

Dominik Groß, Karin Groß, Joseph Kastenbauer, Julia Kunze, Ina Nitschke

# Senioren – eine vulnerable Patientengruppe? Die ethische Perspektive

Der Gruppe der Senioren wird in der (Zahn-)Medizin immer noch vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dabei stellen (hoch)betagte Patienten nicht allein besondere fachliche Anforderungen an den Behandler; vielmehr verdienen sie auch aus ethischer Sicht eine gesonderte Betrachtung.

Ebendiese Analyse ist Gegenstand des vorliegenden Beitrages.<sup>a</sup> Der Aufsatz beginnt mit einer Klärung einschlägiger Begrifflichkeiten – namentlich der Termini „Vulnerabilität“ und „Altersdiskriminierung“ – und ihrer Verwendung im medizinischen Kontext (Abschnitt 1). Anschließend wird ein dilemmahafter Fall aus dem Bereich der Seniorenzahnmedizin präsentiert und ethisch kommentiert (Abschnitt 2). Es folgen konzise Schlussbemerkungen und ein kurz gefasster Ausblick (Abschnitt 3).

## 1. Vulnerabilität und Altersdiskriminierung im (zahn-)medizinischen Kontext

Aus (zahn-)ärztlicher Sicht ist jedem Patienten – ungeachtet von Geschlecht, Religion, Nationalität, Rasse, ideologischer Orientierung oder sozialer Stellung – die gleiche Wertschätzung und das gleiche fachliche Engagement entgegenzubringen. Diese Maxime lässt sich aus dem Grundsatz der Gleichheit und Gleichbehandlung von Patienten sowie aus dem Prinzip der Gerechtigkeit ableiten und ist u.a. im Genfer Gelöbnis festgeschrieben – jener Deklaration, die der zahnärztlichen Musterberufsordnung vorangestellt ist.

Allerdings sind nicht alle Patienten und nicht alle Patientenbedürfnisse gleich, und demzufolge sind auch der Bedarf an (zahn-)ärztlicher Zuwendung und deren konkrete Ausgestaltung und Form unter Umständen sehr unterschiedlich. Patienten, die einer vermehrten Aufmerksamkeit und (zahn-)ärztlicher Fürsorge bedürfen, werden in der Regel unter dem Oberbegriff „Vulnerable Patientengruppe“ subsumiert. Die Bezeichnung „Vulnerable Patienten“ steht dementsprechend für Kranke, die als besonders verwundbar (lat. *vulnus* = Wunde) bzw. schutzbedürftig gelten (Reiter-Theil/Albisser Schlegler 2007)<sup>4</sup>.

(Zahn-)ärztliche Patienten können aus verschiedenen Gründen eine be-

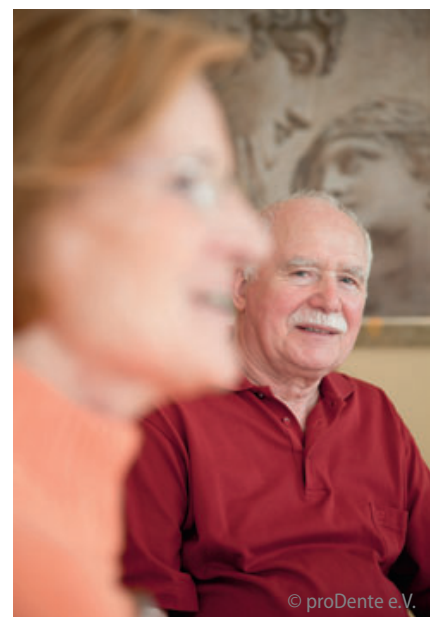


Abb. 1 Jedem Patienten ist grundsätzlich die gleiche Wertschätzung und das gleiche fachliche Engagement entgegen zu bringen.

sondere Vulnerabilität aufweisen (Harmonisierte ICH-Leitlinie 1997; Riha 2008)<sup>2,5</sup>: aufgrund *rechtlicher* Voraussetzungen (z. B. minderjährige Patienten mit eingeschränkter Einwilligung- und Entscheidungsfähigkeit oder gesetzlich betreute Personen), aufgrund ihres *Krankheitsstatus* (z. B. schwerstkranke Patienten) oder aus *sozialen* Gründen (z. B. Patienten in einem Abhängigkeitsverhältnis, das ihre Selbstbestimmung einschränkt). Ist die Vulnerabilität durch eine besondere soziale Situation der Patienten bedingt, spricht man auch von „Convenient and captive per-

<sup>a</sup> Der vorliegende Aufsatz fußt in weiten Teilen auf dem im Quintessenz-Verlag veröffentlichten Lehrbuch „Ethik in der Zahnmedizin“: vgl. Groß (2012), insbes. S. 108–112 und S. 321–325.

Tab. 1 (Potentiell) vulnerable Patientengruppen (Senioren farblich hervorgehoben).

**(1) (Potentiell) nicht oder eingeschränkt einwilligungsfähige Patienten**

- Minderjährige
- Menschen mit geistiger Behinderung
- **Personen mit (Alters-)Demenz**
- **Hochbetagte Menschen**
- **Psychisch kranke Patienten (z.B. Altersdepression)**
- Notfallpatienten
- Bewusstlose Patienten
- Schwerstkranke Patienten
- Patienten mit extremer Behandlungssphobie

**(2) Patienten mit (potentieller) sozial bedingter Vulnerabilität**

- Pflegebedürftige Menschen
- **Bewohner von Senioren- und Pflegeheimen**
- Gefängnisinsassen
- Angehörige der Streitkräfte
- Patienten mit stigmatisierten Erkrankungen
- Patienten ohne Aufenthaltserlaubnis („Illegale“)
- Obdachlose/Mittellose/Menschen ohne Versicherungsschutz
- Migranten/ethnische Minderheiten

sons“ (wörtlich übersetzt: „dienstbare und ausgelieferte Personen“).

In diesem Beitrag soll das Hauptaugenmerk auf der Patientengruppe der Senioren liegen. Inwieweit bzw. unter welchen Umständen müssen (hoch-)betagte Kranke als besonders schutzbedürftig gelten? Jene Frage soll im Folgenden anhand konkreter Szenarien beispielhaft beantwortet werden:

Zum ersten sind (hoch-)betagte Patienten, die sich aufgrund einer zunehmenden körperlichen Einschränkung bzw. Immobilisierung nicht mehr selbst versorgen können und im häuslichen Umfeld gepflegt werden, in hohem Maße abhängig von den Personen, die für sie Verantwortung übernehmen. Ebendiese Personen entscheiden letztlich über den Zugang zu (zahn-)ärztlicher Versorgung. Die Einbuße einer selbstständigen Lebensführung geht demnach vielfach mit einem faktischen Verlust an Kontrolle, Selbstbestimmung und Entscheidungsautonomie einher. Für den Zahnarzt bedeutet dies, dass er besonders achtsam sein und eine besondere Verantwortung wahrnehmen muss – etwa bei der Beurteilung der Frage, ob eine „gewünschte“ Therapie tatsächlich auf dem Patienten-

willen fußt oder doch eher den Vorstellungen des verantwortlichen Betreuers bzw. der konkreten Betreuungssituation, z. B. Aspekten der Praktikabilität, geschuldet ist.

Aber auch Bewohner von Senioren- bzw. Pflegeheimen sind potenziell vulnerabel: Sie sind den Regularien und der Betreuungssituation der jeweiligen Institution unterworfen und bewegen sich somit ebenfalls in einer sozialen Sonderrolle, in der die Selbstständigkeit und Entscheidungsfreiheit eingeschränkt sein kann.

Ähnliches gilt für Personen mit fortgeschrittener (Alters-)Demenz: Auch sie sind darauf angewiesen, dass andere Personen – seien es Angehörige, emotional Verwandte, Vorsorgebevollmächtigte oder gesetzliche Betreuer – ihre Interessen adäquat wahrnehmen. Demente Patienten sind wiederum in weit überwiegendem Maße unter den Senioren zu finden.

Auch bei Patienten mit einer Altersdepression (und hierdurch bedingtem reduziertem Antrieb) kann der Eindruck entstehen, dass sie ihre Interessen nicht selbstständig vertreten können (vgl. Tab. 1).

In allen vorgenannten Fällen bedarf es einer besonderen Sorgfalt des Behandlers – v.a. bei der Ermittlung und Berücksichtigung des (mutmaßlichen) Willens der betroffenen Personen. Aus ebendiesem Grund ist auch bei Patienten aus dem vorgenannten Personenkreis – soweit möglich und sinnvoll – das Einverständnis zu geplanten (zahn-)ärztlichen Maßnahmen einzuholen.

Tatsächlich zählt „Altersdiskriminierung“ (engl. „Ageism“) gerade auch in der Medizin zu den weitverbreiteten Phänomenen. Sie findet häufig nicht absichtsvoll statt, sondern ist vielfach einer unzureichenden Reflexion oder einer falschen Einschätzung der Sachlage geschuldet. So wird sehr alten Patienten nicht selten *a priori* (d. h. aufgrund ihres Status als Hochbetagte) eine eingeschränkte oder fehlende Entscheidungsfähigkeit unterstellt. Dies hat zur Folge, dass alte Patienten bisweilen trotz grundsätzlicher (bedingter) Entscheidungsfähigkeit faktisch nicht/nur unzureichend in Behandlungsentscheidungen eingebunden werden, sondern anstehende Entscheidungen stattdessen mit der Begleitperson verabredet werden. Ebenso kommt es vor, dass die betroffene Person keine optimalen Behandlungsleistungen (mehr) erhält, sondern eine provisorische oder Substandard-Versorgung erfährt (Von Ärzten 2007; Nitschke et al. 2010)<sup>3,6</sup>. Dem letztgenannten Vorgehen liegen in der Regel zwei mögliche, aus ethischer Sicht gleichermaßen kritikwürdige Argumentationslinien zugrunde (Wottrich 2010)<sup>7</sup>: Das Vorgehen kann einer „pragmatischen“ Denkweise geschuldet sein, wonach längerfristig angelegte Therapieplanungen bei hochbetagten Patienten in Anbetracht der begrenzten „Restlebenserwartung“ als unverhältnismäßig gelten. Ebenso kann es sich um eine „klassische“ Form der Altersrationierung handeln, indem für alte Patienten aus Kostengründen und in (vermeintlicher) Rücksichtnahme auf die nachfolgende Generation („interge-

nerationelle Gerechtigkeit“) keine teuren und aufwändigen Kassenleistungen mehr in Betracht gezogen werden.

Im Folgenden soll – als konkretes Beispiel für die Vulnerabilität demenzkranker Bewohner eines Seniorenheims – ein spezifischer Fall geschildert und fachlich kommentiert werden.

## 2. Der ethische Fall: Therapieentscheidungen bei demenzkranken Bewohnern eines Seniorenheims

### 2.1 Fallbericht

Die Doktores S.K., R.M. und L.R. führen seit einigen Jahren eine zahnärztliche Gemeinschaftspraxis in einer norddeutschen Großstadt; die Praxis befindet sich in unmittelbarer Nachbarschaft eines Seniorenheims. Seit kurzem wird das Kollegium durch den Zahnarzt Dr. G.Z. verstärkt, der bis dato als Oberarzt in einer Universitätsklinik gearbeitet hat.

Seit ca. zwei Jahren werden immer häufiger Patienten aus besagtem Seniorenstift in der Zahnarztpraxis zur Behandlung vorgestellt – z. B., weil sie eine Füllung verloren haben oder weil die Ecke eines Zahnes abgebrochen ist und die Patienten in der Folge Aufbiss- bzw. Kälteempfindlichkeiten oder diffuse Schmerzen äußern. Manchmal handelt es sich auch um Patienten, bei denen eine Pflegekraft beim Waschen eine entsprechende Auffälligkeit entdeckt hat, ohne dass der Betreffende Beschwerden angibt. Die Patienten werden im Regelfall von einer Pflegekraft (teilweise mittels Rollstuhl) ins Wartezimmer gebracht und nach erfolgter Behandlung und einem Telefonat der Sprechstundenhilfe mit der Pflegestation wieder abgeholt. Eine Begleitung des Patienten durch ein Familienmitglied bzw. den gesetzlich bestellten Betreuer erfolgt nur in seltenen Ausnahmen.

Häufig handelt es sich um kurzfristige Patientenvorstellungen, d. h. die

Patienten kommen ohne Termin und werden „dazwischengeschoben.“ Einige dieser Patienten leiden bereits an einer fortgeschrittenen Demenz, so dass das Aufklärungsgespräch entfällt oder nur pro forma – gleichsam für die Aktennotiz – durchgeführt wird. Üblicherweise werden die Patienten in derselben Sitzung bedarfsgerecht (mit einer Füllungstherapie, einem Eckenaufbau, einem Scaling, einer medikamentösen Einlage etc.) versorgt. In vielen Fällen findet sich in den Akten kein Hinweis auf Namen und Kontaktdaten des gesetzlich bestellten Betreuers.

Dr. G.Z. beobachtet diese Praxis mit wachsendem Unbehagen und meldet in einer Dienstbesprechung ethische und rechtliche Bedenken an: Er erinnert sich, dass in der Zahnklinik keine Therapieentscheidungen getroffen und keine Behandlungen durchgeführt wurden, ohne dass zuvor entweder mit dem einwilligungsfähigen Patienten oder alternativ dem gesetzlich bestellten Betreuer ein Aufklärungsgespräch geführt und das weitere therapeutische Vorgehen abgestimmt worden sei. Den Einwand der Kollegen, dass es sich hier doch um „Notfall-Situationen“ handle, in denen man von der Aufklärungs- und Zustimmungspflicht befreit sei, will Dr. G.Z. nicht gelten lassen: Er entgegnet nicht ohne Sarkasmus, dass er allenfalls bei einem perimandibulären Abzess, nicht aber bei einem „Schneidekantenverlust im Schmelzbereich“ eine „Notfallsituation“ erkennen könne. Die Kollegen S.K. und R.M. bemerken darauf hin – ebenfalls nicht ohne Polemik –, dass er es nun eben nicht mehr mit einem universitären Berufsumfeld, sondern mit einem „echten“ zahnärztlichen Praxisalltag zu tun habe, in dem man in Anbetracht voller Terminkalender und zusätzlichen unangemeldeten Patienten „pragmatische“ Lösungen zum Wohl aller Beteiligten finden müsse.

Angesichts der angespannten Stimmung fassen die Kollegen den Beschluss,

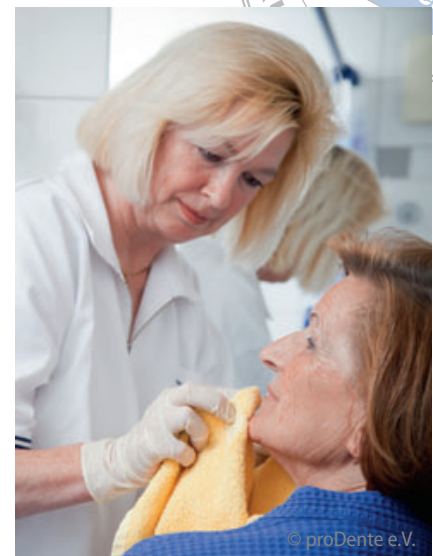


Abb. 2 Vulnerable Patienten bedürfen einer besonders abgewogenen Behandlung.

sich zu vertagen und bis zur nächsten Dienstbesprechung Vorschläge für ein festes Prozedere zu erarbeiten. *Welches Vorgehen sollten sie künftig wählen?*

### 2.2 Ethischer Kommentar

Der folgende Kommentar orientiert sich an der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress. Hiernach sind bei der Beurteilung einer Fallsituation vier grundlegende ethische Prinzipien zugrunde zu legen:

1. Der Respekt vor der Patientenautonomie, d. h. die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten,
2. das Non-Malefizien-Prinzip („Nichtschadensgebot“, „primum nil nocere“), d. h. das ärztliche Gebot, dem Patienten keinen vermeidbaren bzw. ungerechtfertigten Schaden zuzufügen,
3. das Benefizienz-Prinzip (Gebot des Wohltuns, Fürsorgeprinzip, „bonum facere“), d. h. die ärztliche Verpflichtung auf das Wohl des Patienten und
4. das Prinzip der Gerechtigkeit (Fairness), d. h. die Verpflichtung auf eine gerechte Behandlung der Patienten und anderer beteiligter Akteure.



**Abb. 3** Bei jedem Patienten muss aus Respekt vor der Patientenautonomie das Einverständnis für eine Behandlung eingeholt werden.

Im Folgenden sollen zunächst alle vier Prinzipien einer gesonderten Betrachtung unterzogen werden:

### Ad (1) Respekt vor der Patientenautonomie

Jeder zahnärztliche Eingriff ohne die Zustimmung des Patienten stellt rechtlich betrachtet eine Körperverletzung dar. Bei allen Patienten, gleich ob sie selbst entscheidungsfähig sind, einen Vorsorgebevollmächtigten oder einen gesetzlich bestellten Betreuer haben, muss aus Respekt vor der Patientenautonomie im Vorfeld einer Behandlungsmaßnahme ein Einverständnis nach umfassender Aufklärung eingeholt werden – auch wenn es im Praxisalltag schwierig und umständlich erscheint.

Der Informed Consent jedes Patienten bzw. des Bevollmächtigten oder Betreuers ist unabdingbar – außer in lebensbedrohlichen Umständen, die in der Regel in der zahnärztlichen Praxis nicht vorliegen. Dieses Vorgehen entspricht im Übrigen auch dem Betreuungsgesetz, das hierzu spezielle Auflagen für die Betreuer verankert. So sollte sich der Betreuer z. B. darum bemühen,

eine Entscheidung zu treffen, die dem Wunsch des Betreuten entsprechen würde.

### Ad (2) Non-Malefizienz-Prinzip

Gemäß dem Nichtschadensgebot sollten Patienten mit Behandlungsbedarf so *zeitnah* versorgt werden, dass Folgeschäden unterbleiben und/oder dem Schmerzpatienten Linderung verschafft wird. In gravierenden Notfällen, in denen die Therapie schnell eingeleitet werden muss, kann dies auch ohne vorherige Abklärung mit dem gesetzlichen Vertreter erfolgen, da im Notfall vom mutmaßlichen Willen des Patienten ausgegangen werden kann.

Der Notfall liegt vor, wenn die medizinischen Probleme bzw. akute Schmerzen nur durch eine sofortige therapeutische Intervention in den Griff zu bekommen sind. Die Therapie eines Schneidekantenverlustes und vergleichbare Maßnahmen stellen hingegen elektive Eingriffe dar; sie sind folglich einwilligungsbedürftig. Sie sollten in jedem Fall mit dem einwilligungsfähigen Patienten oder einem gesetzlichen Vertreter besprochen werden. Ist der Betreuer für die Praxis nicht zu erreichen, da er überlastet ist, kann sich der Zahnarzt auch an das zuständige Gericht wenden.

Für manche dementiell erkrankten Patienten bedeutet eine zahnärztliche Behandlung eine starke Stresssituation, so dass u.U. eine (sanierende) Therapie unter Narkose angezeigt sein kann. Diese Möglichkeit sollte grundsätzlich zumindest *erwogen* werden, sie scheidet aber faktisch als Option aus, wenn derartige Behandlungen ausschließlich ungeplant – also „zwischendurch“ – erfolgen.

### Ad (3) Benefizienz-Prinzip

Ein zahnärztlicher Eingriff – ob Notfallversorgung oder elektiver Eingriff – zur Schmerzbesitzigung oder zur Verbesserung der Kaufunktion bzw. Phonetik ist als Beförderung des Patientenwohls zu werten und demnach durchzuführen.

Fände allein dieses Prinzip der (zahn-)ärztlichen Fürsorge Berücksichtigung, so wäre eine Behandlung der Patienten ungeachtet der Einbindung der gesetzlichen Vertreter durchführbar, da in den beschriebenen Fällen eine (zahn-)medizinische Indikation zur Behandlung besteht. Tatsächlich ist aber auch das erste Prinzip zu beachten – und hiernach ist jede Behandlung an die Zustimmung des Patienten bzw. seines Vertreters gebunden.

### Ad (4) Prinzip der Gerechtigkeit (Fairness)

*Aus der Perspektive des dementen Patienten:* Demente Patienten, obwohl nicht einwilligungsfähig, haben im Grundsatz dasselbe Recht auf Aufklärung und medizinische Versorgung wie nicht an Demenz erkrankte Patienten – unbeschadet der Tatsache, dass sich das formale Vorgehen und der Prozess der Entscheidungsfindung im Einzelfall erheblich unterscheiden können.

*Aus der Perspektive der übrigen Patienten:* Mit den von der Reha-Klinik stammenden Patienten müsste im Praxismanagement aus Gerechtigkeitsgründen bei vergleichbarer Behandlungs- und Schmerzsituation ähnlich umgegangen werden wie mit anderen Patienten der Praxis.

*Aus der Perspektive der Praxismitarbeiter:* Das beschriebene praxisorganisatorische Defizit führt angesichts fehlender Planungssicherheit bei den Zahnärzten und Mitarbeitern zu einer vermeidbaren (Stress-)Belastung, die sich ggf. auch negativ auf die Atmosphäre in der Praxis auswirkt.

**Fazit:** Die im Fall beschriebene Praxis läuft den ethischen Grundprinzipien – dem Respekt vor der Patientenautonomie, der Non-Malefizienz, der Benefizienz und der Gerechtigkeit – in mehrfacher Hinsicht zuwider. Zudem fehlen geordnete Praxisstrukturen, die eine professionelle Zusammenarbeit mit der Reha-Klinik gewährleis-

ten und den „Alles sind Notfälle für zwischendurch“-Charakter aufheben könnten. Zielpunkte sind demzufolge eine Professionalisierung des Umgangs mit demenzkranken Patienten unter Berücksichtigung rechtlicher und ethischer Belange, eine Entlastung der Zahnärzte und des Praxispersonals, aber auch eine Entlastung der übrigen (regulär einbestellten) Patienten.

Vor diesem Hintergrund sind folgende Abhilfen denkbar:

1. Da die Klinik in direkter Nähe der Praxis liegt und immerhin vier Zahnärzte in der Praxis tätig sind, wäre daran zu denken, regelmäßige Klinik-Besuche durchzuführen. Im Rahmen dieser Besuche ließen sich Vorbefunde und Aufklärungsgespräche führen, die dann den gewohnten Praxisablauf zeitlich weniger belasten und den geriatrischen Patienten zugutekommen.
2. Ebenso hilfreich wäre die Erstellung eines speziellen Anmeldebogens, der durch die Zahnärzte in Absprache mit der Pflegedienstleitung der Einrichtung erstellt wird. Besagter Bogen sollte Daten zur Anamnese des Patienten, (falls gegeben) Angaben zum gesetzlichen Betreuer (Bevollmächtigten) und Angaben zu Grunderkrankungen und Medikation enthalten. Zudem sollte eine Schilderung des auftretenden Problems bzw. des Grundes des gewünschten Zahnarztbesuches erfolgen.

Vor dem Hintergrund der in (1) und (2) diskutierten Änderungen ließe sich eine geordnete, standardisierte und effiziente Terminvergabe realisieren, in die auch die Bevollmächtigten bzw. die gesetzlichen Betreuer adäquat eingebunden werden können.

### 3. Schlussbemerkungen

Betagte Patienten sind, wie gezeigt, häufig vulnerabel und schutzbedürftig

– umso mehr, wenn sie aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz nur bedingt oder gar nicht entscheidungs- und einwilligungsfähig sind. Im letztgenannten Fall geht die Entscheidungsverantwortung auf die bevollmächtigte Betreuungsperson – und damit häufig auf einen nahen Verwandten – über. Diese Person muss (anders als im vorliegenden Fall geschehen) in die Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Die Art dieser Einbeziehung ist nicht festgelegt: In manchen Fällen dürfte es sich anbieten, vor der ersten Behandlungsmaßnahme mit der Betreuungsperson Rücksprache zu halten und hierbei aus Gründen der Praktikabilität ein grundsätzliches Placet für bestimmte zahnärztlich indizierte Routinemaßnahmen (z. B. konservierende und prothetische Behandlung) einzuholen. Alternativ können sich Vertreter der Institutionen, die Demenzkranke aufnehmen, eine Vollmacht über derartige Behandlungsmaßnahmen übertragen lassen. In jedem Fall ist aber auch der demenzkranke Patient im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten aufzuklären und – soweit möglich – sein Einverständnis einzuholen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bestimmten ethischen Grundwerten – namentlich dem Respekt vor dem (mutmaßlichen) Patientenwillen, dem Nichtschadensgebot, dem ärztlichen Wohltun, aber auch der Gerechtigkeit gegenüber dritten Personen – ein besonderes Augen-

merk gelten muss. Die Anwendung und Einhaltung ethischer Prinzipien ist *gerade dann* einzufordern, wenn es um betagte (demenzkranken) Patienten geht, die ihre Belange nicht oder nur eingeschränkt vertreten können – mit dem Ziel, als behandelnder Zahnarzt dem (mutmaßlichen) Patientenwillen Geltung zu verschaffen oder dazu beizutragen, dass bereits erlittene Nachteile ausgeglichen oder abgemildert werden können. **SZM**

### Literatur

1. Groß D, Ethik in der Zahnmedizin. Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten klinischen Fällen, Quintessenz, Berlin 2012.
2. Harmonisierte ICH-Leitlinie für die EU, Japan und die USA. Leitlinie zur guten klinischen Praxis, Mai 1997, [http://www.central.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/ICH-GCP\\_deutsch110308.pdf](http://www.central.de/fileadmin/user_upload/PDF/ICH-GCP_deutsch110308.pdf) [26.02.2013].
3. Nitschke I, Majdani M, Sobotta BA, Reiber T, Hopfenmüller W: Dental care of frail older people and those caring for them. J Clin Nurs 19, 13-14, 1882–1890 (2010).
4. Reiter-Theil S, Albißer Schlegler H: Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge? Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten. Notfall Rettungsmed 10, 3, 189–196 (2007).
5. Riha O: Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin. Huber, Bern 2008.
6. Von Ärzten nicht mehr ernst genommen. Altersdiskriminierung in der Medizin. SWR-Reportage, gesendet am 05.07.2007, 22.00 Uhr, Odysso – Wissen entdecken, SWR Fernsehen, Juli 2011, <http://www.swr.de/odysso/-/id=1046894/nid=1046894/did=2408112/19yyl8q/index.html> [26.02.2013].
7. Wottrich S: Ethik und Recht im Studium der Zahnmedizin und im beruflichen Alltag. Diss. med. dent., Hannover 2010.

#### Autor

**Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil.  
Dominik Groß**  
Universitätsklinikum Aachen  
Institut für Geschichte, Theorie und  
Ethik der Medizin  
Wendlingweg 2 • 52074 Aachen  
Tel.: +49 241 8088 095/96/97

