenne, den sie noch um eine Zweitmeinung bitten könne – v. a. um das Gefühl zu haben, in dieser Angelegenheit nichts versäumt zu haben. Dr. A. M. reagiert sehr entspannt und freundlich und empfiehlt einen gut befreundeten jüngeren Kollegen Dr. K. S., der in derselben Stadt praktiziert und die Parodontologie zu seinen Weiterbildungsschwerpunkten zählt. Danach klärt er sie über die vorgeschlagene Behandlung auf und veranlasst die Erstellung eines Heil- und Kostenplans. Die verfügbaren Befunde und seinen Behandlungsplan samt Kopie des Heil- und Kostenplans leitet er später auf dem Postweg an den Kollegen zur Kenntnisnahme weiter.

Dr. K. S. bestätigt zwei Wochen später den schlechten parodontalen Zustand der fraglichen Zähne, registriert aber auch eine deutlich suboptimale zahnärztlich-parodontologische Betreuung. Ein Gespräch mit der Patientin über geeignete Mundhygienemaßnahmen und die bisherigen therapeutischen Maßnahmen offenbart eklatante Wissenslücken sowie eine unzureichende oder erfolglose zahnärztlich-prophylaktische Schulung.

Dr. K. S. hält einen Erhalt der meisten Zähne bei guter Mitarbeit der Patientin, einer professionell durchgeführten Parodontalbehandlung einschließlich einer evtl. erforderlichen Antibiose, einer konsequenten Eingliederung in den Recall und guter Adhärenz (= Compliance) der Patientin für wahrscheinlich. Er mutmaßt, dass allenfalls ein einziger sehr kritischer Zahn extrahiert werden müsste und die geplante, im Heil- und Kostenplan dokumentierte teilprothetische Versorgung hinfällig wäre.

K. S. ist unschlüssig, wie er sich verhalten soll: *Darf er den Behandlungsplan des Kollegen durch eine anderslautende Einschätzung durchkreuzen, und, wenn ja, sollte er dies zuerst mit diesem besprechen, bevor er sich gegenüber der Patientin erklärt? Darf oder muss er den älteren, befreundeten Kollegen fachlich kritisieren? Soll er der Patientin, die ihn explizit um ein „offenes Wort“ gebeten hat, seine direkte ehrliche Einschätzung geben? Ist es unkollegial, wenn er der Patientin anbietet, eine systematische PAR-Behandlung durchzuführen, oder ist er als verantwortungsvoller Behandler der Patientin gegenüber sogar zu diesem Schritt verpflichtet? Überwiegen die moralischen Verpflichtungen gegenüber dem Kollegen oder diejenigen gegenüber der Patientin, oder lassen sich beide in Einklang bringen?*

*Dominik Groß*

## ■ Kommentar 1

Der langjährige Zahnarzt einer Patientin schätzt deren Zähne zu einem beträchtlichen Anteil als nicht mehr erhaltungswürdig ein und rät zur Extraktion mit nachfolgender teilprothetischer Versorgung. Er überweist sie aber auf ihren Wunsch hin zu einem Spezialisten für Parodontologie, der eher zu einer systematischen Parodontaltherapie unter weitgehender Zahnerhaltung tendiert. Welcher Behandlungsansatz richtig ist, lässt sich aus den vorliegenden Informationen nur bedingt ableiten. Wie in der Literatur beschrieben, beruht die Entscheidung über Zahnextraktionen auf etlichen nicht-parodontalen Faktoren, wobei neben restaurativen Aspekten diverse patientenbezogene Variablen eine wesentliche Rolle spielen. Nicht zuletzt ist der Literatur zufolge auch die „klinische Philosophie“ des jeweiligen Zahnarztes von nicht zu unterschätzender Bedeutung (Kwok/Caton 2007).

Die vorliegende Fragestellung bezieht sich auf die parodontale Behandlung einer einzelnen, in Deutschland lebenden Patientin. Obwohl hier ein individuelles Problem abzuhandeln ist, erscheint es notwendig, die Situation auch unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität auf Populationsbasis abzuschätzen. Epidemiologische Daten zeigen, dass die parodontologische Versorgung in Deutschland stark verbesserungswürdig ist. So stehen beispielsweise acht bis zwölf Millionen schweren Fällen von Parodontalerkrankungen nur knapp eine Million abgerechneter Parodontalbehandlungen pro Jahr gegenüber. Es fehlen weitergebildete Spezialisten für Parodontologie mit nachgewiesener Expertise. Empfehlungen, entsprechende Fachzahnärzte auszubilden, werden von Landesvertretern mit dem Hinweis abgelehnt, dass Studienabsolventen nach 5-jährigem Zahnmedizinstudium auf dem Gebiet der Zahnheilkunde einschließlich der Parodontologie bereits einem Facharzt gleichzusetzen und somit derartige Weiterqualifikationen unnötig seien (Schneider 2011). Da bei uns die Studienabsolventen bereits als Fachärzte angesehen werden, ist eine Überweiskultur wenig entwickelt.

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen werden die Fragen wie folgt beantwortet:



- Der befragte Kollege darf eine anderslautende Einschätzung abgeben als der überweisende Kollege, wenn er dies plausibel begründen kann.
- Es wäre dennoch sinnvoll, wenn er beim langjährigen Vorbehandler und eventuell auch beim Hausarzt vor einer definitiven Planung noch möglichst viele weitere relevante Informationen einholte.
- Bei der Aufklärung der Patientin kann er durchaus anführen, dass es bei parodontologischen Prognosestellungen zahlreiche Unsicherheitsfaktoren gibt. Auch unterschiedliche Behandlungsphilosophien können thematisiert werden. Ein offenes Wort und eine ehrliche Einschätzung können ihm nicht verwehrt werden, denn gerade deshalb wurde die Patientin ja an ihn überwiesen.
- Es ist nicht unkollegial, sondern geradezu notwendig, im Falle einer gegebenen Indikation eine systematische Parodontalbehandlung anzuraten, wobei zunächst offenbleiben kann, wer diese durchführen soll.
- In Anbetracht der epidemiologischen Daten sowie der Tatsache, dass seitens der Mehrheit der zahnärztlichen Standesführung echte parodontologische Weiterbildungen in der Vergangenheit kaum gefördert wurden, erscheint es nicht angezeigt, einzelne Zahnärzte für diese offenkundigen Probleme verantwortlich zu machen. Vielmehr muss jenen Kollegen besondere Anerkennung gezollt werden, die ihre Fachgrenzen erkennen und bei Bedarf kompetente Spezialisten zurate ziehen. Man kann dann ggf. Patienten auch gemeinsam betreuen. Durch eine angemessene Gesprächsführung sollten sich sowohl die Verpflichtungen gegenüber dem Kollegen als auch jene gegenüber der Patientin in Einklang bringen lassen.

*Hans-Jörg Staehle und Ti-Sun Kim*

## ■ Kommentar 2

In diesem Fallbeispiel lag offensichtlich bereits eine seit langer Zeit bestehende, chronifizierende Parodontalerkrankung vor. Hier zeigt sich – eine gute Betreuung und entsprechende Beratung durch den Hauszahnarzt einmal vorausgesetzt – der wichtige ethische *Grundsatz des Respekts vor der Patientenautonomie* v. a. in einem Punkt: Ist der betreffende Patient bereit und in der Lage, dauerhaft sehr viel Zeit und Aufwand sowie Kosten für den Erhalt seiner parodontal erkrankten Zähne aufzuwenden, oder eben nicht?

Eine systematische PAR-Therapie macht medizinisch (und auch wirtschaftlich) nur dann Sinn, wenn nachfolgend über viele kommende Jahre eine hervorragende Mundhygiene betrieben wird und auch sehr engmaschige Nachkontrollen bzw. nachfolgende professionelle Zahnreinigungen (PZR) erfolgen. Reißt dieses hohe Engagement aber ab, tritt die Parodontalerkrankung wieder auf. Es kann dann, trotz aller vorausgegangenen Therapieerfolge, zu raschem Zahnverlust kommen. Leider ist der Anteil der Patienten, die nach einigen professionellen Zahnreinigungen wieder in ihre alten Gewohnheiten zurückfallen, auch bei engagierter und sorgfältiger Betreuung durch den Behandler und sein Team relativ hoch (nach Hochschulangaben bis zu zwei Drittel).

Die Beachtung des Grundsatzes, dem Patienten nicht zu schaden, erfordert in Fällen fortgeschrittener Parodontalerkrankungen stets einen sehr hohen Beratungsaufwand, um dann die notwendige Therapie zum Nutzen des Patienten durchführen zu können. In diesem Beispielfall ist es dem Hauszahnarzt entweder nicht gelungen, die notwendige Einsicht und auch Motivation der Patientin auszulösen, oder er hat hier wirklich zu wenig getan. Ob der Hauszahnarzt zu wenige Fachkenntnisse mitbrachte, zu wenig Aufklärungsarbeit geleistet hat, oder ob mangelndes Interesse der Patientin entscheidend für die eingetretene schlechte Parodontalsituation gewesen ist, bleibt in diesem Fall ungeklärt.

So spricht der Text zwar von „eklatanten Wissenslücken“ der Patientin, legt sich aber nicht fest, ob die zahnärztlich-prophylaktische Schulung nun unzureichend oder lediglich erfolglos war. Dieser Aspekt ist sehr wichtig für die Beantwortung der Frage nach der Verantwortung des Hauszahnarztes. Vor diesem Hintergrund ist gute Dokumentation der möglichst umfangreichen Patientenaufklärung wirklich unerlässlich.

Die Antworten zu den am Ende des Fallberichts gestellten Fragen fallen demnach wie folgt aus:

- Der Spezialist darf natürlich den Behandlungsplan seines Kollegen „durchkreuzen“, indem er den Zahnerhalt durch PAR-Behandlung empfiehlt. Er sollte zunächst das Gespräch mit dem Hauszahnarzt suchen und dem Kollegen seine Befunde und Therapievorschlüsse schildern, ohne ihn zu kritisieren. Er kann schließlich nicht wissen, wer hier hauptverantwortlich ist und wer Fehler gemacht hat. Danach sollten *beide* Zahnärzte die Patientin informieren. Die drei Beteiligten sollten sich offen über den bisherigen Krankheitsverlauf und mögliche Therapieschritte austauschen. Die Patientin entscheidet dann, wie es weitergehen soll. Auch hier gilt das Primat der Patientenautonomie – nur so wird man der Patientin, aber auch beiden Behandlern, gerecht werden können.
- Wie oben erwähnt, wäre fachliche Kritik des Spezialisten gegenüber dem Kollegen nicht angebracht. Die Überweisung zeigt schließlich das Interesse des Kollegen an einer fachlich guten Lösung. Auch vor dem Hintergrund, dass Parodontalerkrankungen multifaktorielle Genesen haben und zuweilen Stress-assoziiert sowie genetisch mitbedingt sind, sind einseitige Schuldzuweisungen fehl am Platz.
- Natürlich soll der Spezialist der Patientin (wie auch seinem Kollegen) seine ehrliche Einschätzung geben, dazu wurde er ja schließlich ausgewählt und aufgesucht.
- Es ist sicherlich nicht unkollegial, wenn der Spezialist eine PAR-Behandlung in seiner Praxis anbietet. Dazu verpflichtet wäre er allerdings nur, wenn der Hauszahnarzt hier aufgrund mangelnder Weiterbildung und Erfahrung die Behandlungsübernahme ablehnt und die Patientin diese Behandlung aus guten Gründen wünscht.
- Die moralische Verpflichtung der Beteiligten besteht lediglich darin, eine gute, „befundadäquate“ Behandlung sicherzustellen und hier keine Schuldzuweisungen vorzunehmen. Insofern lassen sich die moralischen Verpflichtungen aller drei Beteiligten in Einklang bringen (vgl. auch Verhaltenskodex 2007 bzw. Übersicht 5).

*Paul Schmitt*



# Sachregister\*

## A

- Abschiebung 115  
Abwägung 6, 34, 54, 58–64, 102, 233, 235–237, 249f., 267, 288f., 292, 296, 310, 318, 351, 361, 370, 405  
Adhärenz 72, 104, 116, 123f., 261, 278f., 336, 338, 351, 354  
Adherence → Adhärenz  
Adverse event → Unerwünschtes Ereignis  
Ästhetik 22, 25, 61f., 77, 172–185, 196, 199, 245, 316, 319, 324, 331–335, 337f., 348, 351, 397  
Ästhetische Zahnheilkunde 77, 174f., 199, 201, 332, 351  
Ageism → Altersdiskriminierung  
AIDS 13, 111, 136, 191, 250, 253, 347  
Akademie für Praxis und Wissenschaft (APW) 233, 257  
AKE → Arbeitskreis Ethik  
Akkulturation 116, 135, 351, 357  
Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) 205f., 229, 351  
Akupunktur 133  
Akzeptierender Patient 71, 351, 371  
Algorithmus 238, 302, 351, 383  
Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) 298  
Allokation 165, 317, 346, 349, 352, 361  
Altersdiskriminierung 109, 138, 351f.  
Altruismus 55, 352, 386  
American College of Dentists (ACD) 20f.  
American Dental Association (ADA) 10, 18f., 21, 24, 61  
American Society for Dental Ethics (ASDE) 19f., 24  
„Anatolische Krankheit“ → „Morbus mediterraneus“  
„Anatolischer Schmerz“ → „Morbus mediterraneus“  
Analgesie 132f., 137, 352  
Anfallsleiden 100  
Angst 5, 37–39, 75, 78, 81–83, 89–94, 107, 126–135, 141, 148, 150, 179, 204, 209–211, 215, 221, 234, 275, 285, 352, 369, 382, 390, 394  
Angstmanagement 133  
Anmaßung einer Autorschaft 221, 228, 352, 372  
Anonymisierung 194, 211, 231, 245, 249  
Anpreisende Werbung 33, 176f., 196, 352, 411, 417  
Anti-Angst-Training (AAT) 133  
Anxiolyse 132f.  
Aporie 34, 189, 352, 358, 360, 378  
Approbationsordnung 8, 15, 176, 198, 383, 417  
Arbeitsfähigkeit 69  
Arbeitskreis Ethik 4, 7, 24, 49, 105, 233, 242, 345, 352, 424  
Arbeitsverhältnisse 118, 162, 222, 288  
Argument der schiefen Ebene 184, 352, 355, 376  
Arzneimittelpreis 164  
Assimilation 166, 351f.  
Association for Dental Education in Europe (ADEE) 14  
Asymmetrische Beziehung 68ff., 85, 104, 129, 352, 377, 388  
Audioanalgesie 133, 352  
Audit 224, 352  
Aufgeklärter Patient 59, 71, 352, 371  
Aufklärung 40, 58f., 67f., 73–84, 86, 91f., 95, 104f., 108, 115f., 123f., 134, 161, 192, 194, 207, 209, 215, 246, 248, 250–252, 263f., 267, 270–273, 275, 279, 281, 286, 301, 315f., 318, 321–325, 336, 339, 344, 353, 356f., 363, 369, 371, 374f., 377–380, 386, 389–392, 398f.  
Ausbildung 7f., 11, 14ff., 20, 107, 123, 139, 141–150, 154, 175, 184, 188, 195, 198, 202, 214, 224f., 284, 287, 311f., 346, 369, 382, 384, 395, 409f.  
Ausgebranntsein → Burn-out(-Syndrom)  
Ausgleichende Gerechtigkeit → Iustitia commutativa  
Austauschgerechtigkeit → Iustitia commutativa  
Auswahl 18, 68, 132, 222, 317, 319  
Autonomie 12, 44f., 51–55, 58f., 62–65, 68, 70f., 74f., 80, 82f., 94, 105f., 110, 129–131, 149, 157, 166, 185, 236f., 247f., 253, 255, 258, 260, 263f., 266–268, 274–276, 279, 281, 285, 295f., 301–308, 310f., 313, 315f., 318, 320, 323, 327f., 331f., 336–338, 341, 343f., 347, 353, 357, 361f., 371, 373–375, 378, 380, 385–389, 413

\* Begriffe, die im vorliegenden Buch passim vorkommen, finden im nachfolgenden Register *keine* Berücksichtigung. Dazu zählen allgemeine Termini wie z.B. (Zahn-)Medizin, (Zahn-)Arzt, Zahn, Patient, (Medizin-)Ethik, Gesundheit, Krankheit, aber auch die spezifischen Bezeichnungen für die Teildisziplinen der Zahnheilkunde (z.B. Zahnerhaltung, Prothetik, Parodontologie) oder für fachbezogene Symptome bzw. Erkrankungen (z.B. Karies, Parodontitis).

**B**

Bauchgefühl 38, 41, 51, 59, 63, 232f.  
 Bedarfsgerechtigkeit 56, 123, 283, 321, 353, 367, 376  
 Behandlungsaufklärung 76, 79, 353  
 Behandlungsfehler 3, 5, 19, 78, 100, 145f., 150f., 203–209, 213–215, 228–230, 259, 271–273, 281, 284, 286, 253, 257, 269, 293, 400  
 Beinahe-Schaden 203, 206, 228, 353, 369, 400  
 Belastung 53, 77, 117, 128, 141–143, 148, 155, 158, 189, 191, 194, 196, 210, 215, 219, 266, 285, 325, 327, 334, 336, 368, 380  
 Beneficience → Benefizienz  
 Benefizienz 52, 54f., 58f., 62–64, 68f., 73, 81f., 108, 112, 129–131, 133, 236f., 253, 258–260, 266–268, 274–276, 279–281, 285, 288, 295f., 301–304, 306–308, 310f., 313, 315f., 318–320, 323f., 327f., 331, 336, 338, 341, 343, 353, 360f., 373, 384, 386, 389  
 Benevolent deception → Gnädige Lüge  
 Berichtssystem → Fehlerberichtssystem  
 Berufliche Etikette → Etikette  
 Berufsehre 74, 97f., 151, 154–156, 159f.  
 Berufsethos → Ethos  
 Berufshaftpflicht 256, 273, 406, 415  
 Berufsordnung (BO) 4, 6, 10, 21, 23f., 31f., 98, 105, 151f., 176f., 183, 198, 200, 213, 230, 238, 249, 249f., 259, 291–293, 297, 302, 345, 353, 360, 383, 404, 415, 418  
 Best-interests standard 109, 353  
 Betreuung 79f., 84, 108, 325, 371, 406  
 Betreuungsvereinbarung 227  
 Betriebskultur 211  
 Bildungsgrad 69, 91, 117–119

Binnenethik 31, 353, 358  
 Binnenkultur 146  
 Bioethik 2f., 6f., 19–21, 23f., 62, 65f., 198f., 353, 378f., 384  
 Biomedizin-Konvention 190, 197, 354, 370, 399  
 Blinddarmoperation 167  
 Bloßstellung 89, 128, 274, 301  
 Brückenfach 14f.  
 Bruttoinlandsprodukt (BIP) 163, 171  
 Budgetierung 165f., 354  
 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) 297, 315, 345  
 Bürgerversicherung 164, 198, 354  
 Bulimie 5, 13, 97, 232, 236, 244, 305–307, 344  
 Bundesarbeitsgemeinschaft interkulturelle Zahnmedizin (BAIZO) 113  
 Bundeszahnärztekammer (BZÄK) 10, 15, 24, 191f., 202, 230, 255, 295, 297, 345, 369, 382  
 Burn-out(-Syndrom) 148, 352, 354

**C**

Care-Ethik → Fürsorge-Ethik  
 Caritas → Karitas  
 Case Study → Fall(bericht)  
 Casuistry → Kasuistik  
 Central-Verein deutscher Zahnärzte 18  
 Chancengerechtigkeit → Bedarfsgerechtigkeit  
 Chirurgie 70, 74, 83, 173, 180, 191, 398  
 Chlorhexidin (CHX) 123, 261  
 Christliche Ethik 39, 42, 44f., 47, 65f., 354, 364, 377, 385  
 Christliche Tugenden → Theologische Tugenden  
 Compliance 72, 104, 116, 261, 351, 354  
 Concordance → Adhärenz  
 Contenance 147  
 Convenient and captive persons 110, 354  
 Cosmeceuticals 173, 354

Cosmetic dentistry 5, 22, 32, 70, 105, 172–185, 196, 332, 354f., 366, 381f.  
 Council of European Dentists (CED) 10, 21, 23, 205, 212, 229, 355, 403, 413–418  
 Counselling 92, 355  
 Courses Online Dental Ethics (CODE) 20, 23, 281  
 Critical incident → Kritisches Ereignis  
 Critical Incident Reporting System (CIRS) 211

**D**

Dänemark 167, 397  
 Dambruch 184, 352, 355  
 Datenschutz 97, 192, 194, 258, 345f., 355, 408, 415  
 Deadline 220, 355  
 Definitionsmacht 68, 355  
 Deklaration von Helsinki 190, 197, 199, 202, 355, 399  
 Demenz 79, 107–109, 111f., 245, 321, 324f., 344, 394  
 Denkschule 38  
 Dental bleaching 70, 173–176, 180, 355, 382, 398  
 Dental Ethics 1f., 4f., 7, 9f., 16, 18–21, 23–26, 66, 348, 355, 357, 383f., 424  
 Dentalkaufmann 180f., 183, 185  
 Dentallabor → Labor  
 Dentalphobie → Zahnbehandlungsphobie  
 Dental SPA 173, 175, 202, 355, 381, 397  
 Dental wellness 5, 70, 73, 173, 175, 196, 355, 381  
 Dentalkosmetiker → Zahnkosmetiker  
 Dentophobie → Zahnbehandlungsphobie  
 Deontologie → Pflichtenethik  
 Deontologische Ethik → Pflichtenethik  
 Depression 74, 78, 84, 148  
 Desinfektion 71, 127  
 Deskriptive Ethik 29, 64, 356f., 384  
 Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) 219f., 223, 225, 227, 229, 356



- Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) 4, 7, 13, 15, 18, 24f., 49, 133, 137, 198, 233, 242, 292, 315, 346f., 352
- Deutschland 7f., 10, 18, 21, 25f., 105, 113–118, 135–138, 165, 171, 184, 189f., 192–194, 200, 205, 208, 218f., 229, 247, 254–256, 262, 271f., 305, 327, 356, 359, 361, 384, 395, 397
- Diabetes 5, 13, 207, 209
- Diagnoseaufklärung 76, 79, 356, 389
- Diagnosebezogene Fallgruppe → Diagnosis Related Group
- Diagnosefehler 203, 206, 356
- Diagnosis Related Group (DRG) 165, 356
- Didaktik 14f., 17, 146f., 150, 243
- Dienstleister 13, 70, 73, 172, 174f., 180f., 183f., 356, 363, 365, 380, 388, 417
- Dilemma 2, 4–6, 13, 16f., 27f., 33–35, 38, 41, 50, 64f., 102, 129, 149, 194, 199, 231, 233, 235f., 241, 243, 246f., 260, 303, 318, 320, 331, 344, 352, 356, 358, 360, 365, 373, 378, 383, 385, 389
- Direktionsbefugnis 258, 356
- Diskriminierung 13, 109, 117, 120, 122, 125, 145f., 148, 150, 167f., 341, 351f., 356, 394, 414
- Diskurs 4, 8, 42, 46, 247, 373
- Diskursethik 42, 45–47, 356, 373
- Disposition 76, 127f.
- Dogma 38, 51, 60f.
- Doktorand 110, 144, 218–220, 227
- Dolmetscher 115, 122–124
- Dozent 8, 14, 139, 144f., 147, 150, 380
- Drogenabhängigkeit 244, 252, 309
- Dysfunktion 13, 245, 331f., 340
- E**
- Egalität 55, 356, 387
- Ehrenautorschaft 222, 226, 356, 361f.
- Ehrenkodex 32f., 153, 245, 326–328, 344, 357, 382
- Eid des Hippokrates → Hippokratischer Eid
- Eigenbeteiligung 72, 159
- Eigennützige Forschung 188f., 191f., 357
- Eingriffsaufklärung 75f., 79, 86, 104, 115, 353, 356f., 371, 374f., 379, 386, 389
- Eingriffsverwechslung 208, 357, 400
- Einkaufsmodell 32f.
- Einkommen(ssituation) 22, 91, 118
- Einwilligung 3, 35, 53, 58, 73f., 76, 79f., 99, 109, 192, 250, 298, 315, 357, 363, 366, 380, 399
- Einwilligungsfähigkeit 3, 78–80, 103, 108f., 111, 131f., 135, 190, 192–194, 235, 238f., 245, 303f., 306, 312, 315, 321, 324f., 357, 371
- Elfenbeinturm 61
- Eltern(teil) 30, 51, 79f., 101f., 109, 113f., 118, 131f., 187, 236, 244, 266, 278f., 285, 294–296, 300–305, 307–316, 318, 353, 363, 393–395
- Emotion(alität) 87, 93, 95, 337
- Empathie 94, 112, 126, 128, 130, 215, 342, 357, 387
- Empowerment 72, 104, 357, 371
- Enhancement 4, 22, 173, 196, 357, 369, 372, 398
- Enkulturation 116, 135, 357
- Entscheidungsfähigkeit 58f., 78–80, 84, 101, 108–110, 112, 129, 134, 238, 266, 275, 306, 311, 314, 318, 320, 344, 353, 357, 380, 393f.
- Entscheidungsfindung 35, 42, 46f., 69, 71, 73, 75, 78, 81, 116, 131, 169, 212, 232–234, 236, 241, 300, 302f., 306, 325, 333, 365, 373, 375, 386
- Error → Fehler
- Error in treatment → Behandlungsfehler
- Ethik-Kodex 18, 357
- Ethik-Komitee → Klinisches Ethik-Komitee
- Ethik-Kommission → Forschungs-Ethik-Kommission
- Ethik-Konsil → Klinisches Ethik-Komitee
- Ethische Aporie → Aporie
- Ethischer Grundwert → Grundwert
- Ethischer Konflikt → Konflikt
- Ethisches Dilemma → Dilemma
- Ethisches Paradigma 50, 358
- Ethnisierung 114, 120, 122, 358
- Ethos 28, 30f., 64, 98, 151, 318, 353, 358, 362, 376, 382
- Etikette 6, 10, 28, 31f., 64, 153, 159, 353, 358, 382, 384, 396
- Europa 14, 21f., 35, 86, 120, 125, 190, 197, 254, 354, 384
- Europäische Union (EU) 35, 362, 413, 416
- Evidence-based medicine → Evidenzbasierte Medizin (EbM)
- Evidenzbasierte Medizin (EbM) 49, 121, 125, 169, 186, 189, 358, 424
- Experte 12, 46, 49, 52, 60, 68–73, 117, 163, 165, 167–169, 182, 184, 190, 193, 205, 233, 351f., 362, 388
- Expertenmacht 68f., 358
- Expertenwissen 70, 75, 87, 168
- F**
- Fachangestellte (MFA, ZMF) 88, 111, 113, 123, 148, 176, 179, 204, 207, 214, 216, 257, 260, 265, 300, 309, 410
- Fachterminologie 2, 351
- Fach(zahn)arzt → Spezialist
- Fairness → Gerechtigkeit
- Fall(bericht) 47, 49f., 59f., 231–344, 364
- Familiengericht 307
- Familienplanung 246, 248
- Famulant 110
- FDI World Dental Federation (FDI) 20, 359, 419

- Fédération Dentaire Internationale → FDI World Dental Federation
- Fehldiagnose 115, 122, 333
- Fehler 204–216, 353, 357, 359, 367
- Fehlerberichtssystem 228, 359
- Fehlerkonferenz 211f., 228
- Fehlerkultur 204, 209f., 212, 216, 228, 359
- Fehlverhalten 37f., 146, 160, 203, 209, 211, 217–228, 258, 381, 401
- Feierabendforschung 220, 359
- Fertigkeit 2, 8, 14–17, 122, 131, 143, 146, 210, 342, 391, 395, 406, 410f.
- Finnland 167
- Flucht 115
- Foetor ex ore 85, 88, 96
- Formalbeleidigung 156, 196, 359
- Forschungsethik 140, 186–197, 359, 365
- Forschungs-Ethik-Kommission 192, 224, 358f.
- Forschungsfreiheit 188, 359
- Freie Arztwahl 258, 292f., 359, 405, 414
- Fremdbild 173, 178, 184f., 218, 359, 375
- Fremdnützige Forschung 189, 359
- Fürsorge-Ethik 45, 47, 66, 354, 360, 386
- Funktionalität 9, 372
- G**
- Garantenstellung 102, 236, 243, 246, 251, 296, 344, 360
- Gebot des Wohltuns → Benefizienz
- Geistiger Diebstahl → Plagiat
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 169
- Gemeinnützigkeit 149
- Gemeinwohl 360, 404
- Gender 1, 245, 340–344, 360, 398
- Genfer Gelöbnis 10f., 15, 31, 108, 302, 360
- „Georgetown-Mantra“ 61, 360
- Gerechtigkeit 32, 42, 45, 52, 55, 149, 169, 178, 236, 253, 266f., 269, 274–276, 280f., 285, 295f., 302f., 306, 308, 310, 312, 316, 320–325, 327f., 331f., 336, 338, 341, 343, 352–354, 358–361, 363f., 366f., 387
- Geriatrie 108, 321
- Geschäftsfähigkeit 78f., 103, 315, 344, 360
- Gesetz 9, 11, 23, 35f., 43, 49, 52–55, 57, 99f., 153, 176, 184, 188, 193, 222f., 248, 250, 297, 322–324, 357, 359, 361, 363, 369, 371, 376–378, 394, 407, 410
- Gesetzliche Gerechtigkeit → Iustitia legalis
- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 13, 159, 164, 169, 175, 182, 272, 277, 282, 316, 332, 354, 366, 424
- Gesprächsführung 86f., 89, 122, 263, 271, 273, 287, 379
- Gestützte Autonomie 82, 361, 389
- Gesundheitsleistung 55, 71, 111, 122, 163, 165, 169
- Gesundheitspolitik(er) 2, 139, 168, 370
- Gesundheitsprämie → Kopfpauschale
- Gesundheitsstatus 69
- Gesundheitswesen 2, 38, 114, 118, 162f., 168f., 196, 205, 316f., 396, 404, 409, 415
- Gewebegesetz 35, 193, 361
- Ghostwriter 221, 361
- Gift authorship → Ehrenautor-schaft
- Glaubwürdigkeit 83, 94f., 100, 170, 183, 328
- Globale Gerechtigkeit 56, 361
- Globale Gesundheit → Global health
- Global health 56, 361
- Gnädige Lüge 82, 361
- Goldene Regel 18, 361
- Golden rule → Goldene Regel
- Goldstandard 38, 287f.
- Good clinical practice → Gute klinische Praxis
- Good scientific practice → Gute wissenschaftliche Praxis
- Goodwill 147
- Gottesebenbildlichkeit 44, 47, 354
- Grauzone 67, 100, 249, 310
- Großbritannien 19, 21, 166, 169
- Grundgesetz (GG) 248
- Grundrecht 42, 97, 188, 248, 415
- Grundtugenden → Kardinal-tugenden
- Grundwert 30f., 62–64, 90, 112, 149, 209, 237, 240, 358, 361, 376, 381, 387
- Gruppennützige Forschung 189, 361
- Guest authorship → Ehren-autorschaft
- Güterabwägung → Abwägung
- Gut 12, 34, 44, 52–59, 62, 100, 102, 361
- Gutachter 160, 176, 205, 218, 226, 314, 316, 318, 320
- Gute klinische Praxis 190, 362
- Gute wissenschaftliche Praxis 217, 219, 224, 226, 228, 362
- H**
- Haftpflicht(versicherung) 213, 256, 273, 406, 415
- Handlungsfreiheit 53, 362
- Health networker → Health seeker
- Health seeker 73, 362
- Hehlerei 42
- Heil- und Kostenplan 182, 261
- Heilerfolg 77, 79
- Heimlicher Lehrplan → Versteckter Lehrplan
- Heteronomie 52, 362
- Hidden (moral) curriculum → Versteckter Lehrplan
- Hilfeleistungspflicht 58, 244, 290, 362
- Hippokratischer Eid 10, 15, 30–32, 54, 74, 98, 237, 248, 302, 362, 385
- Hippokratisches (Standes) modell 69f., 73
- HIV 34, 100, 102, 111, 146, 236, 246–256, 344, 394

- Hochschullaufbahn 218  
 Honorary authorship → Ehren-  
 autorschaft  
 Humanexperiment 189f., 362  
 Hypercompetitiveness →  
 Konkurrenz  
 Hypnose 133
- I**
- ICH-Leitlinie 190, 362  
 Ideendiebstahl 221, 228, 363  
 „Illegale“ 111  
 Impact Factor → Journal Impact  
 Factor (JIF)  
 Individualisierung 70, 175  
 Infektiösität 254  
 Infektionsschutzgesetz  
 (IfSG) 99, 100, 250  
 Informationelle Selbstbestim-  
 mung 53, 58, 97, 149, 253,  
 310, 363  
 Informed choice 70, 267, 285,  
 344, 363  
 Informed consent 54, 58, 67,  
 73–76, 78–83, 98, 104, 192,  
 194, 268, 320, 332, 344,  
 363, 389  
 Informierte Einwilligung →  
 Informed consent  
 Informierte Entscheidung →  
 Informed choice  
 Informierte Zustimmung →  
 Informed consent  
 „In loco parentis“-Prinzip 296,  
 363  
 Institutionelle Macht 69  
 Instrumentalisierungsverbot 53,  
 64, 363  
 Intensivmedizin 180, 194  
 Interaktives Modell →  
 Partnerschaftliches  
 Beziehungsmodell  
 Intergenerationelle Gerechtigkeit  
 109, 363  
 International Classification of  
 Diseases (ICD) 127  
 International Conference on  
 Harmonisation (ICH) 362  
 Internationale Gerechtigkeit →  
 Globale Gerechtigkeit  
 Internet → Neue Medien  
 Intubationsnarkose 126, 129,  
 132f., 391
- Intuitivität 60f.  
 Involvierter Patient 363  
 Iustitita commutativa 55, 57,  
 352, 360, 363, 366, 377, 381  
 Iustitita distributiva 5, 13,  
 55–57, 62, 170, 267, 320,  
 332  
 Iustitita legalis 363
- J**
- Japan 190  
 Journal Impact Factor (JIF)  
 218, 364  
 Jugendamt 294, 296–298, 307
- K**
- Kanada 18  
 Kardinaltugenden 42, 178f.,  
 364  
 Karitas 44, 364  
 Karzinom 74, 82f., 95, 166,  
 390, 399  
 Kassenärztliche Vereinigung  
 (KV) 258  
 Kassenbehandlung 139,  
 162–171  
 Kassenzahnärztliche Bundesver-  
 einigung (KZBV) 15  
 Kasuistik 49f., 231, 234f., 242,  
 244, 266, 296–298, 354, 364  
 Kasuistische Ethik 49–51, 64,  
 354, 364  
 Kategorischer Imperativ 364  
 Kettenpraxis 33  
 Keynote 218, 364  
 Key person → Schlüsselperson  
 Killerphrase 89, 104, 364, 378,  
 392  
 Killer phrase → Killerphrase  
 Kindesvernachlässigung 244,  
 296, 364  
 Kindeswohl 100, 132, 295–297,  
 307, 364, 393  
 Klient 70–73, 175, 183, 365,  
 380, 388  
 Klient-Dienstleister-Beziehung  
 → Vertragsmodell  
 Klinische Ethik 2f., 5f., 33, 36,  
 39, 56, 60, 112, 128, 194,  
 236, 238, 240, 365  
 Klinische Forschungsethik →  
 Forschungsethik  
 Klinische Ethikberatung 33, 232
- Klinische Studie 109f., 140,  
 186–189, 191–193, 222,  
 224  
 Klinischer Eisberg → Phänomen  
 des klinischen Eisbergs  
 Klinisches Ethik-Komitee  
 (KEK) 102, 194, 197,  
 211f., 232, 358, 365  
 Klinisch-ethische Fallanalyse  
 3, 5, 22, 50–52, 154,  
 231–344, 365  
 Klischee 10f., 37–40, 64, 116,  
 119f., 122, 125, 139, 153f.,  
 172, 180, 183, 245, 343,  
 375f., 380, 395  
 Kollege 10, 14, 18f., 31f.,  
 37, 41, 59, 97, 99, 102,  
 111, 131, 139, 144, 148,  
 151–161, 196, 212f.,  
 218f., 232–245, 250–254,  
 257–295, 314–344, 353,  
 365, 377, 387, 396, 400f.,  
 404, 406f., 416  
 Kollegialität → Kollege  
 Kommerzielles Modell →  
 Vertragsmodell  
 Kommilitone 2, 28, 139,  
 141–150, 395  
 Kommunikation 5, 40, 46, 67,  
 72, 76, 81, 83, 85–96, 104,  
 107, 112, 114f., 120–124,  
 129f., 155, 181f., 196,  
 207, 209, 213–216, 220,  
 244, 270, 298, 305, 307,  
 332, 343, 364f., 375f.,  
 378, 390–392, 401, 411,  
 414–417  
 Komplikation 51, 76f., 81, 90,  
 209, 212, 271, 291f., 296,  
 316, 335, 369, 374, 414  
 Kompromiss 35  
 Konditionales Gut 56, 64, 162f.,  
 171, 361, 365  
 Konditionierung 127f., 211, 365  
 Konflikt 2, 8, 11–14, 27–29,  
 33–38, 57–64, 100,  
 112, 114, 129, 141–150,  
 159, 189, 231–233, 235,  
 240–242, 276, 286–289,  
 344, 358, 374, 381, 383,  
 386, 395  
 Konkludente Einwilligung 99,  
 366

- Konkurrenz 143, 145, 148,  
 150f., 154f., 174, 183–185,  
 218f., 221, 235f., 257, 303,  
 344, 362, 367, 381, 395,  
 398, 401  
 Konsens 46, 56f., 60–62, 168,  
 341, 413  
 Konsequentialismus →  
 Konsequentialistische Ethik  
 Konsequentialistische Ethik  
 43f., 46–48, 57, 60, 64, 366,  
 379  
 Kontrazeptivum 79, 101, 393  
 Kontrollverlust 128, 143, 366  
 Kooperation(sfehler) 75, 157,  
 203, 207, 298, 354, 366, 375  
 Kopfpauschale 164, 366  
 Kopfprämie → Kopfpauschale  
 Korrektive Gerechtigkeit →  
 Iustitia commutativa  
 Kosmetik 5, 22, 32, 70,  
 172–185, 196, 332, 354f.,  
 366, 382, 397  
 Kosmetische Chirurgie →  
 Chirurgie  
 Kosmetische Zahnheilkunde →  
 Cosmetic dentistry  
 Krankenversicherung 13, 164,  
 168f., 175, 279, 316, 332,  
 354, 366, 418  
 Krankheitsmodell 116, 366  
 Krankheitszustand 71, 119  
 Krebs → Karzinom  
 Kriminalisierung 309f.  
 Kritisches Ereignis 206, 355,  
 366  
 Kultur 12, 21, 30, 60, 62, 70,  
 107, 111, 113–125  
 Kunde → Klient
- L**
- Labor 143, 245, 326–329, 408  
 Landeszahnärztekammer  
 (LZÄK) 10, 177, 213, 288,  
 292, 342  
 Lebensplanung 115, 118  
 Lebenssituation 71, 95, 145,  
 286, 298, 304  
 Lebensstandard 117f.  
 Lebensversicherung 256  
 Lege artis 208, 225, 281, 362  
 Lehrdidaktik → Didaktik  
 Lehrplan 19, 123, 144, 262, 380
- Leistungsdruck 148, 150, 210,  
 214, 228  
 Leistungsgerechtigkeit 56, 149  
 Leistungsorientierte Mittelverga-  
 be (LOM) 218, 367  
 Leitbild 75  
 Leitlinie 2f., 10, 108, 110, 157,  
 190f., 210, 214, 224, 238,  
 255f., 297, 362, 365, 413,  
 416  
 Leitsatz 19, 33, 153  
 Lernbereitschaft 142, 215  
 Lernen am Modell →  
 Modell-Lernen  
 Lernzielkatalog 7, 14f.  
 Leukämie 5, 13, 167  
 Literaturdatenbank 7, 18, 91,  
 97, 191f.  
 Lohnniveau 329  
 Lokalanästhesie 90, 127, 133,  
 252  
 Look-alike-Medikament 207,  
 367  
 Loyalität 97, 111, 147,  
 257–260, 286, 300–304,  
 332, 340, 344
- M**
- „Mamma-mia-Syndrom“ →  
 „Morbus mediterraneus“  
 Markenkonformität 182, 367  
 Marketing 178, 180–183, 196  
 Marokko 117  
 Mediation → Mediatoren  
 Mediatoren 123f., 302, 367  
 Medication error →  
 Medikation(sfehler)  
 Medikation(sfehler) 78,  
 131–133, 191, 207, 325, 367  
 Medizinrecht 14, 35f., 53, 64,  
 74, 76f., 82, 84, 97f., 100,  
 108, 117, 129, 176–178,  
 193, 233, 280, 290–343, 367  
 Menschenbild 39, 44, 354  
 Menschenrecht 42, 190, 354,  
 368  
 Menschenwürde 53, 168, 190,  
 248, 354, 368  
 Metaethik 29, 64, 368  
 Migrant 111, 113–125, 135,  
 367–369, 375  
 „Migrantenmedizin“ 113, 117,  
 119, 368  
 „Migranten-Rachitis“ 117, 119,  
 368  
 Migrationshintergrund →  
 Migrant  
 Minderheit 111, 117, 119  
 Minderjährigkeit 79f., 99–101,  
 103, 107f., 111, 193, 236,  
 238, 244, 300–313, 315,  
 380, 390, 393  
 Minimales Risiko 191f., 197  
 Mittelbau 218  
 Mitteleuropa 21f., 384  
 Mittellose (Menschen) 111  
 „Mittelmeer-Syndrom“ →  
 „Morbus mediterraneus“  
 Mittlere Reichweite 51, 57,  
 63f., 279, 296, 310, 337,  
 368, 372, 386  
 Modell-Lernen 7, 127f., 131f.,  
 144, 367f.  
 Monitoring 224, 368  
 Moral 2, 10, 12, 14, 8–33,  
 36–51, 60, 64, 97, 115,  
 144–150, 184, 192, 196,  
 209, 219, 239, 242, 253,  
 258–264, 283, 317, 335,  
 338, 352, 356f., 362,  
 366–368, 372f., 377–381,  
 383–385, 395, 414  
 „Moral-Polizist“ 10, 40  
 Moralisches Urteil 2, 10f.,  
 28–30, 36f., 51  
 Moralphilosophie 8, 39, 368  
 Moralthologie → Theologie  
 Morbiditäts- und Mortalitäts-  
 konferenz 211f., 368  
 „Morbus Balkan“ → „Morbus  
 mediterraneus“  
 „Morbus Bosphorus“ → „Morbus  
 mediterraneus“  
 „Morbus mediterraneus“ 113,  
 119–121, 145, 352,  
 367–369, 375, 378, 395  
 Mord 28, 36, 42, 100  
 Multikulturalität 70  
 Multimorbidität 44, 71  
 Muslim 116, 148  
 Musterberufsordnung (MBO)  
 9–11, 21, 23, 31, 98,  
 151–153, 155, 176f.,  
 249f., 278, 291–293, 297,  
 360, 369, 383, 386, 396,  
 403–412



## N

- Nachsorge 116, 133f., 206  
 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 169  
 Nationalität 19, 108, 404  
 Near miss → Beinahe-Schaden  
 Neminem laedere → Non-Malefizienz  
 Neonatologie 4, 14, 194  
 Neue Medien 67, 71, 91, 173f., 179, 211, 252, 376, 415–418  
 Neuro-Enhancement 4, 173, 369, 372  
 Nichtbehandlung 203, 206, 276, 281, 369, 400  
 Nichtschadensgebot → Non-Malefizienz  
 Niederlande 167, 397  
 Nihil (nil) nocere → Non-Malefizienz  
 „No-Name-Praxis“ 182  
 Nocebo(-Effekt) 81, 104, 369, 372  
 Non-Malefizienz 52–54, 58–63, 102, 133, 209, 236f., 247f., 253–260, 266–268, 274–276, 280f., 285, 288, 295–297, 301–304, 306–308, 310–313, 315f., 318, 320, 323f., 327f., 331, 333, 336, 338, 341, 343, 369, 372f., 386f.  
 Norm(abweichung) 3, 9, 13, 28, 31, 35, 37f., 41, 49, 58, 117, 151, 164, 175, 191f., 195, 197, 219, 248, 281, 353, 357, 359, 368–370, 373, 376, 381  
 Normalität 370  
 Normative Ethik 29, 44, 64, 370  
 Norwegen 217  
 Notfall(behandlung) 69, 80, 91, 101f., 110f., 114, 134, 152, 207, 210, 252, 278, 290–293, 296, 321–324, 333, 405, 407, 409, 418  
 NURSE 87, 93, 95, 133, 370, 392
- O**  
 Obdachlose (Menschen) 111  
 Oberlandesgericht (OLG) 177f., 247, 250, 254  
 Objektivität 155, 160, 165, 177, 206, 223, 278–280, 353, 366, 372, 413, 417  
 Odontophobie → Zahnbehandlungsphobie  
 Österreich 190  
 Offenbarungsbefugnis 67, 98f., 104, 244f., 249–251, 297, 370, 393  
 Offenbarungspflicht 99–102, 104, 248, 250f., 296f., 370  
 Offenbarungsrecht → Offenbarungsbefugnis  
 Ombudsperson 146, 224, 370  
 Onkologie 83, 180, 187, 191, 194, 333, 399  
 Option 33–35, 54, 58, 69, 73, 84, 91f., 102, 119, 122, 130, 132, 164, 170, 235, 238f., 265, 267f., 275, 293, 297, 301, 315, 317–320, 336, 338, 343, 358, 372f., 378, 414  
 Organisationsverschulden 206, 370, 400  
 Oviedo-Konvention → Biomedizin-Konvention
- P**  
 Palliativmedizin 82, 180, 194, 378, 383  
 Paradigma 49f., 74, 180, 358, 370  
 Paradoxon 43  
 Paraphrase 93, 104, 370  
 Partei 46, 108, 168, 224, 276, 360, 370, 404, 406  
 Partizipation 72, 168–170, 328, 370  
 Partnerschaftliches Beziehungsmodell 69f., 73, 104, 371, 375, 388  
 Paternalismus 54, 64, 68–70, 73, 80f., 168, 304, 307, 362, 371, 388  
 Paternalistisches Beziehungsmodell → Hippokratisches (Standes)modell  
 Patient empowerment → Empowerment  
 Patient safety → Patientensicherheit  
 Patientenakte 77, 134, 206  
 Patientenaufklärung 58f., 67f., 73–84, 86, 91f., 95, 104, 108, 115f., 123–125, 134, 161, 192, 194, 203, 205–215, 237, 248, 250–252, 263f., 268–275, 279, 281, 286, 301, 315–318, 321–325, 336, 339, 344, 353, 356f., 363, 369, 371, 374f., 377–380, 386, 389–392, 398f.  
 Patientenautonomie 51–64, 70–83, 94, 97, 103, 109–111, 129–131, 134, 149, 157, 166, 185, 192, 209, 236f., 247f., 253, 255, 258, 260, 263, 266–268, 274–276, 279, 281, 285, 295f., 301–308, 310f., 313, 315, 318, 320, 323, 327f., 331f., 337f., 341, 343f., 349, 353, 355, 357, 361–363, 371, 373–375, 378, 380, 385–389, 393, 413  
 Patientensicherheit 204–216, 351, 371, 400  
 Patiententyp 67, 70f., 351f., 363, 371, 376  
 Patientenverfügung 3f., 35, 53, 84, 371  
 Patientenverfügungsgesetz 35, 371  
 Patientenverwechslung 207f., 228, 371  
 Patientenwille 53, 80, 110–112, 132, 245, 314, 337, 371  
 Penicillinallergie 205f.  
 Pflegeheim 110f., 186f., 195, 211, 245, 321–323, 380  
 Pflege(personal) 2, 45, 50, 110f., 166, 211, 321, 323, 325  
 Pflichtenethik 42–44, 60, 66, 355f., 372, 386, 407  
 Phänomen des klinischen Eisbergs 116, 365, 372  
 Phantomkurs 143  
 Pharmakologisches Neuro-Enhancement → Neuro-Enhancement  
 Piercing 51, 59f., 63, 173–175, 237, 367  
 Placebo(-Effekt) 81, 369, 372  
 Plagiat 221, 224, 372

- Plausibilität 50, 60f.  
 Pluralisierung 70  
 Posteriorisierung 164, 167, 372  
 Postexpositionelle Prophylaxe (PEP) 252f., 255  
 Präimplantationsdiagnostik (PID) 4, 33, 372  
 Prämedikation 131–133  
 Pränataldiagnostik (PND) 4, 372  
 Prävalenzstudie 114  
 Praktikabilität 60f., 110, 112, 132  
 Preis(wettbewerb) 172  
 Preventable adverse event → Vermeidbares unerwünschtes Ereignis  
 Prima-facie(-Pflicht) 57f., 372  
 Primum nihil [nil, non] nocere → Non-Malefizienz  
 Prinzip 3f., 19, 21, 27, 29, 31, 35, 38, 44, 49f., 51–63, 72, 74, 81–83, 102, 108, 112, 129–133, 149, 159, 167–169, 193, 208f., 213, 225, 231, 233f., 236–238, 241, 247f., 253–255, 258f., 266f., 274–276, 279–281, 285, 288, 295f., 301–303, 306–308, 310–312, 315–320, 323–328, 331f., 336–338, 341, 372f., 376f., 379, 384–389, 396, 415  
 „Prinzip Verantwortung“ → Verantwortungsethik  
 Prinzipien mittlerer Reichweite → Mittlere Reichweite  
 Prinzipienethik 51–64, 236f., 239, 242, 258, 306, 315, 318, 323, 331, 341, 343  
 Priorisierung 62, 164, 167, 169, 373, 397  
 Privatleistung 175, 184f., 330, 332f., 382  
 Proaktive Werbung 183, 185, 196, 373  
 Professional Ethics in Dentistry Network (PEDNET) 19  
 Professionelle Zahnreinigung (PZR) 263  
 Prophylaxe 71f., 113f., 117f., 124, 131, 175, 186, 252f., 255, 278, 319  
 Prozedurale Ethik 56, 168, 170, 373  
 Prüfungsstress 148, 150  
 Psychiatrie 84  
 Psychiatrisierung 337  
 Psychoedukation 132f.  
 Psychologie 13, 54, 79, 82, 107, 110f., 117, 127, 133, 142, 145, 148, 150, 210, 232, 240, 245, 268, 281, 287, 306, 311, 331, 336  
 Psychotherapie 131–133, 258, 334–339  
 Pulpa aperta 209
- Q**
- Qualitätssicherung 7, 39, 212, 224f., 406  
 Qualitätszirkel 154, 212, 228, 373  
 Quality Adjusted Life Years 165, 373
- R**
- Randomised Clinical Trials (RCT) 186, 373  
 Rasse 19, 108, 404  
 Rationalisierung 164f., 196, 317, 373, 396  
 Rationierung 56, 163–167, 169f., 280, 317, 373  
 Recht auf Nicht-Einmischung 53, 374  
 Recht auf Nicht-Wissen 80, 253, 374  
 Rechtfertigender Notstand 100, 374  
 Rechtsgut 98, 100, 173, 247, 250, 296f., 310, 312, 374, 406  
 Reflex 127  
 Reframing 94f., 374  
 Regressforderung 280  
 Reizwort 127  
 Religion 45, 108, 118, 404  
 Remonstration 212f., 285f., 288, 374  
 Ressource 56, 62, 124, 139, 143, 148, 162–165, 240, 286, 331, 374  
 Richtlinie 51, 60f., 63, 159, 226, 237, 255, 280, 282, 314, 318, 332  
 Risiko 46, 86f., 91, 102, 119, 160, 191f., 204, 213, 221f., 254–256, 272, 275f., 281, 285f., 311, 316, 319, 335f., 368, 374, 380  
 Risikoaufklärung 76f., 79, 81, 205, 209  
 Risiko-Nutzen-Abschätzung 190f., 194, 209  
 Röntgen 92, 151, 158, 164, 179, 193, 204, 208, 216, 244, 257, 260, 270–274, 283, 300f., 314, 334  
 Role model → Rollenvorbild  
 Rollenkonflikt 5, 118, 139, 141f., 163, 374  
 Rollenmodell → Rollenvorbild  
 Rollenvorbild 8, 125, 144, 146, 214, 374
- S**
- Säuglingssterblichkeit 114  
 „Salus aegroti suprema lex“ 53, 296, 375  
 Schadensersatz 100  
 Schlüsselperson 124, 375  
 Schmerz 13, 54, 82, 86, 111, 120f., 125–127, 129, 259, 268, 277f., 290f., 293, 321f., 324, 340, 342, 352  
 Schnittstellenfehler → Kooperation(sfehler)  
 Schönheitschirurgie → Chirurgie  
 Schulzuweisung 239, 264  
 Schwangerschaft 244, 300–303  
 Schwangerschaftsabbruch 4, 28, 31, 33, 36, 42, 302–304  
 Schweden 167f., 187  
 Schweigepakt 88f., 96, 375  
 Schweigepflicht 31, 34, 58, 67, 74, 97–103, 149f., 232, 236f., 241, 243–251, 258, 294, 297f., 300–312, 375, 407f., 415  
 Schweigespirale 88f., 96, 375  
 „Schwere südländische Hysterie“ → „Morbus mediterraneus“  
 Scientific community 220f., 375  
 Scientific dishonesty → Wissenschaftliche Unredlichkeit

- Scientific misconduct → Wissenschaftliches Fehlverhalten
- Selbstbestimmung des Patienten → Patientenautonomie
- Selbstbestimmungsaufklärung → Eingriffsaufklärung
- Selbstbestimmungsrecht 52f., 59, 75, 110, 236f., 301, 315, 375
- Selbstbild 173, 178, 185, 375
- Selbststigmatisierung 121, 375
- Selbstverschuldung 167
- Selbstwirksamkeit 94
- Selbstzahler 175, 184f.
- Selbstzweckhaftigkeit 53, 375
- Senior 73, 109, 111f., 170
- Setting 86, 89–91, 122, 231, 238, 287
- Shared decision making 69f., 73, 104, 371, 375, 388
- Sicherungsaufklärung 75, 77–79, 203, 207, 251, 375
- Slippery slope argument → Argument der schiefen Ebene
- Sokratischer Fragestil 123, 376
- Solidargemeinschaft 139, 163, 168, 170f., 314, 316f., 319, 376
- Solidarität 44, 55, 112, 148, 150, 154, 162–164, 265, 268, 376
- Sound-alike-Medikament 207, 367
- Soziale Gerechtigkeit → Bedarfsgerechtigkeit
- Soziale Norm → Norm(abweichung)
- Soziale Rolle 376
- Soziales Gefälle 91
- Sozialgesetzbuch (SGB) 100, 279, 297, 322, 332
- Sozialprestige 69
- Sozialstaat 139, 163
- Sozialversicherung 99, 418
- Sanus Per Aquam (SPA) 175, 355, 425
- SPA → Sanus Per Aquam
- Spezialisierung 12, 141, 154, 218, 245, 289
- Spezialist 32f., 133, 141, 151, 154–157, 262–264, 267, 271–273, 285, 287f., 342, 411
- Spezifikation → Spezifizierung
- Spezifizierung 29, 58f., 307, 332, 376
- Spiegeln 93, 95, 376, 413
- Sprachkompetenz 115, 118
- Staatsangehörigkeit 113
- Stakeholder 168, 376
- Stammzellgesetz 35, 193, 376
- Stand-alone lecture 17, 376
- Standard operating procedure → Standardverfahrensanweisung
- Standardverfahrensanweisung (SOP) 288, 376
- Standesethos → Ethos
- Sterbehilfe 4, 31, 42
- Stereotyp → Klischee
- Steuer 102, 164
- Steuernder Patient 71, 376
- Steuerungsmacht 68f., 377
- Stigma 377
- Stigmatisierung 13, 111, 119–122, 125, 148, 150, 211, 253f., 337, 377
- Strafgesetzbuch (StGB) 98–100, 248, 250, 296f., 301f., 310, 322
- Strafprozessordnung (StPO) 99
- Strukturelle Asymmetrie → Asymmetrische Beziehung
- Studierende 7, 16f., 139, 141–150, 233, 238
- Study Club 154, 211f., 377
- T**
- Tauschgerechtigkeit → Iustitia commutativa
- Taxonomie 50, 377
- Technikethik 46, 377
- Teleologische Ethik 42f., 377
- Territorialprinzip 193, 377
- Testament 84
- Theologie 39, 44f.
- Theologische Tugenden 42, 354, 364, 377, 385
- Therapeutic orphans → Therapeutische Waisen
- Therapeutische Aufklärung → Sicherungsaufklärung
- Therapeutische Waisen 193, 377
- Therapeutisches Bündnis 377
- Therapeutisches Klonen 4, 377
- Therapeutisches Privileg 82f., 104, 378
- Therapiebegleitende Kommunikation 181, 378
- Therapiezieländerung 36, 378
- Tierethik 3, 6, 378
- Tierversuch 3
- Tötung 43
- Tool 14f.
- Totschlagargument 89, 378
- Tragweite 76, 78f., 101, 131, 300, 310, 315
- Transkulturelle Kompetenz 122–124, 378
- Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) 133, 378
- Transparenz 147, 169, 194, 298, 328, 378
- Transplantation 44, 176
- Transplantationsgesetz 35, 193, 378
- Trauma 126–128, 268, 273, 293, 332f.
- Truth dumping 81, 378
- Tuberkulose 117
- Türkei 95, 114, 117
- „Türkischer (Kopf-, Zahn-)schmerz“ → „Morbus mediterraneus“
- Tugend 18, 42, 178f., 237, 378
- Tugendethik 42–45, 47f., 379
- U**
- Übernahmeverschulden 207, 379
- Überweisung 156–158, 208, 263–265, 271–273, 277–279
- Umweltethik 3, 6, 379
- Unerwünschtes Ereignis 205, 213, 228, 351, 379, 400
- Unidirektionale Gesprächsführung 87, 89, 379
- Universitätszahnklinik 68, 111, 141, 208, 276, 281, 284, 290f.
- USA 7, 18f., 21f., 145, 190, 254f.
- Utilitarismus 21, 44, 379, 386
- Utilitaristische Ethik → Utilitarismus

## V

Verantwortung 10, 34, 39, 45f., 62f., 68, 73, 102, 112, 171, 186, 209, 212, 214, 220, 248, 251, 256, 262, 264, 272, 286–289, 297, 301, 306, 317, 326f., 331f., 372, 406, 418  
 Verantwortungsethik 46f.  
 Verfahrensethik → Prozedurale Ethik  
 Verhaltenskodex 156, 159, 264, 273  
 Verlaufsaufklärung 76f., 79, 379  
 Vermeidbares unerwünschtes Ereignis 205, 379  
 Vermeidungsverhalten 132  
 Verschwiegenheitspflicht → Schweigepflicht  
 Versicherungsgemeinschaft 97, 139, 163, 168, 170f., 314, 316, 376  
 Versichertenstatus 22, 91  
 Versteckter Lehrplan 144f., 380  
 Verteilung 52, 55–57, 165, 316f.  
 Verteilungsgerechtigkeit → Iustitia distributiva  
 Vertragsmodell 70, 365, 380  
 Vertrauen(sbildung) 63, 67, 70, 72f., 77, 83, 85, 90, 97f., 101, 122f., 139, 146, 149, 153, 155–157, 159, 167, 170, 183, 204, 209f., 213, 215f., 224, 232, 250, 260, 265, 274f., 287, 290, 292f., 302, 306, 309–311, 334, 338, 342, 405, 414  
 Vertretbares Risiko 191f., 380  
 Vertretung 32, 152, 156, 258, 278, 291, 306, 332, 407  
 Via falsa 141, 209  
 Vipeholm-Studie 186–189, 192, 195, 380  
 Vitale Bedrohung 80, 82, 180, 191, 205, 247, 250, 324

Vitaminmangel 117  
 Vollmacht 112, 224, 276  
 „Voluntas aegroti suprema lex“ 53, 380  
 Vorsorge 114, 405  
 Vorurteil → Klischee  
 Vulnerabilität 107, 110–112, 148, 266, 380  
 Vulnerable Patientengruppen 108, 111f., 380

## W

Wahrhaftigkeit 82f., 147, 149, 209, 216, 380  
 Wahrheit 37, 41, 74, 81–83, 179, 218, 223, 378, 381  
 Wellness 32, 172f., 175, 185, 381  
 Weltärztebund → World Medical Association  
 Werbung 178  
 Werkzeug → Tool  
 Wertekern 183f.  
 Wertekonflikt 381  
 Wertepluralismus 12, 240f., 381  
 Wert(vorstellungen) 2, 10, 12, 21, 28, 30, 36, 38, 52, 59, 69, 81, 102, 114, 117, 144, 168, 237, 242f., 248  
 Wettbewerb(sdenken) 32, 70, 143, 145, 148, 150, 154f., 172, 181, 218f., 362, 367  
 Whistle blower 222f., 381  
 Wiederherstellende Gerechtigkeit → Iustitia commutativa  
 Wirtschaftlichkeit 164, 169, 280, 332  
 Wish-fulfilling dentistry → Wunscherfüllende Zahnmedizin  
 Wish-fulfilling medicine → Wunscherfüllende Medizin  
 Wissenschaft(ler) 19, 38, 40, 168, 188, 218–227  
 Wissenschaftliches Fehlverhalten 203, 217, 219–223, 381

Wissenschaftliche Unredlichkeit 203, 219, 381  
 Wissenschaftsethik 140, 186, 190f., 218f., 359, 381  
 Wohltun → Benefizienz  
 Wohlwollende Täuschung → Gnädige Lüge  
 Wohnverhältnisse 118  
 World Medical Association (WMA) 190, 355, 360  
 Wunscherfüllende Medizin 173, 175, 178, 381  
 Wunscherfüllende Zahnmedizin 172–185, 381

## Z

Zahnärztetag 15  
 Zahnarzt-Patient-Beziehung 67–70, 123, 128, 184, 266, 279  
 Zahnarztphobie → Zahnbehandlungsphobie  
 Zahnarztvorbehalt 176, 382  
 Zahnbehandlungsangst → Angst  
 Zahnbehandlungsphobie 107, 127, 129–131, 133, 135, 355, 382  
 Zahnkosmetik(er) 32, 172, 174–176, 355, 382  
 Zentrale Ethikkommission (ZEKO) 191, 382  
 Zeugnisverweigerung 99  
 Zielgruppen-Marketing 182f., 382  
 Zielkonflikt 5, 145, 189  
 Zivilprozessordnung (ZPO) 99  
 Zusatznutzen 317, 382  
 Zuzahlung 72, 82, 166f., 179  
 Zwang 13, 46, 78, 80, 94, 132, 146, 181, 205, 259, 260, 304, 316, 328, 379  
 Zwei-Klassen-Gesellschaft 184  
 Zwei-Klassen-Medizin 5, 13, 184