

Ethische Aspekte bei der zahnmedizinischen Behandlung  
demenziell erkrankter Patienten

Selbstbestimmung trotz Demenz?

zur Erlangung des Bachelor of Science  
in Dentalhygiene und Präventionsmanagement

an der praxisHochschule Köln

vorgelegt von

Alice Kordick geboren in Heilbronn

Matrikelnummer: 10140072

2016

Die vorliegende Arbeit wurde in der Zeit vom  
29.10.2015 bis 29.01.2016 bearbeitet.

1. Gutachter: Prof. Dr. Barbara Veltjens
2. Gutachter: Prof. Dr. med. dent. Peter Hahner

Für meinen Vater

Wahre Ethik fängt an, wo der Gebrauch der Worte aufhört.

(Albert Schweitzer)

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Theoretische Grundlagen der Ethik.....</b>	<b>6</b>
2.1    Deontologische Ethik (Pflichtethik) .....	7
2.2    Utilitaristische Ethik (Nutzenethik) .....	9
2.3    Tugendethik .....	9
<b>3. Ethik in der Zahnmedizin.....</b>	<b>12</b>
3.1    Wozu Ethik in der Medizin? .....	12
3.2    Die Notwendigkeit ethischen Denkens und Handelns in der Zahnmedizin.....	14
3.3    Prinzipienorientierte Medizinethik nach Beauchamp und Childress .....	16
3.4    Ethik als Schutzbereich .....	17
<b>4. Der Autonomiebegriff .....</b>	<b>19</b>
4.1    Der ethisch-philosophische Autonomiebegriff nach Kant.....	19
4.2    Patientenautonomie nach medizin-ethischen Prinzipien .....	20
4.2.1    Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie ( <i>Respect for autonomy</i> ) .....	21
4.2.2    Das Prinzip des Nichtschadens ( <i>Nonmaleficence</i> ) .....	22
4.2.3    Das Prinzip der Fürsorge ( <i>Beneficence</i> ) .....	22
4.2.4    Das Prinzip der Gerechtigkeit ( <i>Justice</i> ) .....	23
4.3    Das veränderte Arzt-Patienten-Verhältnis.....	24
4.4    Autonomie oder Selbstbestimmung? .....	25
<b>5. Erläuterungen des Demenzbegriffs .....</b>	<b>27</b>
5.1    Definition des Demenzbegriffs.....	27
5.2    Ethik und Demenz .....	29
<b>6. Wahrung der Selbstbestimmung .....</b>	<b>31</b>
6.1    Rechtliche Rahmenbedingungen für den Erhalt der Autonomie.....	31
6.1.1    Patientenverfügung.....	32
6.1.2    Die Rolle des mutmaßlichen Willens .....	33
6.1.3    Einwilligungsfähigkeit.....	34
6.2    Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge .....	35
6.3    Moralische Kompetenzen im Umgang mit Demenzpatienten.....	37
6.4    Andersartigkeit der Kommunikation .....	39
6.4.1    Veränderte sprachliche Kommunikation.....	40

6.4.2	Bedürfnisse erkennen.....	41
6.4.3	Schmerzen erkennen.....	42
6.5	Behandlung von demenziell erkrankter Patienten.....	43
6.5.2	Kommunikation als Kernkompetenz im Umgang mit Demenzpatienten .....	45
6.5.3	Rahmenbedingungen schaffen.....	46
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung / Abstract .....</b>	<b>48</b>
7.1	Zusammenfassung.....	48
7.2	Abstract.....	49
7.3	Ausblick.....	50
<b>8.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>52</b>
<b>9.</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>60</b>
<b>10.</b>	<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>61</b>
<b>11.</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>62</b>
11.1	Hippokratischer Eid .....	62
11.2	Genfer Gelöbnis .....	63
<b>12.</b>	<b>Lebenslauf.....</b>	<b>64</b>
<b>13.</b>	<b>Danksagung .....</b>	<b>65</b>
<b>14.</b>	<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>66</b>

# 1. Einleitung

Die Industrieländer stehen vor einer Veränderung, die es in der Vergangenheit so noch nicht gegeben hat: Die Bevölkerung veraltet zunehmend. Für diesen sogenannten demografischen Wandel werden zwei Gründe genannt. Zum einen sinkt die Geburtenrate und zum anderen steigt die Lebenserwartung (vgl. Statistisches Bundesamt 2012). Durch die Veränderung der Altersstruktur kommt es demzufolge zu einer Zunahme typischer Alterserkrankungen, zu denen auch die Demenz gehört. Schätzungen zufolge sollen im Jahr 2050 in Deutschland 3,0 Millionen von 69,9 Millionen Menschen von Demenz betroffen sein (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2014). Somit steigt der voraussichtliche Bevölkerungsanteil der Demenzerkrankten in Deutschland von 1,5% im Jahr 2010 auf 2,3% im Jahr 2030 und im Jahr 2060 sogar auf 3,8% (vgl. Statista 2016). Diese Zunahme an demenziell erkrankten Menschen stellt alle Beteiligten, wie pflegende Angehörige, Ärzte, Pflegekräfte und Krankenkassen, vor erhebliche gesellschaftliche, aber auch ethische Herausforderungen (vgl. Deutscher Ethikrat 2012).

Neben dem demografischen Wandel spielen ebenso der medizinisch-technische Fortschritt einerseits und der Wunsch nach Selbstbestimmung eines jeden Menschen andererseits eine entscheidende Rolle, sich mit dem Thema Demenz und dem vermeintlichen Verlust von Autonomie nach ethischen Gesichtspunkten zu befassen (vgl. Jox 2004).

Auch der zahnärztliche Berufsstand wird vermehrt mit der zahnmedizinischen Behandlung von Demenzpatienten konfrontiert werden (vgl. Stoppe/Müller 2010). Menschen mit Demenz können durch den Verlust ihrer kognitiven Fähigkeiten ab einem bestimmten Stadium ihrer Erkrankung ihre Bedürfnisse oder auch Schmerzen nicht mehr verbal äußern (vgl. Lukas et al. 2012). Aus diesem Grund bedürfen sie einer besonderen Zuwendung durch die Ärzte<sup>1</sup> beziehungsweise Zahnärzte. Auch Dentalhygienikern kommt eine besondere Bedeutung in der Behandlung und Betreuung dieser Patientengruppe zu, die im Ideal-

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird zur Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Gruppen, wie Behandler/in, (Zahn-)Arzt/Ärztin oder Dentalhygieniker/in, die männliche Form verwendet – gemeint sind jedoch beide Geschlechter. Die Verfasserin sieht daher bewusst von einer genderneutralen Ausdrucksweise ab.

fall besonders ausgeprägtes Einfühlungsvermögen zeigt. Der letztgenannten Berufsgruppe ist es oftmals eher als den Ärzten möglich, dem Patienten mehr Zeit zu schenken und ihm durch die Zuwendung eine besondere Wertschätzung entgegenzubringen.

Die vorliegende Arbeit soll beleuchten, in welchem Maße den Demenzpatienten eine Selbstbestimmung ermöglicht wird. Diese ist für alle Patienten ein wichtiges Merkmal der modernen Medizinethik.

Es stellt sich die Frage, ob es zutrifft, dass demenzerkrankte Menschen, aufgrund des zunehmenden Verlusts ihrer kognitiven Fähigkeiten, immer weniger zu einer selbstbestimmten Entscheidung fähig sind. Mit dieser Fragestellung soll der wichtige ethische Themenkomplex Selbstbestimmung und Patientenautonomie von Demenzpatienten anhand der folgenden theoretischen und praktischen Ausführung betrachtet werden.

Ziel der Arbeit ist es zu zeigen, dass die Selbstbestimmung von Demenzpatienten wie für alle Menschen ein Grundrecht ist und als ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität zu sehen ist, die es zu achten und zu stärken gilt. Dabei liegt der Fokus dieser Arbeit besonders darauf, eine ethische Reflexion über dieses Grundrecht bei der zahnmedizinischen Behandlung bei den Zahnärzten und Dentalhygienikern zu fördern. Vor diesem Hintergrund sollte sich, wie in der vorliegenden Arbeit herausgearbeitet werden soll, hinsichtlich der fachlichen und moralischen Verantwortung, jede Zahnarztpraxis mit ethischen Fragen auseinandersetzen (vgl. Bobbert 2002).

Die ethische Betrachtung kann den Behandelnden helfen, Handlungskonzepte zu entwickeln, auf deren Grundlage eine differenzierte Wahrnehmung der kognitiven, emotionalen und gesundheitlichen Situation des Demenzpatienten möglich ist.

Aufgrund dieser ethischen Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz und dem Umgang mit Betroffenen, scheint eine durch den Patienten selbstbestimmte zahnärztliche Behandlung durchführbar. Auch wenn die Möglichkeiten der Selbstbestimmung sich im Krankheitsverlauf verändern, so bleibt doch das Selbst einer Person erhalten (vgl. Deutscher Ethikrat 2012). Es liegt an der Gesellschaft, und unserem Gesundheitswesen, die Rahmenbedingungen zu schaf-

fen, mithilfe derer die Selbstbestimmung gestärkt wird. Der Blick sollte bei der Auseinandersetzung mit diesem Thema auf den (noch vorhandenen) Ressourcen der Betroffenen liegen und weniger auf deren Defiziten. Diese Sichtweise soll zeigen, dass die Wahrung der vorhandenen Selbstbestimmung, bei den Betroffenen letztendlich zu einer erhöhten Lebensqualität führt.

Die systematische Literaturrecherche zur Beantwortung der Forschungsfrage hat zunächst das Modul „Ethik im Gesundheits- und Sozialwesen“ im Studiengang (B. Sc.) Dentalhygiene und Präventionsmanagement beleuchtet. Grundlage waren die Publikationen von Groß (2012) und Maio (2012). Das weitere Vorgehen schloss die Sichtung der Literatur ein, die im dortigen Quellenverzeichnis gelistet wurde. Um auch aktuellere Veröffentlichungen zu berücksichtigen, fand eine weiterführende Literaturrecherche in den unten aufgeführten Datenbanken und der Hochschulbibliothek Freiburg mittels der ausgewählten Schlüsselwörter „Ethik“, „Demenz“, „Selbstbestimmung“, „Medizin“ und „Autonomie“ statt. Die Suche nach diesen Schlüsselwörtern wurde in unterschiedlichen Kombinationen angewendet und durch eine Freitextsuche ergänzt. Die Datenbanken, die Verwendung fanden, waren *scholar google*, *belit* und *gerolit*. Des Weiteren wurde der Bibliothekskatalog (OPAC) der Universität Freiburg durch die Eingabe der Schlüsselwörter, aber auch über die Suche nach Themen sowie nach Autoren, genutzt. Vereinzelt fand auch eine Fernleihe statt, sowie die Nutzung relevanter Fachbücher aus dem Präsenzbestand der Universitätsbibliothek Freiburg. Publikationen, die nicht verfügbar waren, wurden käuflich erworben. Um eine Eingrenzung vorzunehmen, wurde ausschließlich deutschsprachige Literatur untersucht. Dieses ist insofern wissenschaftlich begründbar, da eine ethische Reflexion sehr durch die Kultur einer Gesellschaft geprägt ist (vgl. Wiesemann 2012). Eine Ausnahme stellt das Standardwerk „*Principles of Biomedical Ethics*“ von Beauchamp und Childress dar. Sie beschreiben vier medizinethische Prinzipien, deren Ansatz die Medizinethik entschieden geprägt hat (vgl. Schöne-Seifert 2007). Darüber hinaus wurde die Literatur zeitlich nach ihrer Veröffentlichung eingegrenzt. Es fand keine Literatur vor dem Jahr 2000 Beachtung, um eine möglichst aktuelle Betrachtung der Fragestellung zu gewährleisten. Ausnahme hiervon, war die Publikation von I. Kant zum Sittengesetz aus

dem Jahr 1998, da keine aktuellere Ausgabe vorlag. Die Publikation findet seine Berücksichtigung, da Kant den Begriff der Autonomie entscheidend geprägt hat.

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde die Literaturlarbeit in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen und Definitionen beschrieben, um ein allgemeines Grundverständnis über Ethik, den Autonomiebegriff und die Demenz zu vermitteln. Im zweiten Teil findet die Auseinandersetzung mit dem Thema der Arbeit statt, die von der folgenden Forschungsfrage geleitet wird: „Ist eine selbstbestimmte zahnmedizinische Behandlung trotz Demenz möglich?“

Im Theorieteil werden im zweiten Kapitel, die für die Medizin relevanten ethischen Theorien vorgestellt, um bereits bestehende Handlungskonzepte kennenzulernen. Die Suche nach dem moralisch richtigen Handeln, hat in der Vergangenheit zu unterschiedlichen Ethiktheorien geführt. Als einfaches Ordnungsprinzip der verschiedenen Theorien hat sich die Unterscheidung zwischen deontologischer Ethik, konsequenzialistischen Ethik und Tugendethik gezeigt (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012), die nachfolgend näher erläutert werden sollen. Im Anschluss wird im dritten Kapitel die Bedeutung der Medizinethik als Teil der Bereichsethik hervorgehoben. Die Medizinethik soll den Akteuren im Gesundheitswesen Orientierung für ihr Handeln geben (vgl. Maio 2012). Hierzu wird die Ethik in der Zahnmedizin, die in Deutschland verhältnismäßig neu ist, als Teilbereich der Medizinethik, herausgestellt (vgl. Groß 2012). Es wird gezeigt, dass auch sie in diesem Fachbereich ihre Berechtigung in ethischen Diskussionen hat. Des Weiteren werden im vierten Kapitel der Begriff Autonomie erläutert sowie die unterschiedlichen Ansätze der Begriffserläuterung und eine Differenzierung gegenüber dem Begriff Selbstbestimmung vorgenommen. Besondere Berücksichtigung finden dabei der ethisch-philosophische Autonomiebegriff nach Kant (vgl. Kant 1998) und der Begriff Patientenautonomie nach den medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress (vgl. Beauchamp/Childress 2004). Die Patientenautonomie hat dabei Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, welches über die Jahre einen Wandel vollzogen hat, der ebenfalls in diesem Kapitel aufgezeigt wird. Den Abschluss des Theorieteils

bildet im fünften Kapitel ein Einblick in die Begrifflichkeit der Demenz. Es wird außerdem versucht, die Bedeutung der Ethik anhand dieser vulnerablen Patientengruppe, heraus zu heben.

Kapitel sechs setzt sich mit der Beantwortung der Fragestellung auseinander. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf den Möglichkeiten der Wahrung der Selbstbestimmung von Demenzpatienten. In diesem Teil der Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage geht es darum, den demenziell erkrankten Mensch als Individuum wertzuschätzen, indem seine Bedürfnisse und sein „Anderssein“ anerkannt werden (vgl. Kojer/Schmidl 2011). Dabei werden rechtliche Grundlagen der Selbstbestimmung nur soweit angesprochen, wie es für das allgemeine Verständnis nötig ist.

Es wird sich zeigen, dass ein Spannungsverhältnis zwischen der Patientenautonomie und der Fürsorge besteht, das sich aufgrund der kognitiven Einschränkungen der Demenzpatienten ergibt. Den Schwerpunkt bildet hier der Umgang mit Demenzpatienten in der zahnärztlichen Praxis. Dabei wird der Fokus auf die sich im Laufe der Krankheit verändernden Kommunikationsmöglichkeiten sowie auf das Erkennen von Bedürfnissen und Schmerzen des Patienten liegen. All dies kann *in praxi* nur umgesetzt werden, wenn die entsprechenden Rahmenbedingungen vorliegen, welche hier aufgezeigt werden sollen.

## 2. Theoretische Grundlagen der Ethik

In diesem Kapitel wird ein kurzer Überblick über ausgewählte ethische Theorien gegeben, um ein einheitliches Fachverständnis zu schaffen. Die unterschiedlichen Begründungstheorien sollen den Menschen in ihrem Handeln Orientierung geben und ihnen eine Antwort auf die Frage geben: Wie soll ich handeln? Die Frage nachdem, was in einer bestimmten Situation als moralisch richtig gelten kann, ist nicht einfach zu beantworten. Daraus haben sich unterschiedliche Strömungen und Traditionen entwickelt, die zu unterschiedlichen Ethiktheorien geführt haben (vgl. Düwell/Hübenthal/Werner 2011). Dabei geht es vor allem darum, bei wichtigen Entscheidungsprozessen, Konzepte und deren Grundprinzipien zu kennen, die bei einer ethischen Beurteilung nützlich sein können.

Aristoteles (384-322 v. Chr.) etablierte die Ethik als Teilgebiet der Philosophie. Sie sollte aufgrund der neu entstandenen griechischen Stadtgesellschaft, die bis dato geltende Moral (ausgedrückt in Sitten und Gebräuchen) auf ihren vernünftigen Sinn hin überprüfen und sie mit ihrer Hilfe ändern oder gegebenenfalls abschaffen (vgl. Düwell/Hübenthal/Werner 2011). In der Philosophie findet eine begriffliche Unterteilung zwischen Ethik und Moral statt: Unter Moral wird die in einer bestimmten Gemeinschaft verbreiteten Sitten (Regeln, Normen, Werte) verstanden, die aufgrund von Traditionen anerkannt und Teil dieser Gemeinschaft sind, wobei hingegen sich die Ethik mit dem philosophischen Nachdenken über Moral beschäftigt (vgl. ebd.). Die Ethik versucht somit zu rechtfertigen, warum etwas falsch oder richtig ist (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing, 2012, S. 23). Sie beschäftigt sich folglich mit der Frage: Wie soll ich handeln? Sie gibt dem Handelnden damit Orientierung für ein zielgerichtetes Tun bzw. Unterlassen nach gültigen moralischen Prinzipien (vgl. Karenberg 2002).

Ethisches Denken bezieht sich auf jeden Bereich des Handelns im alltäglichen Leben, wobei sie jedoch nur Grundprinzipien des rechten Handelns benennen kann, ohne dabei in einen konkreten Sachverhalt einzudringen (vgl. Düwell/Hübenthal/Werner 2011). Sie sucht nach Prinzipien (feste Regeln als Richtschnur für eine Handlung) für ein konkretes Verhalten (vgl. Frühwald

2012), um dem Handelnden Orientierung zu geben. Es geht folglich bei der Ethik darum, Bewertungsmaßstäbe auszumachen, die einer moralischen Anschauung zugrunde liegen und diese dabei kritisch zu hinterfragen (vgl. Maio, 2012, S. 2).

Aristoteles verstand Ethik als eine Disziplin des menschlichen Handelns, die mit Hilfe philosophischer Mittel beurteilt werden sollte. Dabei arbeitete er Ansichten heraus, die für ein gelingendes Leben nötig schienen und suchte nach Möglichkeiten, dieses zu erreichen (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing, 2012, S. 24).

Verschiedene Ethiktheorien unterscheiden sich in erster Linie darin, dass Normen (als anerkannte und verbindliche Regeln) und Werte auf unterschiedliche Weise begründet werden.

Im Folgenden sollen deshalb drei Modelle der ethischen Auseinandersetzung vorgestellt werden, die sich jeweils auf unterschiedliche Aspekte einer Handlung beziehen und die für die später medizinethische Diskussion besonders relevant sind.

## **2.1 Deontologische Ethik (Pflichtethik)**

Nach diesem Ansatz dient das menschliche Handeln der Erfüllung grundlegender Pflichten (griech. *deon* = die Pflicht). Es tritt neben den Handlungen zudem noch die moralische Rechtfertigung in den Mittelpunkt der Betrachtung (vgl. Werner 2011). Dabei geht die Pflichtethik davon aus, dass Handlungen von sich aus, unabhängig von den Konsequenzen, entweder gut oder schlecht sind (vgl. Scarano 2011). Genau hier setzt auch die Kritik an diesem ethischen Ansatz an, denn Handlungen können nicht grundsätzlich als gut oder schlecht bezeichnet werden, ohne sie an eine bestimmte Situation zu binden (vgl. Groß, 2012, S. 43). Bedeutendster Vertreter dieser Ethiktheorie ist Immanuel Kant (1724-1804). Er setzte voraus, dass der Mensch als Vernunftswesen grundsätzlich zur freien Willensentscheidung fähig ist (vgl. Düwell/Hübenthal/Werner 2011). Nach Kant liegt hier der Ursprung aller Moral, d. h. der Mensch besitzt die Fähigkeit, unabhängig von sinnlichen Antrieben, nach selbstauferlegten Gesetzen zu handeln (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing, 2012, S. 9ff.). Damit setzt er voraus, dass alle vernunftbegabten Wesen, vornehmlich der Mensch, nicht fremdbestimmt, sondern selbstbestimmt sind. Damit liegen Entscheidungen über ein

Handeln beim jeweiligen Menschen selbst. Kant suchte ein oberstes Moralprinzip (ein Prinzip als übergeordnete Norm), das verbindlich für alle gelten sollte, unabhängig von bestehenden Handlungsvoraussetzungen und deren Folgen (vgl. Düwell/Hübenthal/Werner 2011). Kant war sich durchaus bewusst, dass dieser Anspruch einem Ideal gleichkommt, und kein Mensch in der Lage ist, ihn stets zu erfüllen (vgl. Gerhard, 2011, S. 228). Dennoch war er der Meinung, dass jeder diese vorbildliche Norm in sich trägt und somit von sich aus weiß, wie er zu handeln hat (vgl. ebd.). Dieses oberste Moralprinzip bezeichnete er als „kategorischer Imperativ“ (vgl. Kant 1998). Von diesem Prinzip aus, sollte jedes menschliche Handeln seine Orientierung erhalten (vgl. ebd.). Diese Handlung geschieht dennoch aus einem Pflichtgefühl heraus, da es für Kant verpflichtend war, sich an (selbstaufgelegte) Gesetze zu halten (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Kant lehnt ethische Aussagen, die aus Erfahrung gemacht wurden, ab, da sie nur zufällig entstanden sind und demnach nicht auf andere Situationen übertragbar sind (vgl. Maio 2012). Ebenso lehnt er entschieden ethische Ansichten ab, die aufgrund von Neigungen gemacht wurden, da sie nur das persönliche Verlangen eines Menschen ausdrücken (vgl. ebd.). Die Vernunft verlangt aber vom Menschen, dass er das Gebot der Sittlichkeit befolgt. Dies beinhaltet ein Handeln aus Pflicht, welches ein Handeln ist, das der Moralität folgt (vgl. Maio, 2012, S. 25).

Dieses Prinzip bzw. diese Handlungsmaxime ist durch zwei Merkmale gekennzeichnet (vgl. ebd.). Erstens muss dieser Leitsatz, wie schon beschrieben, grundsätzlich allgemeingültig und zum Zweiten für jedermann verbindlich sein. Sie hat somit für alle Menschen zu allen Zeiten Gültigkeit (vgl. Düwell/Hübenthal/Werner 2011). Für Kant stellt allein die Vernunft eine Begründungsebene für ein Handeln dar, die allen Menschen gemeinsam und unveränderlich ist (vgl. ebd.; vgl. Maio 2012). Kant war der Meinung, dass eine moralische Ordnung nur über den guten Willen zu erreichen ist. Ein Wille kann aber nur dann als gut gelten, wenn das Wollen vorausgesetzt ist. Diese Koppelung des Guten an den guten Willen und ein Handeln aus Pflicht ist die Besonderheit, die die kantische Ethik von anderen deontologischen Ansätzen unterscheidet (vgl. Maio, 2012, S. 24).

Dadurch, dass der Mensch gemäß Kant in der Lage ist, sich selber Sittengesetze aufzuerlegen und sich verbindlich an sie zu halten, zeigt er seine Willensfreiheit oder anders ausgedrückt, seine Autonomie (griech. für Selbstgesetzlichkeit) (vgl. Scarano, 2011, S. 33f.). Der von Kant geprägte Begriff der Autonomie wird in Kapitel 4 noch einmal aufgegriffen, um eine Differenzierung des Verständnisses des Autonomiebegriffs nach Kant und wie er in der modernen Medizinethik verstanden wird, herauszustellen und ihn vom Begriff der Selbstbestimmung abzugrenzen.

## 2.2 Utilitaristische Ethik (Nutzenethik)

Die utilitaristische (lat. *utilitas* = Nutzen, Vorteil) Ethik gehört zur Familie der ethischen Theorien des Konsequentialismus. Sie ist eine der bekanntesten Formen der konsequentialistischen Ethik und geht auf den englischen Philosophen Jeremy Bentham (1748-1832) zurück (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Bei diesem Ansatz sind die Folgen einer Handlung ausschlaggebend für ihre moralische Bewertung (vgl. Birnbacher 2011). Nach dem Verständnis des Utilitarismus ist jede moralische Handlung gerechtfertigt, die das Wohl und Glück aller, die von einer Handlung betroffenen sind, insgesamt maximiert (vgl. ebd.). Ist dies der Fall wird die Handlung als geeignet und dementsprechend als gut angesehen (vgl. Groß 2012). Man bezeichnet dies als Nutzenmaximierung, bei der nicht die Handlung oder der Vorsatz entscheidend ist, sondern das zu erreichende Ziel im Fokus steht (vgl. Piper 2007). Das bedeutet demnach, dass nur die Konsequenzen einer Handlung moralisch beurteilt werden und nicht die Handlung selber (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Diese Sichtweise, bei der die Folgen einer Handlung keine Rolle spielen, und der Fokus auf der Nutzenmaximierung ohne Rücksicht auf den Einzelnen, sind die wesentlichen Kritikpunkte des utilitaristischen Ansatzes (vgl. Groß, 2012, S. 44). Schwierig ist auch der Ansatz, dass jedermanns Wohl gleich viel zählt: das des Familienmitglieds gleichermaßen, wie das eines Fremden (vgl. ebd.).

## 2.3 Tugendethik

Der tugendethische Ansatz geht auf Platon (428-347 v. Chr.) und dessen Schüler Aristoteles (384-322 v. Chr.) zurück (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing

2012). In der Antike war man der Ansicht, dass in der Tugend das uneingeschränkte Gute liegt. Im Kern beinhaltet die antike Tugendlehre die Auffassung, dass die bewusste Bildung der charakterlichen Veranlagung des Menschen für sein Handeln entscheidend ist (vgl. ebd.). Das heißt, entscheidend für die Voraussetzung zum moralischen Handeln ist der Charakter, sprich die persönliche Kompetenz jedes einzelnen. In der Tugendethik steht nicht die Bewertung einzelner Handlungen oder Folgen im Vordergrund, sondern die handelnde Person selber (vgl. Rapp 2011). Da die Tugend eine innere Einstellung darstellt, ist jede Handlung eines tugendhaften Menschen als gut zu würdigen (vgl. Maio, 2012, S. 50). Das tugendhafte Benehmen eines Menschen ermöglicht ihm, richtig zu handeln, und äußert sich in seinem Verhalten. Darin unterscheidet sich die Tugendethik von den vorher beschriebenen utilitaristischen und deontologischen Ansätzen, die ihr Hauptaugenmerk immer auf Prinzipien legen. Das richtige Handeln ist nicht von allgemeinen Regeln ableitbar, sondern orientiert sich stattdessen am Verhalten einer tugendhaften Person (vgl. Groß, 2012, S. 42). Als die vier klassische Tugenden galten in der Antike Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Besonnenheit. Thomas von Aquin (1224-1274) fügte den vier Kardinaltugenden die drei christlichen Tugenden Glaube, Liebe und Hoffnung hinzu (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing, 2012, S. 30). Kritisch ist bei der Tugendethik zu bewerten, dass die Folgen einer Handlung nicht berücksichtigt werden. Außerdem bietet sie weder Klärung für einzelne Aspekte einer Fragestellung, noch liefert sie Begründungen für vorliegende gesellschaftliche Verbote oder Vorschriften (vgl. Groß, 2012, S. 42).

Wie oben aufgeführt hat sich gezeigt, dass allen Ethiktheorien, von ihrer jeweiligen Motivation ausgehend, deren Werte, Normen oder Prinzipien den Rahmen einer Handlung vorgeben. Sie sind demnach Versuche, die Moral und ihre Begründungen zu ordnen (Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012).

Im Folgenden Kapitel soll im besonderen Maße die Bedeutung der Ethik in der Medizin und in der Zahnmedizin herausgestellt werden. Sie setzt sich mit Fragen und Konflikten aus dem Bereich der (Zahn-)Medizin auseinander. Die Medizinethik dient zur Überprüfung und Rechtfertigung von Handlungen im Umgang mit Krankheit und Gesundheit (vgl. Maio 2012). Dabei wird gezeigt, dass

der in Deutschland relativ neue Begriff „Ethik in der Zahnheilkunde“<sup>2</sup>, nicht nur seine Berechtigung findet, sondern auch notwendig ist. Jede Behandlungssituation in einer zahnmedizinischen Praxis, kann sich zu einer ethischen Herausforderung entwickeln und fordert vom Zahnarzt und seinem Team die Fähigkeit, Entscheidungen für ein richtiges Handeln (auch Unterlassen ist eine Handlung) zu treffen.

---

<sup>2</sup> Im Herbst 2010 hat der Arbeitskreis Ethik der „Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (DGZMK) beschlossen, nicht den internationalen Begriff *Dental Ethics* zu übernehmen, sondern die Bezeichnung Ethik in der Zahnheilkunde einzuführen.

### 3. Ethik in der Zahnmedizin

Nachdem im vorangegangenen Kapitel ein kurzer Überblick über die wichtigsten Ethiktheorien gegeben worden ist, soll nun die Bedeutung der Ethik in der Medizin und der Zahnheilkunde dargestellt werden. Besonders in der Medizin bietet die Ethik die Möglichkeit, in Entscheidungssituationen die Therapie betreffend Orientierung zu geben (Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Sie hat dabei vor allem im angloamerikanischen Raum in den letzten Jahrzehnten erheblich an Bedeutung gewonnen (vgl. Maio 2012). Diese Entwicklung hat sich jedoch in der deutschen Zahnmedizin<sup>3</sup> noch nicht durchgesetzt (vgl. Groß 2012). Im folgenden Kapitel soll aufgezeigt werden, dass es durchaus Bedarf an einer ethischen Reflexion in der Zahnheilkunde gibt.

#### 3.1 Wozu Ethik in der Medizin?

Die Medizinethik ist ein Teilgebiet der philosophischen Ethik und befasst sich als Bereichsethik mit Themen aus der Medizin, wobei sie verstärkt nach ethisch verantwortlichen Handlungsweisen sucht (vgl. Groß 2012). Sie stellt somit eine Verbindung zwischen dem philosophischen Denken und dem konkreten Handeln dar (vgl. Maio 2012). Vor diesem Hintergrund versteht es sich von selbst, dass diese Reflexion nicht allein von Philosophen betrieben werden kann und darf, denn gerade in der Medizin ist ein verantwortliches Handeln entscheidend (vgl. Schöne-Seifert 2007; vgl. ebd.). Die Medizinethik versucht nicht nur Antworten auf das moralische Verhalten im medizinischen Bereich zu finden. Sie bemüht sich darüber hinaus, die dabei entstandenen Konflikte mit ethischen Erkenntnissen zu lösen und zu optimieren (vgl. Schöne-Seifert 2007). Die eigentliche Herausforderung liegt darin, über bestehende Denkmuster und moralischen Wertvorstellungen in der Medizin nachzudenken und über den Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Gesundheitswesen zu reflektieren (vgl. Maio 2012). Sie kann somit auch als Wissenschaft vom moralischen Urteilen und Handeln aller im Gesundheitswesen tätigen Personen beschrieben werden (vgl. Groß 2012). Maio (2012) betonte in diesem Zusammenhang ausdrücklich,

---

<sup>3</sup> Die Betrachtung der Ethik in der Zahnheilkunde bezieht sich in dieser Arbeit nur auf Deutschland, da nach Auffassung der Verfasserin die Auslegung ethischer Prinzipien stets durch Beeinflussung der Gesellschaft und ihrer Kultur erfolgt.

dass es bei der Medizinethik um weit mehr geht, als Fallbeispiele zu diskutieren. Medizinethik beschäftigt sich nicht nur mit Situationen, bei denen es um Leben und Tod geht. Vielmehr geht es häufiger um alltägliche Fragen, denen ebenfalls eine große Bedeutung zukommt (vgl. Groß 2012). Die Medizinethik setzt sich mit ethisch herausfordernden Vorgehensweisen auseinander und sucht dabei Orientierung an bestimmten Prinzipien und Werten (vgl. ebd.). Die Dringlichkeit nach Prinzipien für menschliches Handeln zu suchen wird zudem noch durch das Bedürfnis der Patienten verstärkt, ihre Selbstbestimmung zu entfalten (vgl. Weber 2011). Ein ethisches Problem entsteht dann, wenn bezüglich einer Situation, bei der entweder ein Handeln oder eine Entscheidung erforderlich wird, Unsicherheit und/oder Uneinigkeit besteht (vgl. Maio 2012). Die Lösung eines ethischen Problems geschieht durch ihre Rechtfertigung, die nach besten Wissen und Gewissen entwickelt wurde (vgl. Freiwald, 2012, S. 549). Die ethische Reflexion ist ein wichtiger Bestandteil der Medizin, bei der die Medizin erkannt hat, dass der Patient mehr ist als nur ein zu behandelndes Objekt (vgl. Fussneger 2010). Dies setzt, neben dem medizinischen Fachwissen, auch eine Handlungsbereitschaft voraus (vgl. Maio 2012). Der Mediziner muss demnach gemäß Maio (2012) nicht nur helfen können, sondern auch helfen wollen. Darüber zu entscheiden, ob nun eine (Be-)Handlung zweckmäßig ist oder nicht, setzt eine individuelle, auf den Patienten abgestimmte Reflexion und ein moralisches Urteilen voraus (vgl. ebd.; vgl. Petzold/Schwerdt 2007). Aufgrund der heutigen vielfältigen Wertevorstellung und des medizinischen Fortschritts gewinnt die Ethik immer mehr an praktischer Bedeutung, indem sie dem Mediziner bei der Ausübung seines Berufs, Orientierung bei wichtigen Entscheidungen gibt (vgl. Groß 2012; vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Wichtiges Ziel der Medizinethik ist es, alle Akteure des Gesundheitswesens für ethische Fragen zu sensibilisieren. Dies setzt ein ethisches Grundverständnis und wesentliche Fertigkeiten zur Problemlösung voraus (vgl. Maio 2012). So ermöglichen die verschiedenen Ansätze, der jeweiligen Situation entsprechend, unterschiedliche Herangehensweisen und liefern dabei einen hilfreichen Orientierungsrahmen für ein Handeln (vgl. ebd.). Neben Orientierungsmöglichkeiten für Handlungen geht es in der Medizinethik ins besonders darum, Vertrauen und Menschlichkeit zwischen dem Patienten und dem Arzt nicht nur zu bewahren,

sondern auch zu verstärken (vgl. Schöne-Seifert 2007). Gerade in der Zahnmedizin bildet das Vertrauen zwischen Zahnarzt und Patienten die Basis zahnärztlichen Handelns, da der Patient aufgrund der Behandlungssituation (geöffneter Mund und Rückenlage) einen Kontrollverlust erfährt.

### **3.2 Die Notwendigkeit ethischen Denkens und Handelns in der Zahnmedizin**

Die in Deutschland relativ neue Bereich „Ethik in der Zahnheilkunde“ beschäftigt sich mit ethisch relevanten Fragen in der Zahnmedizin (vgl. Groß 2012). Obwohl es sich bei der Medizin und Zahnmedizin um zwei unterschiedliche Berufsgruppen mit verschiedenen Musterberufsordnungen handelt und sich der berufliche Alltag doch sehr unterscheiden mag, so gibt Groß (2012) zu bedenken, dass sich ethische Fragen der Medizin auch in der Zahnmedizin stellen. Während die Ethik in der Medizin aufgrund der derzeitigen Entwicklung zum Wertepluralismus, des veränderten Arzt-Patienten-Verhältnisses, aufgrund der Patientenautonomie sowie des medizinischen und technischen Fortschritts (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012) große Bedeutung erlangt hat, steckt laut Groß (2012) die Ethik in der Zahnheilkunde im deutschen Sprachraum noch in den Anfängen. Lässt sich daraus Schlussfolgern, dass im Bereich der Zahnmedizin keine Erfordernis für eine ethische Auseinandersetzung besteht? Nein! Auch in der Zahnmedizin findet ein Zusammenspiel zwischen wissenschaftlichen Bewertungen und dem persönlichem Handeln von Behandlern<sup>4</sup> statt. Es zeigt sich, dass sowohl die Medizin als auch die Zahnmedizin als eigenständige Wissenschaften bemüht sind, einen praktischen Rahmen als Orientierung für Handlungsentscheidungen anzubieten (vgl. Karenberg 2002). Die Musterberufsordnung für Zahnärzte (vgl. Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer 2014) zeigt anschaulich, dass sich gesundheitliche und moralische Blickwinkel komplettieren können und sogar sollten. So wird dort der Zahnarzt im zweiten Paragraphen dazu verpflichtet, „nach den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit“ zu handeln (ebd.).

---

<sup>4</sup> Ist von Behandlern die Rede, sind in dieser Arbeit stets Zahnärzte oder Dentalhygieniker gemeint, da in dem jeweiligen Kontext keine Differenzierung nötig ist.

Trotzdem wird dem Fach Ethik in der zahnmedizinischen Ausbildung kaum<sup>5</sup> Raum gegeben (vgl. Approbationsordnung für Zahnärzte 2011). Somit fehlen wesentliche theoretische Voraussetzungen für ethische Auseinandersetzungen in der Zahnmedizin (vgl. Groß/Keil 2002; vgl. Karenberg 2002; vgl. Groß 2014).

Sowohl in der Medizinethik als auch in der Ethik in der Zahnheilkunde gibt es ein Teilgebiet, welches sich mit klinischen Fragen beschäftigt und unter anderem auch Hilfestellung bei ethisch relevanten klinischen Problemen gibt (vgl. Groß 2012). Dennoch lässt sich aufgrund der Fülle von ethischen Theorien, auch im klinischen Bereich, nicht „die eine“ Handlung herausfinden, da kein Fall dem anderen gleicht und individuell betrachtet sowie bewertet werden muss (vgl. ebd.). Genau hierbei besteht für den Handelnden die schwierige Aufgabe, eine begründete Entscheidung zu treffen, die sowohl den Patienten an sich als auch dessen persönliche Werte (was ihm persönlich wichtig ist) achtet (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Ein klinisches Problem, welches in dieser Arbeit schwerpunktmäßig bearbeitet wird, ist der Umgang mit dem sogenannten schutzbedürftigen Patienten, zu dem auch der Demenzpatienten zählt (vgl. Petzold/Schwerdt 2007). Mit der vorliegenden Arbeit wird versucht, dieser Patientengruppe, die eine besondere gesellschaftliche Herausforderung darstellt, Platz für eine ethische Auseinandersetzung in der zahnärztlichen Praxis zu schaffen (vgl. Besimo 2014). Diese muss sich aufgrund der demografischen Entwicklung über die wachsende Zahl an Demenzpatienten bewusst werden (vgl. Stoppe/Müller 2010). Es stellt sich deshalb die Frage, wie der Zahnarzt und sein Fachpersonal dieser Patientengruppe, die viel Zeit und großes Einfühlungsvermögen benötigt, begegnet. Wie darf, kann und soll der Zahnarzt mit ihnen während seiner Behandlung umgehen? Die angenommene Haltung des Behandlers gegenüber demenziell erkrankter Patienten setzt eine ethische Reflexion voraus, um zukünftige Handlungen ethisch zu begründen und gegebenenfalls auch zu rechtfertigen.

---

<sup>5</sup> An der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg wird Ethik während des Zahnmedizinstudiums im 1. Fachsemester im Rahmen der medizinischen Terminologie gelehrt.  
(Quelle: [http://www.igm.unifreiburg.de/lehre/lehrveranstaltungenWS15\\_16](http://www.igm.unifreiburg.de/lehre/lehrveranstaltungenWS15_16))

### 3.3 Prinzipienorientierte Medizinethik nach Beauchamp und Childress

Wie bereits gezeigt haben Menschen aufgrund ihrer unterschiedlichen Moralvorstellungen verschiedene ethische Haltungen, nach denen sie handeln. Es existiert allerdings keine Ethiktheorie, die so umfassend wäre, dass sie für alle moralischen Konflikte eine Lösung hätte (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Je nach persönlicher ethischer Orientierung werden in der Medizin unterschiedliche Behandlungskonzepte umgesetzt.

Diese Orientierung allein gibt allerdings wenig Auskunft darüber, ob die Entscheidung, die man getroffen hat, richtig oder falsch ist (vgl. Markgraf-Stiksrud 2002). Sie sollte demnach nicht nur sachlich begründbar sein, sondern auch durch ethisch-moralische Prinzipien unterstützt werden (vgl. ebd., S. 108f.). Die Medizinethik hat Ansätze entwickelt, die bei medizin-ethischen Konflikten in der Entscheidungsfindung Unterstützung liefern und somit gelöst werden können (vgl. Maio 2012). Der bekannteste Ansatz ist die sogenannte Prinzipienethik. Es gibt darüber hinaus noch weitere methodische Ansätze, die sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern sich aufgrund der komplexen Entscheidungsfindungsprozesse bei klinischen Konflikten ergänzen können (vgl. Maio 2012)<sup>6</sup>.

Im Folgendem wird ausschließlich die Prinzipienethik, die von den zwei amerikanischen Medizinethikern Thomas L. Beauchamp und James F. Childress entwickelt wurden, genauer beschrieben. Sie nennt Prinzipien, auf die man sich allgemein einigen kann, weil sie an moralischen Alltagsüberzeugungen anknüpfen und dem Handelnden dabei noch einen großen Spielraum für Bewertungen lassen, da sie über kein oberstes Moralprinzip verfügen und weitestgehend die moralischen Grundlagen ärztlichen Handelns widerspiegeln (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Diese Prinzipien sind unabhängig von den Begründungstheorien und deren Wertesystemen anwendbar (vgl. Maio 2012). Beauchamp und Childress (2004) haben ein Begründungsmodell entwickelt mit den vier grundlegenden Moralprinzipien Respekt der Autonomie, Prinzip des Nicht-Schadens, Prinzip der Fürsorge und das Prinzip der Gerechtigkeit, die sie in ihrem Lehrbuch „Principles of Biomedical Ethics“ nennen (vgl. Beauch-

---

<sup>6</sup> Weitere medizinethische Ansätze sind die narrative Medizinethik, die Fürsorgeethik und die kasuistische Medizinethik. Diese methodischen Zugänge werden in der Publikation von Maio (2012) ausführlicher dargestellt.

amp/Childress 2004). Man spricht hierbei von Prinzipien mittlerer Reichweite, da sie unterhalb ethisch-philosophischer Theorien anzusiedeln sind und deutlich weniger theoretisch fundiert sind (vgl. Groß 2012), aber oberhalb von allgemeinen Moralvorstellungen anzusiedeln sind (vgl. Gerhard 2011). In einfacher und nachvollziehbarer Form geben sie eine Richtschnur für ein verantwortliches ethisches Handeln (vgl. Groß 2012). Genau hierbei setzt Fussneger (2010) seinen Kritikpunkt an, denn er findet nicht, dass man sich allein auf Prinzipien berufen sollte. Für ihn spielt die Haltung des Arztes eine wesentliche Rolle bei der ethischen Reflexion seines Handelns. Beauchamp und Childress (2004) sehen die vier Prinzipien untereinander als gleichwertig an, wobei dem Prinzip der Autonomie allerdings eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. Maio 2012). Die vier Prinzipien spiegeln die moralischen Grundlagen des ärztlichen Handelns wider (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing, 2012, S. 33) und sind auch medizin-rechtlich von der Rechtsprechung anerkannt (vgl. Damm, 2010, S. 451). Die Gewichtung der Prinzipien wird nach moralischer Auffassung und in jedem Patientenfall neu herausgearbeitet (vgl. ebd.). Kommt es dabei zu Konflikten zwischen den Prinzipien, muss eine Abwägung zwischen ihnen vorgenommen werden (vgl. Beauchamp/Childress 2004). Die vier medizin-ethischen Prinzipien werden bei der Auseinandersetzung mit dem Autonomiebegriff in Kapitel 4 noch eingehender behandelt.

### **3.4 Ethik als Schutzbereich**

Allen theoretischen Theorien ist gemein, dass sie schutzbedürftige Personen nicht ausreichend in ihrer Betrachtung miteinbezieht (vgl. Gerhard 2011). Dieser bedürftige Mensch wird zum Gegenstand von utilitaristischen Abwägungen seines Nutzens oder durch den deontologischen Ansatz nach seiner Vernunftbegabung bewertet (vgl. Gerhard, 2011, S. 230). In Anlehnung an die Ethiktheorien könnte man somit den Eindruck gewinnen, dass Schutzbedürftige keinen Wert für die Gesellschaft darstellen. Umso wichtiger ist es deshalb, deren Autonomie wertzuschätzen und sie durch eine entsprechende Haltung, die sich in einer emphatischen Begegnung zeigt, zu ermöglichen (vgl. ebd.).

Nach dem „Genfer Gelöbniß“<sup>7</sup> hat jeder Arzt jedem Patienten die gleiche Achtung und Respekt sowie die gleiche fachliche Hingabe entgegenzubringen. Jedoch sind weder alle Patienten noch ihre Wünsche und Erwartungen gleichzusetzen. Von ihren jeweiligen Bedürfnissen hängt auch die ärztliche Förderung und Unterstützung ab (vgl. Groß, 2012, S. 108). Besagte Patienten, die oben bereits als schutzbedürftig eingeschätzt wurden, werden auch in dem Begriff „vulnerable Patientengruppen“ zusammengefasst (vgl. Groß 2012). Mit diesem Begriff werden Patienten beschrieben, die als verwundbar (lat. *vulnus* = Wunde) gelten und somit auch einem besonderen ärztlichen Schutz sowie vermehrter Fürsorge unterliegen (vgl. ebd., S. 108). Die Schutzbedürftigkeit vulnerablen Patienten ist aus medizinethischer Sicht nicht nur zu beachten, sondern es sollte bestimmten Werten im Umgang mit ihnen besondere Achtung geschenkt werden (vgl. ebd.).

Da in dieser Arbeit eine Auseinandersetzung mit Demenz und Selbstbestimmung bei der zahnmedizinischen Behandlung untersucht werden soll, wird der Fokus bei der Betrachtung von schutzbedürftigen Patienten auf diejenigen liegen, die man gemeinhin mit dem Begriff „nicht oder beschränkt einwilligungsfähige Personen“ bezeichnet (vgl. Groß 2012). Dazu gehören neben Kindern und hochbetagten Menschen auch solche Personen mit geistiger Behinderung (vgl. ebd.). Dabei sind für diese Arbeit besonders die Demenzpatienten relevant.

Entscheidend ist, dass das ethische Bewusstsein als Grundlage für einen einfühlsamen Dialog mit den Betroffenen stattfindet und nicht nur zu patientenfernen Sachdiskussionen führt (vgl. Gerhard, 2011, S. 217). Die Ethik bietet dem Zahnarzt die Möglichkeit, über unterschiedliche Moralvorstellungen nachzudenken und für sich, im direkten Umgang mit demenziell erkrankten Patienten, sein Handeln ethisch zu begründen oder auch zu überdenken (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012).

---

<sup>7</sup> 1948 vom Weltärztebund verabschiedete zeitgemäße Version des Eids des Hippokrates, die seit 2010 der zahnärztlichen Musterberufsordnung vorangestellt ist.

## 4. Der Autonomiebegriff

Der philosophische Begriff Autonomie (griech. *auto* = selbst; *nomos* = Gesetz) bedeutet Selbstgesetzgebung und wurde von Immanuel Kant geprägt (vgl. Düwell/Hübenthal/Werner 2011). Sie ist im Zusammenhang mit der Aufklärung des 18. Jahrhunderts zu sehen. Durch die Aufklärung wird der Mensch zum ethisch denkenden und handelnden Wesen (vgl. Bielefeldt 2011). Demzufolge fragt er nach dem Guten, ohne sich durch andere Einflüsse außer seiner Vernunft leiten zu lassen (vgl. Deutscher Ethikrat 2012). Übersetzt wird der Ausdruck Autonomie meist mit Freiheit, Unabhängigkeit oder Selbstbestimmung (vgl. Maio 2012). Zur begrifflichen Differenzierung wird im Folgenden noch genauer eingegangen. Heute ist der Autonomiebegriff ein wesentlicher Bestandteil der modernen Medizinethik und gewinnt im Gesundheitswesen neue Aktualität (vgl. Beauchamp/Childress 2004; vgl. Deutscher Ethikrat 2012).

Die Forderung nach Autonomie ist ein Grund- und Menschenrecht (vgl. Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, Artikel 2) und bildet im Hinblick auf den selbstbestimmten Umgang mit demenziell erkrankten Patienten neben der ethischen Betrachtung den Schwerpunkt dieser Arbeit.

Im folgenden Kapitel werden der ethisch-philosophische Autonomiebegriff und die Patientenautonomie nach heutigen medizin-ethischen Prinzipien einander gegenübergestellt, um den ursprünglichen Sinn von Autonomie gegenüber dem heutigen Verständnis herauszustellen.

Des Weiteren soll gezeigt werden, warum das Prinzip der Patientenautonomie in der Medizinethik so bedeutsam ist und welchen Einfluss es auf das veränderte Arzt-Patienten-Verhältnis genommen hat und wie weit es bei Demenzpatienten Berücksichtigung findet.

### 4.1 Der ethisch-philosophische Autonomiebegriff nach Kant

Der Begriff der Autonomie ist einer der zentralen Begriffe der Modernen (vgl. Bielefeldt 2011). Er steht für das sittliche Freiheitsbewusstsein des Menschen (vgl. ebd.). Bei der Auseinandersetzung mit dem Autonomiebegriff wird deutlich, dass er maßgeblich durch Immanuel Kant (1724-1804) geprägt wurde. Wie

schon eingangs beschrieben ist der gute Wille ein entscheidender Faktor in seiner Begründungstheorie. So bezeichnet Kant jene Menschen als autonom, welche ihr Handeln von ihrem guten Willen und somit ihrer Vernunft abhängig machen (vgl. Düwell/Hübenthal/Werner 2011). Demnach bildet die Fähigkeit zur Vernunft die entscheidende Voraussetzung für autonome Menschen, um freie Entscheidungen treffen zu können (vgl. Pieper, 2005, S. 26f.). Der Begriff der Autonomie ist folglich geprägt durch ein Handeln nach selbst auferlegten Gesetzen und frei von persönlichen Vorlieben (vgl. Maio 2012). Die Selbstgesetzgebung ist also die Voraussetzung für Autonomie und die Selbstbestimmung, als ihre aktive Umsetzung zu sehen (vgl. Gaul 2002). Laut Kant (1998) sind Handlungen, die nicht aus eigener Vernunft vollzogen werden, sondern von außen beeinflusst wurden, nicht autonom, sondern fremdbestimmt. Kant spricht Autonomie zunächst, als innewohnendem Prinzip, jedem Menschen zu. Aber um die Autonomie der anderen zu wahren, findet eine Einschränkung in der Selbstbestimmung, verstanden als Ausübungsrecht der Autonomie, statt (vgl. Gaul 2002). Diesbezüglich unterscheidet sich Kants Autonomiebegriff grundlegend von der in der Medizinethik (vgl. Linsa 2010), die im folgendem genauer betrachtet wird.

#### **4.2 Patientenautonomie nach medizin-ethischen Prinzipien**

Die Patientenautonomie ist das Leitprinzip der modernen Medizinethik (vgl. Maio 2012). Ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nahm das öffentliche Interesse an medizinethischen Themen zu (vgl. Weidinger 2014). Dies zeigt sich deutlich an der Gründung des Deutschen Ethikrats<sup>8</sup>, den Einführungen klinischer Ethikkomitees oder auch der Bildung des Arbeitskreises Ethik der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). In den öffentlichen Debatten wie in diversen Gerichtsurteile zeigte sich in der Vergangenheit deutlich, dass die Achtung der Patientenautonomie immer mehr Berücksichtigung fand (vgl. Maio 2012). Diese Entwicklung ist aus dem historischen Kontext zu verstehen, in dem man sich aufgrund des öffentlichen Be-

---

<sup>8</sup> Der Deutsche Ethikrat ist ein Gremium, das 2007 in der Nachfolge des Nationalen Ethikrats gebildet wurde (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung). Sein Auftrag besteht laut Ethikratgesetz (Gesetz zur Einrichtung des Deutschen Ethikrats) darin, die Öffentlichkeit zu informieren und die ethische Diskussion in der Gesellschaft zu fördern, Empfehlungen für politisches Handeln zu erarbeiten, sowie mit nationalen und internationalen Ethikräten zusammenzuarbeiten.

wusstseins als mündiger Bürger verstand und sich gegen die ursprünglich paternalistische Medizin (vgl. Hippokratischer Eid) wehrte (vgl. Maio 2012). Seit den 60er Jahren wird die Patientenautonomie von den in den Gesundheitsberufen Tätigen nicht nur als moralische Pflicht wahrgenommen, sondern auch ausgeübt z. B. mit der informierten Einwilligung (vgl. Jox, 2013, S. 229). In der gegenwärtigen Medizinethik wird die Meinung vertreten, dass dem Patientenwillen ein hoher Stellenwert beizumessen ist, der sogar so weit geht, dass Entscheidungen über ärztliche Maßnahmen allein vom Patientenwillen abhängig gemacht werden (vgl. Maio, 2012, S. 32). Doch trotz der Gewichtung des Patientenwillens sollte der selbstbestimmte Wille nicht als ausreichende Bedingung für ärztliche Maßnahmen gelten (vgl. Wunder, 2008, S. 17).

Um die aktuellen Diskussionen über die Patientenautonomie aufzugreifen, werden nun die eingangs schon erwähnten vier Prinzipien von Beauchamp und Childress (2004) näher beschrieben. Die beiden Medizinethiker verstanden ihre Prinzipien als Verhaltensnormen, die gerade in klinischen Fällen den Behandlern bei der Urteilsfindung helfen sollten (vgl. Groß 2012; vgl. Maio 2012).

Bei der Vorstellung dieser Richtlinien liegt der Fokus in dieser Arbeit auf den Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge, da sie einen Schwerpunkt bei der Betrachtung der Selbstbestimmung von Demenzpatienten bilden.

#### 4.2.1 Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie (*Respect for autonomy*)

Wie schon beschrieben hat das Prinzip der Autonomie seinen Ursprung in der Antike. Beauchamp und Childress (2004) greifen dieses Prinzip auf und unterstreichen ausdrücklich seine besondere Bedeutung, wobei es mit den anderen drei Prinzipien gleichgestellt ist (vgl. Maio 2012). Der Begriff der Autonomie geht auf Aristoteles zurück und meinte die Selbstgesetzgebung des Staates. Heute versteht man unter dem Prinzip des Respekts vor der Autonomie ein Auflehnen gegen die ärztliche Bevormundung, so wohlwollend sie auch gemeint sein mag (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Mit dem Prinzip der Autonomie ist aber nicht nur die Aufhebung der Bevormundung durch den Arzt gemeint, sondern auch die Förderung der Entscheidungsfähigkeit des Patienten (vgl. Wallner 2007; vgl. Maio 2012). Dies hat wiederum zur Folge, dass der Patient in eine Lage versetzt wird, in der er selbstbestimmt entscheiden kann. Das

setzt voraus, dass der Arzt nicht nur die Entscheidung des Patienten respektiert, sondern den Patienten auch dahingehend so aufklärt, dass dieser überhaupt befähigt wird, eine Entscheidung zu treffen (vgl. Maio 2012). Aus diesem Grund ist in der Medizin die Einwilligung nach Aufklärung, dem sogenannten *Informed Consent* (engl., informierte Einwilligung) (vgl. Wiesing/Marckmann 2011), Voraussetzung für jede medizinische Behandlung. Mit der erforderlichen Einwilligung durch den Patienten, wird der Respekt der Autonomie in der Medizin anerkannt (vgl. Maio 2012). Mit der Achtung dieses Prinzips begann ein deutlicher Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis (vgl. Groß 2012), auf dem im Verlauf noch differenzierter eingegangen wird.

#### 4.2.2 Das Prinzip des Nichtschadens (*Nonmaleficence*)

Das Prinzip des Nichtschadens beruht auf dem alten Grundsatz der griechischen Antike, bei dem der Arzt dem Patienten kein Schaden zufügen soll (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Dieses Prinzip, vor allem nach dem Verständnis von Kant, geht schlussendlich auf den Respekt der Grundrechte eines jeden einzelnen Menschen zurück (vgl. Maio 2012). Grundsätzlich ist bei dem Prinzip des Nichtschadens die ärztliche Anordnung impliziert, dem Patienten keinen Schaden zuzufügen und ihn keinen unnötigen Risiken auszusetzen (vgl. Hippokratischer Eid). Dabei kann nicht nur das Tun, sondern auch das Unterlassen einer Handlung als Verstoß gegen dieses Prinzip verstanden werden (vgl. Groß 2012).

#### 4.2.3 Das Prinzip der Fürsorge (*Beneficence*)

Beauchamp und Childress (2004) haben die Pflicht des Nichtschadens von der Pflicht der Fürsorge getrennt. Während das Prinzip des Nichtschadens sich auf Handlungen bzw. Unterlassungen bezieht, die dem Patienten Schaden zufügen oder auch unnötig belasten, wird mit dem Prinzip der Fürsorge<sup>9</sup> ein anderer Schwerpunkt gesetzt (vgl. Maio 2012). Dieses Prinzip erwartet vom Arzt, dass er Schäden beseitigt oder von vornerein verhindert, indem er dem Patienten konkrete Hilfe anbietet (vgl. Marckmann/Bormuth/Wiesing 2012). Das Prinzip

---

<sup>9</sup> Synonym wird das Prinzip der Fürsorge auch als Prinzip des Wohltuns verwendet.

der Fürsorge setzt ein Abwägen zwischen Schaden und Nutzen voraus, unter Berücksichtigung des Patientenwohls, um in dessen Sinne zu handeln (vgl. Groß 2012). Es stehen somit die Maßnahmen im Vordergrund, die für den Patienten von größeren Nutzen sind (vgl. Gerhard 2011). Das Prinzip der Fürsorge verpflichtet den Behandler, aktiv zu handeln und nicht wie beim Prinzip des Nichtschadens nur schädigende Handlungen zu unterlassen (vgl. Weidinger, 2014, S. 38). Hierbei ist aber zu beachten, nicht in eine Form des Paternalismus zu verfallen und dabei Entscheidungen für den Patienten zu treffen. Groß (2012) betont hierbei noch mal, dass richtig umgesetzte Fürsorge die Selbstbestimmung des Patienten stärken und nicht untergraben soll.

#### 4.2.4 Das Prinzip der Gerechtigkeit (*Justice*)

Dieses vierte und letzte Prinzip beansprucht nach Beauchamp und Childress (2004) eine gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen und Ressourcen. Dabei geht es sowohl um persönliche wie auch um die gemeinschaftliche Gesundheitsversorgung (vgl. Wallner 2007). Groß (2012) sieht darin die Verpflichtung der Gesellschaft, jedem Mitglied dieser Gesellschaft die medizinische Versorgung zukommen zu lassen, die er benötigt (vgl. ebd., S. 56f.). Dieser Ansatz zeigt, dass dieses Prinzip über das Arzt-Patienten-Verhältnis hinausgeht und sich auf politische Ebene abspielt (vgl. ebd.).

Eine große Herausforderung bei diesem Prinzip ist nun herauszufinden, welche Eigenschaften bei der Verteilung von gesundheitlichen Leistungen entscheidend sind und berücksichtigt werden müssen. Hier soll nun ein direkter Bezug zum Thema hergestellt werden: Die finanzielle Unterstützung von Demenzpatienten.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz I sind Leistungen, die Betroffenen und ihren Angehörigen aus der Pflegeversicherung zustehen, zum 1. Januar 2015 noch einmal deutlich angehoben worden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit). Damit wurde erstmals die hohe Belastung, die durch die Betreuung von Demenzpatienten entsteht, honoriert. Des Weiteren werden Hilfen in Form von Leistungen angeboten, die als Ziel den Erhalt der Selbstständigkeit und die Stärkung der verbliebenen Fähigkeiten hat.

### 4.3 Das veränderte Arzt-Patienten-Verhältnis

Im Laufe der letzten Jahrzehnte fand in der Medizin eine Veränderung im Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient statt (vgl. Maio 2012). Es wechselte vom paternalistischem Modell (der Arzt entscheidet zum Wohl des Patienten) zum partnerschaftlichen Modell. Dabei wird der Wissensvorsprung des Arztes durch die dazu gewonnene Patientenautonomie kompensiert (vgl. Gaul 2002). Die Arzt-Patienten-Beziehung spielte anfänglich in der deontologischen Begründungstheorie eine Rolle (vgl. Linsa 2010). Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient (lat. *patiens* = der leidende Mensch) wurde stets durch die vorherrschende Leitidee seiner Zeit geprägt (vgl. ebd.). Der Arzt war, historisch gesehen, dem gesundheitlichen Patientenwohl verpflichtet (vgl. Hippokratischer Eid). Aufgrund seiner medizinischen Fachkenntnisse war es seine Aufgabe, im Sinne des Patienten zu handeln und für ihn, nach besten Wissen und Gewissen, Therapieentscheidungen zu treffen, die dem Wohl des Patienten dienen (vgl. Jox 2004). Seine Handlungsmotivation ist nach diesem Verständnis die ärztliche Fürsorge (vgl. Groß 2012). Dabei standen die Prinzipien des ärztlichen Handelns zum Wohl des Patienten und das Prinzip der Schadensvermeidung im Mittelpunkt der ärztlichen Ethik. Dem Respekt vor der Patientenautonomie wurde dabei wenig Beachtung geschenkt (vgl. Vollmann 2008). In der modernen Medizinethik fand, beeinflusst durch das Bedürfnis der Menschen nach mehr Selbstbestimmung, die Reflexion über die Patientenautonomie und deren Stärkung gegenüber des bis dato vorherrschendem ärztlichen Paternalismus statt (vgl. Schöne-Seifert 2007). Dies führte ab den 60er Jahren dazu, dass der Patient vor jeder geplanten Behandlung und nach Aufklärung seine informierte Zustimmung (*Informed Consent*) geben musste (vgl. Maio 2012). Es geht bei Patientenaufklärung vor einer Therapie nicht nur um die Option, eine Behandlung abzulehnen, sondern aufgrund seines Rechts auf eine eingehende Information auch darum, selbstbestimmte Entscheidung treffen zu dürfen (vgl. ebd.). Dadurch wird die Patientenautonomie nachhaltig gestärkt. Folglich hat sich ein bedeutsamer Wandel vollzogen: Der Wille des Patienten steht jetzt über dem seines Wohls (vgl. Bielefeld 2011). Das Selbstbestimmungsrecht ist die Leitidee der Modernen und gilt als der Durchbruch des 20. Jahrhunderts im neuen

Fachbereich Medizinethik (vgl. Maio 2012). Das Prinzip des Respekts vor der Patientenautonomie ist nicht nur rechtlich erforderlich, sondern zeichnet auch eine ethisch verantwortliche Arzt-Patienten-Beziehung aus (vgl. Groß 2012).

Das sich veränderte Arzt-Patienten-Verhältnis zeigt sich auch in der modernen Zahnarztpraxis. Die Ausrichtung von einer rein kurativen Praxis, wie es früher oft der Fall war, zu einer mit präventivem Schwerpunkt verändert auch das Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patient. Die Behandlung wird heute durch einen partnerschaftlichen und selbstbestimmten Stil geprägt (vgl. Markgraf-Stiksrud 2002), welcher das Vertrauen zwischen Zahnarzt und Patienten fördert (vgl. Maio 2012).

#### **4.4 Autonomie oder Selbstbestimmung?**

In der Literatur werden die Begriffe Selbstbestimmung und Autonomie meistens synonym verwendet. Der Duden setzt den philosophischen Begriff der „Autonomie“ mit der Bedeutung „Willensfreiheit“ gleich. Wie bereits erläutert versteht Kant unter Autonomie die Besonderheit eines vernunftgeleiteten Menschen, sich unbeeinflusst und allgemeinverbindlichen moralischen Gesetzen zu beugen (vgl. Schöne-Seifert 2007; vgl. Bielefeldt 2011). Die Selbstbestimmung beschreibt Kant dagegen als aktives Umsetzen der Autonomie, die ihn zu selbstbestimmtem Handeln befähigt (vgl. Kant 1998). Hier genau liegt der Unterschied zwischen dem Verständnis von Autonomie nach Kant und dem landläufigen Gebrauch in der Medizinethik. In der modernen Medizinethik stehen individuelle Überzeugungen und persönliche Werte, die das eigene Leben betreffen, im Vordergrund (vgl. Wunder 2008). Selbstbestimmung gibt dem Individuum die Freiheit, über sich selbst zu entscheiden, ohne von anderen fremdbestimmt zu werden (vgl. Wunder, 2008, S. 17f.). Er zieht es deshalb vor, in diesem Zusammenhang den deutschen Ausdruck „Selbstbestimmung“ zu wählen.

Abschließend lässt sich sagen, dass in der philosophischen Ethik Autonomie als ein charakteristisches Merkmal des Menschen gesehen wird (vgl. Wiesemann 2012). Davon unterschieden wird die Selbstbestimmung als eine Handlung zur Ausübung dieser Autonomie.

Daraus ergibt sich, dass im Folgenden entweder der Begriff der Selbstbestimmung oder der Begriff der Patientenautonomie gewählt wird, da es im Kontext dieser Arbeit um die Fähigkeit geht, individuelle Entscheidungen zu treffen.

## 5. Erläuterungen des Demenzbegriffs

Wie in der Einleitung bereits angesprochen, ist die Demenz eine altersbedingte Erkrankung (vgl. Weidinger 2014). Durch den demografischen Wandel ist auch ein prozentualer Anstieg von Demenzerkrankung zu erwarten und mit diesem auch eine gesellschaftliche Herausforderung (vgl. Stoppe/Müller 2010; vgl. Demenzreport 2011).

Laut des Deutschen Ethikrats (2010) gehört der Umgang mit der Demenz zu einer der großen gesundheits-politischen und sozialen Aufgaben unserer Zeit. Diese Problematik zwingt die Gesellschaft, allen voran auch die Akteure des Gesundheitswesens (vgl. Förstle 2012), sich nicht nur der politischen Auseinandersetzung bezüglich dieses Themas zu stellen. Vielmehr wird auch erwartet, das vorherrschende Menschenbild zu überdenken: Wird der Mensch nach seiner geistigen Leistung beurteilt oder findet auch sein fühlendes, emotionales und soziales Wesen Berücksichtigung (vgl. Nationaler Ethikrat 2005). Diese Auseinandersetzung ruft in der Gesellschaft allerdings zuweilen ein Gefühl von Unsicherheit bis hin zur Ablehnung aus, da Demenz ausschließlich als Verlust der geistigen Kräfte wahrgenommen wird.

### 5.1 Definition des Demenzbegriffs

Der Begriff „Demenz“ (lat.: *mens* = Geist; *de* = abnehmend) beschreibt die abnehmende geistige Fähigkeit der Betroffenen (vgl. Gerhard, 2011, S. 265).

Im aktuellen internationalen Diagnosekatalog ICD-10 (*International Classification of Diseases*) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die Demenz unter der Rubrik „Psychische und Verhaltensstörung“ geführt (vgl. WHO 2015).

Die WHO definiert Demenz (F00-F03) als

„ein Syndrom<sup>10</sup> als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen“. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.“ (WHO 2015).

---

<sup>10</sup> Demenz ist als Syndrom festgelegt und fasst damit ein Krankheitsbild zusammen, das sich aus den verschiedenen charakteristischen Symptomen unabhängig von Ätiologie oder Pathogenese ergibt.

Für die Diagnosestellung eines demenziellen Syndroms<sup>11</sup> müssen die erwähnten Symptome seit mindestens sechs Monate bestehen.

Die ICD-10 unterscheidet zwischen vier Demenz-Gruppen:

- F00: Demenz bei Alzheimerkrankheit
- F01: Vaskuläre Demenz
- F02: Demenz bei anderorts klassifizierten Erkrankungen
- F03: Sonstige Demenzen (vgl. Demenz-Leitlinie 2014)

Die Demenz wird in leichte, mittlere, schwere und terminale Stadien unterteilt.

Zu dieser Unterteilung eignet sich der Mini-Mental-Status-Test (MMST)<sup>12</sup>.

Tabelle 1: Ausmaß der Beeinträchtigung nach Schweregrad (vgl. DEGAM-Leitlinie 2008)

<b>Schweregrad</b>	<b>Kognition/Tätigkeit</b>	<b>Lebensführung</b>	<b>Störung von Antrieb bzw. Affekt und herausforderndes Verhalten</b>
<b>Leicht</b> MMST: 20-26 Punkte	Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht (mehr) ausgeführt werden.	Die selbstständige Lebensführung ist zwar eingeschränkt, ein unabhängiges Leben ist aber noch möglich.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fehlende Spontanität</li> <li>• Depression</li> <li>• Antriebsmangel</li> <li>• Reizbarkeit</li> <li>• Stimmungsinstabilität</li> </ul>
<b>Mittel</b> MMST: 10-19 Punkte	Nur einfache Tätigkeiten werden beibehalten; andere werden nicht mehr vollständig oder unangemessen ausgeführt.	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich. Erkrankte sind auf fremde Hilfe angewiesen, eine Selbstständige Lebensführung ist aber noch teilweise möglich.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unruhe</li> <li>• Wutausbrüche</li> <li>• Aggressive Verhaltensweisen</li> </ul>
<b>Schwer</b> MMST: 0-9 Punkte	Es können keine Gedankenvorgänge mehr nachvollziehbar kommuniziert werden.	Die selbstständige Lebensführung ist gänzlich aufgehoben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unruhe</li> <li>• Nesteln</li> <li>• Schreien</li> <li>• Störung des Tag-Nacht-Rhythmus</li> </ul>

<sup>11</sup> Einen guten Überblick bietet hierzu Frölich et al. (2014).

<sup>12</sup> MMST [Punkte]: Der Mini-Mental-Status-Test ist ein Kurztest nach Folstein et al. 1975

Die Demenz wird durch den Verlust kognitiver Fähigkeiten beschrieben. Typischerweise sind folgende Fähigkeiten gestört:

- Kurz- später auch Langzeitgedächtnis
- abstraktes Denken
- Urteilsvermögen
- Sprache
- räumliches Vorstellungsvermögen
- Bewegungsabläufe (vgl. Gerhard, 2001, S.266)

Gegenwärtig gibt es leider keine Therapeutika gegen Demenz, es können nur die Symptome gelindert und das Fortschreiten der Krankheit aufgehalten werden (vgl. Demenzreport 2011).

Wie in der Medizin oft üblich, wird bei Klassifizierung von Demenz und der Unterteilung in Schweregrade der Blick ausschließlich auf die Defizite gerichtet (vgl. Gerhard 2011). Im Hinblick auf die Salutogenese<sup>13</sup>, wie sie Gerhard (2011) fordert, sollten allerdings nicht nur die Defizite betrachtet werden, sondern auch die Ressourcen, die sich durch eine Krankheit ergeben. Die Ressource der Demenz stellt in erster Linie die Emotionalität der Betroffenen dar (vgl. Gerhard, 2011, S. 265). Sie erfordert einen anderen Zugang im Umgang mit Demenzpatienten und der Wahrung ihrer Patientenautonomie.

Die Emotionalität als Ressource einerseits und die eingeschränkte Kommunikation als Defizit andererseits bilden bei der Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage einen Schwerpunkt dieser Arbeit.

## **5.2 Ethik und Demenz**

Wie schon erläutert stellt die Ethik einen unverzichtbaren Aspekt in jedem Bereich der Medizin dar (vgl. Groß 2014), vor allem auf dem Gebiet, bei dem es um vulnerable Menschen, wie den demenziell Betroffenen geht (vgl. Groß 2012). Sie erleiden Verluste in ihren körperlichen und intellektuellen Fähigkeiten und benötigen zunehmend die Unterstützung durch andere (vgl. Frühwald 2012).

---

<sup>13</sup> Salutogenese: Dieser Begriff wurde von A. Antonovsky (1923-1994) geprägt und bedeutet die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit (vgl. Petzold, T. (2013): Gesundheit ist ansteckend. Praxisbuch Salutogenese. München: Irisiana.).

Die Ethik sucht nach Prinzipien und Handlungsgrundlagen für ein sinnhaftes und gutes Handeln und setzt sich somit bezüglich der Demenz intensiv mit der Patientenautonomie auseinander (vgl. ebd.). Die Patientenautonomie befasst sich bei dieser Auseinandersetzung damit, ob der demenziell erkrankte Patient seine eigene Situation noch beurteilen und begreifen kann, um selbstständige Entscheidungen zu treffen (vgl. ebd.). Dabei kann das Prinzip des Respekts vor der Patientenautonomie mit dem Prinzip der Fürsorge in Konflikt geraten und muss gegen einander abgewogen werden (vgl. Beauchamp/Childress 2004). Hier ist aber äußerste Sorgfalt geboten, denn leicht wird aus Fürsorge Bevormundung und diese schränkt unwillkürlich die Selbstbestimmung des Patienten ein (vgl. Schöne-Seifert 2007). Diese Infantilisierung, d. h. der Demenzpatient wird wie ein Kind behandelt, ist ethisch nicht vertretbar (vgl. Frühwald, 2012, S. 5). Die Erkrankung führt zwar zum Verlust kognitiver Fähigkeiten, aber nicht zwangsläufig zum Unvermögen zu verstehen und zu entscheiden (vgl. ebd.).

Gerade durch den Verlust der kognitiven Fähigkeiten werden noch vorhandene Kompetenzen von den Mitmenschen nicht mehr wahrgenommen (vgl. Gerhard 2011). Diese Wahrnehmung der Defizite lässt annehmen, dass der Demenzpatient zu keiner Kommunikation mehr fähig ist (vgl. Kruse 2006). Laut Kruse (2006) verhalten sich Betroffene oft emotional und in bestimmten Situationen unterschiedlich. Entscheidend ist die Einsicht, dass Demenz keineswegs mit dem Verlust von Individualität einhergeht (vgl. ebd., S. 53).

Nicht selten kommen Behandler in die Situation, in der sie ethische Prinzipien zur Grundlage ihres Handelns machen können (vgl. Groß 2014). Es ist deshalb so wichtig, ihnen bereits in ihrer Ausbildung ethische Prinzipien zu vermitteln, aber auch Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, die ein ethisches Handeln möglich machen (vgl. ebd.). Ein entscheidender Faktor bei der Auseinandersetzung mit Ethik und Demenz besteht darin, Erkenntnisse, die man über die Demenz gewonnen hat, ethisch zu reflektieren (vgl. Schwerdt/Reisach 2007). Denn wissenschaftliche und praktische Erkenntnisse stehen laut Kruse (2006) in enger Beziehung zur ethischen Reflexion und fundieren somit fachlich und moralisch begründetes Handeln. Dies wiederum setzt voraus, dass der Behandler nicht nur über fachliches Wissen verfügen muss, sondern auch in der Lage sein sollte, moralisch urteilen zu können (vgl. Schwerdt/Reisach 2007).

## 6. Wahrung der Selbstbestimmung

Die Entscheidung, die der aufgeklärte Patient und sein Zahnarzt über eine anstehende Behandlung treffen, ist nachvollziehbar, wenn der Zahnarzt es mit einem informierten und entscheidungskompetenten Patienten zu tun hat (vgl. Frühwald 2012). Aber wie verhält es sich bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen, wie es bei den Demenzpatienten der Fall ist? Trifft der Zahnarzt allein jegliche Entscheidungen für zahnmedizinische Behandlungen an seinem demenziell erkrankten Patienten?

In diesem Kapitel soll erörtert werden, unter Berücksichtigung der vorangegangenen theoretischen Grundlagen, welche Möglichkeiten der Behandler hat, um die Selbstbestimmung seines Patienten zu wahren und sie im besten Fall auch zu stärken. Dabei werden rechtliche Möglichkeiten zur Wahrung der Selbstbestimmung sowie der Umgang mit Demenzpatienten und deren Bedürfnissen beschrieben. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die im Vergleich mit gegenüber gesunden Patienten verschiedenartige Kommunikation zwischen dem demenzten Patienten und seinem Behandler.

### 6.1 Rechtliche Rahmenbedingungen für den Erhalt der Autonomie

Im folgendem sollen die rechtlichen Möglichkeiten dargestellt werden, die den Betroffenen helfen sollen, ihre Selbstbestimmung zu wahren. Autonomie zeigt sich laut Kant in der Freiheit des Willens und des Handelns. Die Freiheit des Handelns äußert sich dabei in der Selbstständigkeit der Person. Nun geht die Selbstständigkeit bei Demenz mehr und mehr verloren. Frühwald (2012) vertritt die Meinung, dass die Autonomie eines Menschen trotz eingeschränkter Selbstständigkeit erhalten bleibt. Die persönliche Autonomie sieht er als wesentlichen Bestandteil zur Beurteilung der Lebensqualität.

An dieser Stelle ist es wichtig, den in Kapitel 4.4 bereits eingehend untersuchten Unterschied zwischen Autonomie und Selbstbestimmung noch einmal kurz darzustellen. Selbstbestimmung und Autonomie sind nicht inhaltsgleich, auch wenn diese im deutschen Sprachgebrauch gerne synonym verwendet werden. Autonomie im philosophischen Verständnis sagt aus, dass sich ein vernunftge-

leitender Mensch unbeeinflusst und allgemein verbindlichen moralischen Gesetzen beugen kann. Im medizinischen Kontext versteht man unter (Patienten-) Autonomie hingegen die allgemeine Fähigkeit zur Selbstbestimmung.

Der Deutsche Ethikrat (2012) sieht in der Freiheit, das eigene Handeln zu bestimmen, ein wesentliches menschliches Grundrecht, welches auch für Menschen mit Demenz seine Gültigkeit besitzt. Wiesemann (2012) sieht Autonomie als ein moralisches Recht und eine Persönlichkeitseigenschaft des Menschen.

Wo nun die Grenze zwischen der Wahrung und der Einschränkung der Selbstbestimmung bei Demenzpatienten liegt, bedarf einer ethischen Reflexion (vgl. Deutscher Ethikrat 2012). Sie sollte im Rahmen der Abwägung zwischen Schutz und Fürsorge stattfinden (vgl. ebd.). Kant (1998) sieht die Wahrung der Selbstbestimmung, vor allem auch die der anderen, als eine ethische Verpflichtung an. Gerade durch den Verlust der kognitiven Fähigkeiten von Demenzpatienten sollte jeder Behandler bestrebt sein, die Selbstbestimmung seines Patienten nicht nur zu wahren, sondern auch zu fördern (vgl. Gerhard 2011).

### 6.1.1 Patientenverfügung

Die Patientenverfügung gilt als das Mittel der Wahl zur Erhaltung der Selbstbestimmung (vgl. Brucker, 2007, S. 71). Sie dient dazu, den Willen im Voraus festzulegen und somit die Selbstbestimmung zu stärken. Der Respekt vor der Selbstbestimmung bzw. der Patientenautonomie gehört mittlerweile zu den nicht mehr umstrittenen Prinzipien in der ärztlichen Behandlung (vgl. ebd.). Der Arzt hat den Willen des Patienten verbindlich anzuerkennen (vgl. Bauer 2015). Im Jahr 2009 trat die gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung<sup>14</sup> im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB §1901a) in Kraft. Patientenverfügungen sind als Willenserklärungen im Hinblick auf medizinische Maßnahmen zu verstehen und treten bei einer potenziell eintretenden Willensunfähigkeit in Kraft. Sie richten sich an alle Ärzte, die den Patienten behandeln und gelten verbindlich in allen Behandlungssituationen (vgl. Brucker, 2007, S. 71). Im Fall von Demenzpatienten zeigt die Patientenverfügung besonders ihre Wichtigkeit (vgl. Gerhard 2011).

---

<sup>14</sup> Davon juristisch abzugrenzen ist die Vorsorgevollmacht. Damit bevollmächtigt eine Person eine andere Person, im Falle einer Notsituation alle oder bestimmte Aufgaben für den Vollmachtgeber zu erledigen. Mit der Vorsorgevollmacht wird der Bevollmächtigte zum Vertreter im Willen, d. h., er entscheidet an Stelle des nicht mehr entscheidungsfähigen Vollmachtgebers.

Patientenverfügungen gelten in jedem Stadium der Krankheit und helfen bei der Entscheidungsfindung, die aufgrund der kognitiven Einschränkung vermindert ist. Es ist hierbei entscheidend, dass die Patientenverfügung sehr differenziert den Willen des Patienten wiedergibt. Sie ist somit als Willensäußerung des Patienten zu verstehen (vgl. ebd.). Liegt keine Patientenverfügung zur medizinischen Versorgung in schriftlicher Form vor, so muss der (mutmaßliche) Wille ermittelt werden (vgl. BGB 2015).

### 6.1.2 Die Rolle des mutmaßlichen Willens

Ist ein Mensch nicht mehr in der Lage, Entscheidungen für sich zu treffen, und liegt keine Patientenverfügung vor, so gilt in Deutschland der mutmaßliche Wille (vgl. BGB 2015). Bei dem mutmaßlichen Willen werden frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen sowie ethische und religiöse Überzeugungen und die persönlichen Wertevorstellungen berücksichtigt (vgl. BGB 2015). Wichtig ist beim mutmaßlichen Wille, die Wünsche des Betroffenen zu berücksichtigen und nicht den Forderungen der Angehörigen oder Betreuer Rechnung zu tragen (vgl. Gerhard 2011). Hier ist ein schmaler Grat zu beschreiten, da der mutmaßliche Wille, wie der Name schon sagt, eine Mutmaßung ist und nicht wirklich von einer Fremdbestimmung durch andere zu unterscheiden ist.

Es wird gelegentlich auch vom natürlichen Wille gesprochen. Unter dem natürlichen Willen versteht man die gegenwärtigen Willensäußerungen eines Menschen, der seinen Willen meist nicht mehr verbal äußern kann (vgl. Gerhard 2011). Wunder (2008) beschreibt die Gefahr, dass kognitiv und sprachlich eingeschränkten Demenzpatienten unterstellt wird, gar keinen eigenen Willen mehr zu haben. Auch Gerhard (2011) betont noch mal wie wichtig einerseits und wie schwer andererseits es ist, nonverbale Äußerungen als Wille zu erkennen und wertzuschätzen. Wenn demnach Demenzpatienten deutlich machen können, was ihnen gefällt oder nicht, so üben sie im eingeschränkten Umfang ihre Selbstbestimmung aus und zeigen somit ihren natürlichen Willen (vgl. ebd., S. 67). Bei Demenzpatienten wird allerdings öfters der natürliche Wille mit seinem augenscheinlichen Wohlergehen gleichgesetzt und weniger mit seinem eigentlichen Willen (vgl. Jox 2013). Eine weitere Form des natürlichen Willens zeigt sich durch deutliche Abwehr (vgl. Rehbock 2002) gegen eine medizinische

Maßnahme und findet seine Berücksichtigung bei der Therapieentscheidung (vgl. Jox 2013). Ein Konflikt kann jedoch entstehen, wenn sich die Patientenverfügung nicht mit dem natürlichen Willen deckt. Beide Aspekte sollten ihre Berücksichtigung finden, bei der die derzeitige Äußerung des Willens in einer aufspürenden Haltung gefunden werden sollte (vgl. Gerhard 2011).

### 6.1.3 Einwilligungsfähigkeit

Ist der Demenzpatient imstande, seinen Willen autonom zu äußern, bildet dies die Voraussetzung für Zahnärzte, dessen Willensäußerung als selbstbestimmt anzuerkennen. Sie haben somit diesen Willen als ethisch (sowie rechtlich) zu achten (vgl. Vollmann 2008).

Das medizin-ethische Prinzip der Selbstbestimmung bindet den Zahnarzt daran, vor jeglicher geplanten Behandlung die Patienteneinwilligung einzuholen. Sie setzt jedoch dessen Urteilsfähigkeit voraus (vgl. Beauchamp/Childress 2004). Die Einwilligungsfähigkeit<sup>15</sup> (Einwilligung nach Aufklärung = *Informed Consent*) von Demenzpatienten, die auch als Selbstbestimmungsfähigkeit bezeichnet wird, ist je nach Stadium und Verlauf der Demenz beeinträchtigt (vgl. Stoppe/Müller 2010). Andererseits besteht das ethische Bestreben darin, ihre Patientenautonomie zu wahren und sie vor Fremdbestimmung zu schützen (vgl. Jox, 2013, S. 229). Dem Demenzpatienten darf die Urteilsfähigkeit nicht komplett abgesprochen werden, sondern muss sich individuell auf bestimmte Entscheidungen beziehen (vgl. Schwerdt/Reisach 2007). So kann er bei einer Behandlungsentscheidung zwar nicht einwilligungsfähig sein, aber in anderen Bereichen sehr wohl noch in der Lage sein, Entscheidungen zu treffen (vgl. Groß 2012). Dies stellt den Zahnarzt vor besondere ethische Herausforderungen (vgl. ebd.). Eine von Vollmann (2008) durchgeführte Studie mit drei verschiedenen Diagnosegruppen (Demenz, Depression, Schizophrenie) zeigte signifikante Unterschiede bei der Selbstbestimmungsfähigkeit innerhalb dieser Diagnosegruppen. Es wurde deutlich, dass Demenzpatienten, im Vergleich zu den anderen

---

<sup>15</sup> Einwilligungsfähigkeit ist ein rechtlicher Begriff, der die Fähigkeit eines Betroffenen beschreibt, in einen medizinischen Eingriff einzuwilligen oder ihn abzulehnen. „*Einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann*“ (BGH, Urteil vom 28.11.1957, 4 Str. 525/57).

Diagnosegruppen, größere Einschränkungen in Verständnis und Urteilsfähigkeit (über 50 % innerhalb der Demenzgruppe) aufwiesen. Trotz dieses vergleichsweise hohen Anteils zeigten wiederum einzelne demenziell erkrankte Patienten keine oder nur geringfügige Verluste in Bezug auf Verständnis, Urteilsvermögen und Einsicht auf (vgl. Vollmann 2008). Die Auswertung der Studie machte deutlich, dass im Einzelfall die Diagnose Demenz nicht als einziger Anhaltspunkt ausreicht, dem Demenzpatienten eine Einwilligungs- und Selbstbestimmungsunfähigkeit zu unterstellen (vgl. ebd.). Daraus lässt sich schließen, dass das Vorhandensein einer Selbstbestimmungsunfähigkeit nur dann vorliegt, wenn neben den kognitiven Funktionen auch die emotionalen Fähigkeiten zur Beurteilung mit herangezogen werden (vgl. Jox 2004). Diese gesamte Betrachtungsweise, die die Patientenautonomie von Demenzpatienten auch im fortgeschrittenen Stadium stärkt, ist ethisch wünschenswert (vgl. Kojer 2011).

Für die zahnärztliche Praxis bedeutet das nun, dass die Einwilligungs- und Selbstbestimmungsfähigkeit des Demenzpatienten individuell beurteilt werden muss (vgl. Groß 2012). Dieses stellt jedoch eine Herausforderung für das gesamte Praxisteam dar. Der Demenzpatient sollte in seiner Willensäußerung gestärkt werden, was vom Team entsprechende Kenntnisse in der besonderen Form der Willensäußerung dieser Patientengruppe erfordert (vgl. Wunder 2008). Hierauf wird im Folgenden noch genauer eingegangen.

## **6.2 Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge**

Der Begriff der Autonomie ist im Sinne der Aufklärung an die Vernunftsbegabung des Menschen und seiner Fähigkeit zum selbstbestimmten Handeln gebunden. Laut des Deutschen Ethikrats (2012) muss der Mensch über verschiedene Handlungsmöglichkeiten verfügen, unter denen er frei entscheiden kann. Bei der Ausübung von Selbstbestimmung wird vorausgesetzt, dass derjenige die wesentlichen Aspekte, die seine Entscheidung beeinflussen, in ihrer Bedeutung versteht, sie bewerten kann und sein Handeln danach ausrichtet (vgl. ebd., S.11). Diese Eigenschaften der Selbstbestimmung sind bis ins fortgeschrittene Stadium der Demenz noch erkennbar (vgl. Bobbert 2002). Ist die Entscheidungsfähigkeit des Patienten eingeschränkt, so sollte der Zahnarzt ernsthaft darum bemüht sein, sie zu stärken. Gelingt ihm das, so zeigt er Achtung vor

dem ethischen Prinzip der Patientenautonomie (vgl. Linsa 2010). In erster Linie ist dieses Prinzip heutzutage ein medizin-ethisches Grundrecht (vgl. Rehbock 2002; vgl. ebd.)

Soll die Autonomie eines Demenzpatienten erhalten bleiben, so darf Fürsorge erst dann beginnen, wenn Selbstbestimmung nicht mehr möglich ist (vgl. Wallgraf-Dreisow/Stelzig 2007). Entscheidend dabei ist, dass sich Fürsorge und Selbstbestimmung im Sinne des Patienten ergänzen. Dies gestaltet sich im klinischen Alltag dennoch nicht so leicht, da der Zahnarzt gemäß des Hippokratischen Eids eine moralische Verpflichtung eingegangen ist, nach seinem besten Wissen und Gewissen zu handeln und dem Patienten nicht zu schaden. Durch die Stärkung der Patientenautonomie tritt die Fürsorge in den Hintergrund, da sie als Fremdbestimmung und Bevormundung empfunden wird (vgl. Gerhard 2011). Maio (2012) hält sogar Fürsorge ohne Achtung der Patientenautonomie für unmöglich. Kommt es zu einem Konflikt zwischen Patientenautonomie und Fürsorge muss eine kritische Reflexion stattfinden.

Patientenautonomie und Fürsorge stellen somit für den Behandler unterschiedliche Schwerpunkte für sein jeweiliges Handeln dar, wobei sie meistens im Konflikt zu einander stehen (vgl. Jox 2013): Liegt dem Behandler das Patientenwohl am Herzen, so kann er dessen Willen nicht ignorieren und achtet er seinen Willen, so muss er auch das Wohl des Patienten berücksichtigen (vgl. Rehbock 2002). Diese sogenannten Wille-Wohl-Konflikte treten auf, wenn der selbstbestimmte Wille des Demenzpatienten nicht mit seinem (meist körperlichen) Wohl übereinstimmt (vgl. Wunder 2008). Laut Bobbert (2002) treten diese Konflikte meist dann auf, wenn Behandlungen zu einer Besserung der Gesundheit oder der Lebensqualität führen sollen, aber nicht mit dem Willen des Patienten übereinstimmen. Die ethischen Prinzipien des zahnärztlichen Handelns, die durch das Prinzip des Respekts vor der Patientenautonomie und dem Prinzip der Fürsorge bestimmt sind, treten somit in Widerspruch zueinander.

Die zentrale Frage in der Zahnmedizin lautet in diesem Zusammenhang also:

Muss eine zahnmedizinische Behandlung durchgeführt werden, um den Patienten vor Schaden zu bewahren, obwohl er diese Maßnahme ablehnt?

Es liegt nun am Zahnarzt, den vermeintlichen Nutzen im Hinblick auf die Beschränkung seiner Patientenautonomie zu beurteilen und danach zu handeln

(vgl. Markgraf-Stiksrud 2002). Diese Konflikte müssen stets individuell betrachtet und abgewogen werden (vgl. Groß 2012). Dies setzt bei dem Praxisteam jedoch moralische Kompetenzen im Umgang mit demenziell erkrankten Patienten voraus, die im folgendem erläutert werden sollen.

### **6.3 Moralische Kompetenzen im Umgang mit Demenzpatienten**

Um die Patientenautonomie, besonders auch im fortgeschrittenen Stadium der Demenz, zu erhalten, liegt es in der moralischen Verpflichtung der Behandler, den Willen und die Bedürfnisse des Demenzpatienten zu wahren.

Die Prinzipien der Ethik dienen den Behandlern als Orientierungshilfe und zur Beurteilung einer Handlung. Das Wesen der Achtung der Patientenautonomie ist bei Demenzpatienten anders als bei nicht kognitiv eingeschränkten Patienten (vgl. Rehbock 2002).

Das Werk von Beauchamp und Childress (2004) beschreibt das Prinzip des Rechts auf Autonomie hauptsächlich mit dem Anrecht des *Informed Consent* und der Kritik am Paternalismus. Der *Informed Consent* setzt die Zustimmung des Patienten nach erfolgter Aufklärung voraus. Das beinhaltet, dass er die Informationen verstanden hat und in der Lage ist, eine selbstständige Entscheidung zu treffen (vgl. Maio 2012). Das Autonomieprinzip ist demnach nur anwendbar, wenn der Patient entscheidungsfähig ist. Unter dem Begriff des Paternalismus wird wie bereits erläutert, die traditionelle, fürsorgeorientierte Haltung des Arztes verstanden, der ausschließlich das Wohl, aber nicht den Willen des Patienten im Blick hat. Rehbock (2002) betont, dass das Prinzip des Respekts der Autonomie nicht an die kognitiven Fähigkeiten gekoppelt werden dürfen, da dies die Autonomie des Menschen beschränkt. Ebenso unterstreicht sie, dass der Paternalismus in Gestalt der Fürsorge, der nur das Wohl und nicht den Willen des Patienten berücksichtigt, unter keinen Umständen moralisch zu rechtfertigen ist (vgl. Rehbock, 2002, S. 133).

Die moderne Medizinethik sieht die Einbeziehung des Patientenwillens als entscheidendes Recht des Patienten an und dient als Maßstab für ärztliches Handeln (vgl. Maio 2012). Wirkliche Achtung der Patientenautonomie zeigt sich in dem Bestreben des Zahnarztes, die Entscheidungsfähigkeit seines Patienten zu stärken (vgl. Linsa 2010). Dieses Recht auf Patientenautonomie geht aber nicht

mit der Diagnose Demenz verloren (vgl. ebd.). Dem Demenzpatienten darf nicht die Fähigkeit des Verstehens, Bewertens und Ausdrucks genommen werden (vgl. Wunder 2008). Es ist Aufgabe des Behandlers, den Willen des demenziell erkrankten Patienten auf feinfühlig Weise festzustellen und zu beachten. Der Wille zeigt sich in seiner Mimik, Gestik und Körpersprache (vgl. Kojer 2011). Die ethische Bedeutsamkeit des Autonomiebegriffs hat unerlässliche Gültigkeit, da jeder Mensch ein Recht auf Achtung seines Willens hat (Rehbock 2002).

Ist ein Demenzpatient kognitiv eingeschränkt, so muss das Prinzip der (nicht-paternalistische) Fürsorge im Sinne seines mutmaßlichen Willens greifen, um seine Autonomie anzuerkennen und zu wahren. Fürsorge ist demnach als moralischer Wert zu sehen. Autonomie und Selbstbestimmung mögen zwar begrenzt sein – aber ihre Erhaltung und Achtung ist immer das Ziel (vgl. Wallgrafen-Dreisow/Stelzig 2007).

Nicht nur allgemeine ethische Prinzipien wie Menschenwürde, Abwendung von Schaden und die Sorge um den Patienten verlangen vom Behandler eine entsprechende Haltung, sondern sind vielmehr sogar Bedingung für eine erfolgreiche Behandlung. Voraussetzung hierfür ist, dass der Behandler die Demenz in all ihren Facetten versteht und sich darauf einstellt. Er muss Reaktionen vom Patienten beobachten, erkennen und schließlich richtig einschätzen können. Das Einfühlungsvermögen des Behandlers ist dabei ein wesentlicher Bestandteil des zahnärztlichen Handelns (vgl. Markgraf-Stiksrud 2002). Dabei kommt er nicht umhin, sich seiner eigenen Kompetenzen und Grenzen bewusst zu werden und sein eigenes Verhalten im Umgang mit dem Patienten zu überprüfen (vgl. ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Haltung des Behandlers gegenüber dem demenziell erkrankten Patienten und deren Beziehung untereinander durch die Werte des Behandlers bestimmt werden. Es sollte immer eine ethische Reflexion seines Handelns oder auch Unterlassens stattfinden, um eine Entscheidung ethisch zu begründen. Dies bedingt, dass der Zahnarzt nicht nur fachlich, sondern auch moralisch in der Lage sein sollte, sich ein Urteil zu bilden (vgl. Schwerdt/Reisach 2007; vgl. Maio 2012).

Die selbstbestimmte Behandlung von Patienten mit Demenz verlangt vom Behandler ein Höchstmaß an Sorgfalt, Zeit und Empathie (vgl. Deutscher Ethikrat

2012). Dies ist deshalb so wichtig, da sonst nicht erkannte oder nicht ausreichend behandelte Krankheitssymptome zu erhebliche Folgeproblemen führen können (vgl. ebd.). Es bieten sich spezifische Fortbildungen an, um den Zahnarzt und sein Team für die Bedürfnisse dieser Patientengruppe zu sensibilisieren.

Wie kann nun der selbstbestimmte Umgang mit Patienten gestalten werden, bei denen sowohl die kognitiven als auch die sprachlichen Fähigkeiten eingeschränkt sind? Die ethisch geprägte Einstellung des Zahnarztes zur Erhaltung der Patientenautonomie und für die Erkennung des Willens seines demenziell erkrankten Patienten findet Unterstützung in der veränderten Kommunikation (vgl. ebd.) und soll im folgenden Kapitel näher erläutert werden.

#### **6.4 Andersartigkeit der Kommunikation**

„Man kann nicht nicht kommunizieren.“ stellte schon Watzlawick zutreffend fest (Watzlawick, 1969, S. 53). Dieser Leitsatz lässt sich auch im Umgang mit Demenzpatienten anwenden. Die Kommunikation gestaltet sich mit ihnen anders und muss daher angemessen bewertet werden (vgl. Kojer 2011). Bedingung hierfür ist ein achtsamer Umgang mit dem dementen Patienten und die Kompetenz, sich auf ihre Art zu kommunizieren einzulassen. Diese wertschätzende Einstellung entscheidet maßgeblich über das Gelingen der Kommunikation (vgl. Gerhard 2011), als wichtigstes Instrument der menschlichen Interaktion. Die Haltung berücksichtigt auch, wie in Kapitel 5 bereits angesprochen, ob der Behandler seinen Fokus auf die Defizite oder auf die noch vorhandenen Kompetenzen des Demenzpatienten legt. Schöpft man aus den Ressourcen wie der verstärkten Emotionalität und der Körperbetontheit befähigt es den Behandler zu einem verbesserten Umgang und einem neuen Verständnis für den Demenzpatienten (vgl. Becker/Kruse 2005; vgl. Gerhard 2011). Denn Demenzpatienten sind in der Lage, ihre Gedanken und Wünsche, aber auch ihre Schmerzempfindungen mit Hilfe ihrer Mimik, Körperhaltung oder Lauten zu äußern (vgl. Demenzreport 2011).

Da die kognitiven Fähigkeiten der Demenzpatienten, je nach Stadium ihrer Erkrankung, eingeschränkt sind, ist auch ihr Vermögen, Informationen zu verstehen, und das Abschätzen ihrer Bedeutung und deren Folgen vermindert. Damit

ist ihre Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt und juristisch gelten sie als nicht einwilligungsfähig (vgl. Groß 2012). Besteht keine Einwilligungsfähigkeit, so muss der Zahnarzt die Behandlung wie in Kapitel 6.1.2 bereits erwähnt nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten durchführen (vgl. Stoppe/Müller 2010). Dabei erfordert die Kommunikation mit Demenzpatienten eine Vielzahl von unterschiedlichen Aspekten, auf die in der nachfolgenden Ausführung eingegangen werden soll.

#### 6.4.1 Veränderte sprachliche Kommunikation

Die Bedeutung der Kommunikation im Alltag ist sehr bedeutend, was umso deutlicher wird, wenn erst einmal die Fähigkeit zur wechselseitigen Verständigung fehlt oder eingeschränkt ist. Demenzpatienten sind daher bei der Kommunikation auf ein Verhalten angewiesen, welches ihre sprachlichen Defizite berücksichtigt (vgl. Kojer/Schmidl 2011). Da diese Patienten, je nachdem, wie weit ihre Demenz schon fortgeschritten ist, nicht mehr logisch denken und sich kaum mehr verbal äußern können, wird ihnen oft zudem die Fähigkeit abgesprochen, ihren Willen äußern zu können (vgl. Kojer 2011; vgl. Kruse 2010). Sie sind dennoch in der Lage, für sich relevante Entscheidungen zu treffen. (vgl. Kojer/Schmidl 2011). Selbst im terminalen Stadium ihrer Erkrankung haben sie die Möglichkeit einer Ja-Nein-Entscheidung (vgl. Wunder 2008). Da die Emotionalität der betroffenen Patienten länger erhalten bleibt als die kognitive Kompetenz, kann und sollte diese Ressource genutzt werden (vgl. Gerhard 2011). Dies gelingt vor allem durch eine einfühlsame Kommunikation, da der Demenzpatient nicht mehr auf der rationalen, sondern vielmehr auf der emotionalen Ebene kommuniziert (vgl. ebd.). Die Bedingung für das Erkennen des Willens bei Demenzpatienten ist ein von Aufmerksamkeit und Wohlwollen beeinflusstes Verhalten (vgl. Frühwald 2012). Der Behandler sollte dabei auf die nonverbale Kommunikation seines Gegenübers achten und lernen, Signale zu erkennen, die sich durch dessen Mimik und Körpersprache zeigt (vgl. Gerhard 2011). Damit zeigt der Behandler dem Demenzpatienten, dass er versucht, ihn zu verstehen und dass er bestrebt ist, seinen Wünschen nachzukommen (vgl. Kojer 2011).

Ein weiterer Aspekt in der Kommunikation mit Demenzpatienten ist zudem jener, der die Selbstbestimmung des Betroffenen noch zusätzlich stärkt: Die Kommunikation muss immer mit dem Demenzpatienten und nicht über ihn stattfinden, d. h. er sollte immer in die Unterhaltung zwischen Behandler und Betreuer bzw. Angehörigen mit einbezogen werden (vgl. ebd.; Gerhard 2011). Um mit den Betroffenen zu kommunizieren, sind in erster Linie Respekt, klare Artikulation und Geduld wichtig, aber laut Kojer (2011) allein ist dieses nicht ausreichend. Jede Botschaft muss vielmehr so übermittelt werden, dass sie den Patienten emotional erreicht und auch von ihm verstanden werden kann. Entscheidend dabei ist, dass der Behandler zu seinem Gegenüber Kontakt herstellt, dabei kann er sowohl Augen, Hände und den Tonfall seiner Stimme nutzen (vgl. Kojer, 2011, S. 13f.). Letztendlich geht es darum, eine Beziehung zwischen dem Behandler und dem Demenzpatienten herzustellen, die von Vertrauen geprägt ist. Kojer (2011) sieht in dem Misslingen einer Beziehung, geprägt durch mangelndes Vertrauen, eine Verletzung der Würde des Demenzpatienten.

Eine gelungene Kommunikation gibt dem Behandler die Möglichkeit, bei demenziell erkrankten Patienten Bedürfnisse zu erkennen und dementsprechend intervenieren zu können. Ein entscheidendes Bedürfnis stellt die Schmerzfreiheit dar, da sie die Lebensqualität erheblich negativ beeinflusst (vgl. Stoppe/Müller 2010). Dies soll in den zwei nachfolgenden Abschnitten genauer untersucht werden.

#### 6.4.2 Bedürfnisse erkennen

Der Verlust der kognitiven Fähigkeiten und der verbalen Kommunikation lässt in der Begegnung mit Demenzpatienten oft folgern, dass sie Informationen nicht mehr richtig erfassen können und zu keiner Kommunikation mehr in der Lage sind (vgl. Kruse 2010). Doch sind Patienten auch noch im fortgeschrittenen Stadium fähig, auf Situationen zu reagieren (vgl. ebd.). Dies geschieht meist emotional und durch nonverbale Kommunikation (vgl. Deutscher Ethikrat 2012). Ist der Patient, wenn auch nur nonverbal, in der Lage sich auszudrücken, so hat der Behandler die Möglichkeit, eine Beziehung zu ihm aufzubauen und beizubehalten (vgl. Kruse 2006). Gelingt es nun dem Behandler, diese Signale der Kommunikation zu deuten, die sowohl Komponenten des Verstehens, Bewer-

tens sowie des Wollens enthalten (vgl. Kruse 2010), erhöht er die Selbstbestimmung seines Patienten und steigert damit seine Lebensqualität (vgl. ebd.). Kann der Behandler dem Demenzpatienten das Gefühl vermitteln, dass er selbstbestimmt an der Behandlung teilnimmt, so hat das oftmals auch zur Folge, dass Symptome wie Unruhe und Aggressivität vermindert werden (vgl. Deutscher Ethikrat 2012)<sup>16</sup>. Da die oben benannten Verhaltensauffälligkeiten oft als Teil der Demenzsymptomatik verstanden werden, wird gelegentlich versäumt, nach deren Auslösern zu suchen (vgl. Kojer 2011). Um diese Verhaltensauffälligkeiten zu reduzieren, ist es entscheidend, dem Demenzpatienten mit Respekt und Wertschätzung zu begegnen. Daher bietet es sich an, an Schulungen teilzunehmen, um entsprechend Kompetenzen des Behandlers nachhaltig zu erhöhen sowie, sich der veränderten Kommunikation und den Bedürfnisse von Demenzpatienten zu stellen. Darüber hinaus erlangt er auch das Wissen, dass jedes Verhalten seine Ursache hat (vgl. ebd.). Dieses Wissen verhilft ihm, durch einfühlsame Interaktion mit dem Demenzpatienten präventiv diesen Verhaltensauffälligkeiten vorzubeugen (vgl. ebd.).

#### 6.4.3 Schmerzen erkennen

Von jeher ist es die Aufgabe von Ärzten, Schmerzen ihrer Patienten zu lindern. Der Schmerz betrifft aber in seiner Symptomatik den ganzen Menschen und aus diesem Grund muss er im Ganzen betrachtet werden, wie es bei einem interdisziplinären Behandlungsansatz praktiziert wird. Dieser Ansatz ist bei der Behandlung von Demenzpatienten besonders gefordert, da sie, je nach Stadium der Demenz, verbal ihren Schmerz nicht mehr artikulieren können (vgl. Kojer 2011; vgl. Lukas et al. 2012). Dies birgt wiederum die Gefahr, das aufgrund der Schmerzen verursachte veränderte Verhalten auf die Demenz und nicht auf den Schmerz zu beziehen (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2006). In Folge dessen würde keine Schmerzbehandlung erfolgen, welches sich negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirken wird. Die Linderung von Schmerzen ist somit eine unabdingbare Voraussetzung, um die Lebensqualität bei Demenz zu erhalten (vgl. Kruse 2010). Schmerzen, die aufgrund der einge-

---

<sup>16</sup> Vgl. Studie Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Becker/Kruse 2005).

schränkten Kommunikation nicht geäußert werden, führen zu dauerhaftem Stress (vgl. Stoppe/Müller 2010). Es ist demnach bei Demenzpatienten besonders wichtig, auf entsprechende Signale zu achten (vgl. Wojner 2007). Dies setzt voraus, dass der Behandler die allgemeinen körperlichen Merkmale von Schmerz wie Schwitzen, Blässe, Übelkeit und beschleunigte Atmung erkennt<sup>17</sup> und dementsprechend therapeutisch reagiert. Anzeichen für Schmerzen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich zeigen sich bei Demenzpatienten unter anderem durch Symptome wie Unruhe, Schlafstörungen, Essensverweigerung und Aggressionen gegenüber anderen Menschen (vgl. Stoppe/Müller 2010). Demnach ist es bei dieser Personengruppe besonders wichtig, klinische Symptome möglicher Schmerzen umgehend zu diagnostizieren und sofort zu behandeln, selbst wenn der Patient nicht über Schmerzen klagt.

## 6.5 Behandlung von demenziell erkrankter Patienten

Die Veränderung der Altersstruktur in der Gesellschaft führt unvermeidlich zu einem Anstieg von Demenzerkrankungen. Dementsprechend werden sich zahnärztliche Praxen mit der Versorgung von Demenzpatienten auseinandersetzen müssen (vgl. Stoppe/Müller 2010).

Der Zahnarzt geht bei der zahnärztlichen Behandlung normalerweise davon aus, dass der Patient seiner Behandlung mit dem Wissen zustimmt, dass die zahnmedizinische Versorgung dem Erhalt seiner Zahngesundheit und somit seinem eigenen Wohl dient. Dabei ist es bei der Behandlung ein wesentliches und unausgesprochenes Prinzip, dass die Interaktion zwischen Patient und Zahnarzt ein gemeinsames Ziel hat, nämlich die Gesundheit zu erhalten oder Beschwerden zu lindern. Dieses Ziel ist bei Demenzpatienten jedoch aufgrund der kognitiven Einschränkung und ihrer verminderten Selbstbestimmungsfähigkeit nicht einfach umzusetzen.

---

<sup>17</sup> Auch mit Hilfe von Bewertungsskalen, wie PAINAID aus den USA oder als BESD (**BE**urteilung von **S**chmerz bei **D**emenz) ins Deutsche übersetzt, können Verhaltensweisen dokumentiert und Schmerzen beurteilt werden. Diese Bewertungsskalen finden ihren Gebrauch mehr in der stationären Betreuung und weniger in der zahnärztlichen Praxis.

### 6.5.1 Patientenautonomie bei der zahnmedizinische Behandlung

Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben ergeben sich bei der Behandlung von demenziell erkrankten Patienten große Herausforderungen. Eine große Aufgabe für die zahnärztliche Behandlung stellt die weitestgehende Wahrung der Patientenautonomie und die Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit des Demenzpatienten dar.

Die Patientenautonomie ist seit der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts ein großes Bedürfnis der westlichen Gesellschaft und die große Errungenschaft der modernen Medizinethik (vgl. Maio 2012). Die Patientenautonomie hat aber nicht nur die Rechte der Patienten gestärkt, sondern fordert ihn auch wesentlich mehr (vgl. Jox 2004). Die Patientenautonomie in der Medizinethik verlangt vom Patienten nämlich, dass er aktiv seine Einwilligung zu einem medizinischen Eingriff gibt. Diese Einwilligungsfähigkeit setzt wiederum die Existenz kognitiver Fähigkeiten voraus. Falls jedoch diese Eigenschaften fehlen oder eingeschränkt sind, bleibt dennoch die Patientenautonomie den Demenzpatienten gewahrt, zu mindestens teilweise, da entscheidende Bestandteile der Autonomie wie Wille, Absicht und Empfindungen dem Demenzpatienten nicht abgesprochen werden dürfen (vgl. ebd.).

Eine weitere Herausforderung liegt in der Schmerz- und Symptomerfassung, die sich durch die veränderte Kommunikation als schwierig erweisen kann, da im Krankheitsverlauf die nonverbale Form der Verständigung zunehmend an Bedeutung gewinnt. Aufgrund der kognitiven und verbalen Defizite von Demenzpatienten muss sich die zahnärztliche Behandlung anders gestalten als bei kognitiv nicht beeinträchtigten Patienten. Dies liegt zum einen an der anderen Art zu kommunizieren, zum anderen in der Art, wie Demenzpatienten ihren Schmerz ausdrücken (vgl. Gerhard 2011). Da die emotionale Ebene stark ausgeprägt ist, während die kognitiven Fähigkeiten immer mehr schwinden (vgl. ebd.), kann diese Ressource auch für die zahnärztliche Behandlung genutzt werden. Vor jeder Behandlung, ob als Prophylaxe oder als Therapie von akuten oder chronischen Beschwerden, muss unbedingt der Willen des zu behandelten Patienten berücksichtigt werden. Dieser lässt sich nur ermitteln, wenn entspre-

chende Rahmenbedingungen geschaffen werden (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2006).

Eine Zahnarztpraxis, die ihre Ausrichtung fachlich und organisatorisch auf die Behandlung von Patienten mit Demenz ausgelegt hat, wird den patientenbezogenen Anforderungen der medizinethischen Prinzipien umfassender nachkommen können als nicht spezialisierte Praxen (vgl. Groß 2012).

Zunächst muss der Zahnarzt immer die Selbstbestimmung des Demenzpatienten fördern. Dies gelingt ihm dadurch, dass er ihn in jegliche Entscheidungen, die getroffen werden müssen, miteinbezieht (vgl. Jox 2004). So forderte ein Demenzbetroffener „Bezieht den Patienten etwas mehr in den Prozess ein und helft uns zu verstehen, [...], in welche Richtung die Reise geht und was die nächsten Schritte sind“ (Demenz Support, 2013, S. 123). Dies erfordert, aufgrund der kognitiven Einschränkungen und der eventuell nötigen Absprachen mit dem Betreuer, die Einplanung von wesentlich mehr Zeit. Aber auch die Therapieentscheidung und deren Durchführung nimmt mehr Zeit in Anspruch, da demenziell betroffene Patienten viel über die emotionale Ebene wahrnehmen und dementsprechend deutlich mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit benötigen als es ein nicht Demenz erkrankter Patient tut (vgl. Groß 2012).

#### 6.5.2 Kommunikation als Kernkompetenz im Umgang mit Demenzpatienten

Der Kommunikation zwischen Behandler und Patient kommt eine wichtige Rolle zu und sollte sich deshalb an ethischen Grundwerten orientieren, die sich in einem ehrlichen und vertrauensvollen Umgang zeigt (vgl. Groß 2012).

Die Verständigung stellt eine besondere Herausforderung dar. Kojer (2011) stellte eine einfühlsame Kommunikation als wesentlichen Bestandteil der Lebensqualität von Demenzpatienten heraus. Besimo (2014) fand bei einer durchgeführten Studie heraus, dass in einer Demenzkranke betreuenden Einrichtung bei 47 Prozent der Bewohner keine zuverlässige Kommunikation während einer zahnmedizinischen visuellen Untersuchung stattfand. Bei 41 Prozent der Demenzpatienten zeigten sich sogar Abwehrreaktionen. Um solchem Abwehrverhalten entgegenzuwirken, zeigte sich laut Besimo (2014) die nonverbale Kommunikation als besonders wirkungsvoll, wenn sie in einer durch Zuwendung geprägten Umgebung stattfand. Dabei eignet sich besonders das Vormar-

chen einer erwünschten Handlung, wie z. B. das Öffnen des Mundes. Wichtig bei der Kommunikation ist, sie stets auf Augenhöhe des Patienten stattfinden zu lassen. Er fand heraus, dass das Anlächeln des Patienten als die Schlüssel-funktion beim Herstellen einer Verbindung zwischen Behandler und Demenzpa-tient angesehen werden kann. Die unterstützende verbale Kommunikation fand dabei auf eine freundliche, geduldige und sprachlich einfache Art statt (vgl. Ko-ger/Schmidl 2011; vgl. Besimo 2014). Die schon von Jox (2004) geforderte akti-ve Miteinbeziehung des Demenzpatienten betonte auch Basimo (2014). Es zeigte sich, dass das sowohl verbale als auch nonverbale Einbeziehen der de-menziell erkrankten Patienten in die zahnmedizinische Untersuchung bei diesen den Drang, sich gegen die Behandlung zu wehren, senkte. Trotzdem sollte beim Zugestehen von noch vorhandener kognitiver Fähigkeiten darauf geachtet werden, den Patienten nicht durch verlorengangenen Fähigkeiten, zu über-fordern (vgl. ebd.). Da gerade zahnmedizinisches Fachpersonal, und allen vo-ran die Dentalhygieniker, für die Erhaltung der Zahngesundheit verantwortlich sind, kommt ihnen eine tragende Rolle zu. Sie sollten aufgrund dieser Heraus-forderung entsprechend aus- und weitergebildet sein oder werden.

Eine Abwehrreaktion sollte nicht als Krankheitssymptom der Demenz verstan-den werden, sondern erst einmal als eine Art der Willensäußerung oder als Ausdruck von Angst interpretiert werden (Rehbock 2002). Vermutlich ist der Behandler nicht immer gleich in der Lage, diese Art der Willensäußerung zu verstehen, er hat aber dennoch die moralische Verpflichtung, jede Art von Wil-lensäußerung seines Patienten zu achten (vgl. ebd.). Die Abwehr darf nicht als Folge kognitiver Einschränkung gesehen werden, sondern vielmehr als die ver-bliebene Möglichkeit des Patienten, sich gegen ein Fremdbestimmen zu wehren (vgl. ebd.). Diese Form der Abwehr ist aber meistens erst der Fall, wenn die Demenz so weit fortgeschritten ist, dass eine verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist (vgl. ebd.).

### 6.5.3 Rahmenbedingungen schaffen

Um die Patientenautonomie von Demenzpatienten zu stärken und auf die ver-änderte Kommunikation sowie auf deren Bedürfnisse eingehen zu können, müssen in einer zahnmedizinischen Praxis oder für die zahnmedizinische Be-

treuung in Pflegeheimen entsprechende Bedingungen geschaffen werden. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, sich mit dem Thema Demenz auseinanderzusetzen und die Symptome richtig deuten zu lernen. Dabei spielen das Einfühlungsvermögen und die Zeit, die sich vermehrt genommen wird, eine wesentliche Rolle (vgl. Groß 2012). Dies gibt dem Behandler die Möglichkeit (Abwehr-)Reaktionen zu erkennen oder aber sogar zu verhindern (vgl. Markgraf-Stiksrud 2002). Wie schon beschrieben ist Abwehr oft ein Zeichen von Angst, deshalb sollte an diesem Punkt das eigene Verhalten reflektiert und gegebenenfalls korrigiert werden. Eine weitere Möglichkeit, Angst zu verhindern, ist dem Patienten das Gefühl zu nehmen, einer unangenehmen Situation ausgeliefert zu sein, welches sich durch das Gefühl der Fremdbestimmung manifestiert (vgl. ebd.). Ein besonders wichtiger Faktor, der bereits mehrfach angesprochen wurde, ist in diesem Zusammenhang Vertrauen zu schaffen. Eine Behandlung von Demenzpatienten sollte immer in ruhiger Atmosphäre ohne Zeitdruck (vgl. Groß 2012), am besten am Ende oder außerhalb der Sprechstunde, stattfinden. Die Räumlichkeiten sollten freundlich und klar strukturiert sein. Auch sollte der allgemeine Geräuschpegel niedrig sein, da dies ansonsten zu Verunsicherung und Unruhe bei Demenzpatienten führen kann (vgl. Stoppe/Müller 2010). Es wirkt sich ebenso beruhigend auf diese Patientengruppe aus, wenn alle beteiligten Personen dem Patienten erklären, wer sie sind und welche Handlungen sie planen (vgl. Besimo 2014). Dabei sollte auch dem Patienten vermittelt werden, was von ihm erwartet wird, wie z. B. den Mund zu öffnen (vgl. Stoppe/Müller 2010). Da die Stärke der Demenzpatienten in ihrer Emotionalität liegt, erleichtert ein einfühlsamer Körperkontakt (z. B. das Halten der Hand) die Kommunikation und schafft Vertrauen (vgl. ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine gelungene und selbstbestimmte zahnärztliche Behandlung bei Demenzpatienten nicht nur von folgenden Faktoren abhängt, sondern sie vielmehr ethische geboten sind: einer emphatischen Haltung des Behandlers, der genommene Zeit in ruhiger Atmosphäre, durch Beobachtung ohne zu bewerten und der Nutzung aller Möglichkeiten der Kommunikation und vorhandener Ressourcen (vgl. Schwerdt/Reisach, 2007, S. 37).

## 7. Zusammenfassung / Abstract

### 7.1 Zusammenfassung

Der demographische Wandel mit seiner sich zunehmend verändernden Altersstruktur und daraus bedingter Zunahme von Alterserkrankungen wie die der Demenz stellt die Gesellschaft vor allgemeine, aber auch vor ethische Herausforderungen.

In der vorliegenden Arbeit wurde mittels einer systematischen Literaturrecherche versucht, die ethische Problematik von Demenzpatienten im Hinblick auf ihre Selbstbestimmung aufzuzeigen. Dabei wurden drei Ethiktheorien vorgestellt, die sich darin unterscheiden, wie ein Handeln als moralisch richtig begründet wird. Es zeigte sich, dass die vier medizin-ethischen Prinzipien mittlerer Reichweite der Medizinethiker Tom I. Beauchamp und James F. Childress in der Medizinethik besonders an Bedeutung gewonnen haben, da sie dem allgemeinen derzeitigen Moralempfinden entgegenkommen und eine praktische Lösung ethischer Probleme ermöglichen. In dieser Arbeit bilden das Prinzip des Respekts vor der Patientenautonomie und das Prinzip der Fürsorge den Schwerpunkt der Arbeit. Um das Spannungsverhältnis zwischen der Patientenautonomie und der eingeschränkten Selbstbestimmung von Demenzpatienten herauszustellen, wurde eingehend der Autonomiebegriff in seiner ursprünglichen und in der medizin-ethischen Bedeutung beschrieben. Obwohl es bei Konflikten zwischen den Prinzipien ein situationsbedingtes Abwägen stattfinden sollte, hat der Wille des Patienten immer über dessen vermeintlichem Wohl zu stehen, da dieser einen intrinsischen Wert darstellt.

Bei der Literaturrecherche zeigte sich, dass je fortgeschrittener die Demenz ist, desto geringer die Einwilligungsfähigkeit der Demenzpatienten ist. Die Voraussetzungen, über autonome Entscheidungen definiert zu werden, sind bei kognitiv eingeschränkten Patienten teilweise nicht mehr gegeben. Dennoch bleibt die Autonomie als Grundwert des Menschen erhalten, wohingegen die Selbstbestimmung anhand des Willens beachtet und gegebenenfalls gefördert werden muss. Daraus wird gefolgert, dass jeder Mensch das Recht auf Selbstbestimmung hat, und zwar ohne jegliche Form von Fremdbestimmung. Demnach ist

dafür Sorge zu tragen ist, dass durch ethische und rechtliche Bedingungen die Selbstbestimmung von Demenzpatienten gewahrt wird.

Die Achtung der Selbstbestimmung bei der zahnmedizinischen Behandlung erfordert vom Behandler eine Haltung der Achtsamkeit. Sie erlaubt dem Demenzpatienten seine Selbstbestimmung für lange Zeit zu wahren. Die ethische Herausforderung für das zahnärztliche Team liegt darin, dem Demenzpatienten die Möglichkeit zur aktiven Ausübung seiner Selbstbestimmung zu ermöglichen. Es geht dabei um ein genaues Hinschauen und Zuhören durch den Behandler, um die Bedürfnisse und eventuelle Schmerzen des Patienten zu erfassen. Es hat sich gezeigt, dass sich im Krankheitsverlauf die Kommunikation zwischen dem Demenzpatienten und dem Behandler verändert: von einer verbalen hin zu einer einfühlsamen nonverbalen Kommunikation. Diese veränderte Kommunikation verlangt also vom Zahnarzt oder von dem Dentalhygieniker, dem Demenzpatienten auf der Gefühlsebene zu begegnen, denn das ist die Welt, in der er lebt.

## **7.2 Abstract**

Demographic change with its ever-changing age structure and the increase in age-related diseases contingent upon this, such as dementia, sees society confronted with general but also ethical challenges.

This work attempts to demonstrate by means of a systematic literature review the ethical issues posed by dementia patients with regard to their self-determination. In the course of this, three ethical theories are presented which differ in how they justify an action as being morally right. The review demonstrated that the four middle-range principles of biomedical ethics devised by the medical ethicists Tom I. Beauchamp and James F. Childress have particularly gained significance in medical ethics because they take into consideration contemporary moral values and enable a practical resolution of ethical problems. The principle of respect for patient autonomy and the principle of beneficence constitute the key focus of this work. As a means of highlighting the conflicting relationship between patient autonomy and the restricted self-determination of dementia patients, the term autonomy was described in depth in its original and medical ethical meaning. Although a situation-related assessment should ideally

take place when it comes to conflicts between the principles, the will of the patient should always be put ahead of his or her alleged wellbeing since this constitutes an intrinsic value.

The literature review demonstrated that the more advanced the dementia has become, the more limited the dementia patient's capacity for consent is. Some cognitively restricted patients no longer meet the criteria for definition through autonomous decisions. Still, autonomy remains a basic human value, although wilful self-determination must be respected and, where necessary, fostered. It may therefore be concluded that every person has the right to self-determination - and that without any form of outside influence. It follows from this that care should be taken to ensure that the self-determination of dementia patients is safeguarded by means of ethical and legal conditions.

Heeding self-determination during dental treatment requires an attentive attitude on the part of the person treating the patient. This allows the dementia patient to maintain his or her self-determination for extended periods. The ethical challenge for the dental team entails affording the dementia patient the opportunity to actively exercise his or her self-determination. This requires the therapist to look closely and listen carefully in order to register any needs or potential pain on the part of the patient. It became apparent that communication between the dementia patient and the therapist undergoes change over the course of the disease: progressing from verbal communication to empathetic non-verbal communication. This changed communication therefore requires the dentist/doctor or dental hygienist to communicate with the dementia patient on the level of their feelings, after all, that is the world in which the patient is living.

### **7.3 Ausblick**

Der wertschätzende Umgang mit Demenzpatienten und die Achtsamkeit, die ihnen entgegen gebracht werden muss, sollte ein großes Anliegen unsere Gesellschaft sein. Dies erfordert von Zahnärzten und Dentalhygienikern nicht nur eine fachliche Kompetenz, sondern eben auch eine ethische Auseinandersetzung. Deshalb ist die Integration des Faches Ethik in die studentische Ausbildung ein unverzichtbarer Bestandteil. Hierbei müssen die besonderen Bedürf-

nisse von Demenzpatienten und die die Selbstbestimmung währenden Umgangsweisen vermittelt werden. Es ist entscheidend, aufmerksam auf ihr Befinden zu achten, denn nur der Patient, kann dem Behandler vermitteln, ob Behandlungsbedarf besteht. Nur in der erfolgreichen Kommunikation, kann die fachliche Kompetenz sinnvoll eingesetzt werden.

Das Anliegen dieser Arbeit ist es, einen Beitrag zum Thema Demenz aus ethischer Sicht zu leisten und somit deren Wichtigkeit heraus zustellen. Die vorliegende Arbeit wollte darlegen, dass der ethisch verantwortungsbewusste Umgang mit Demenzpatienten in der zahnärztlichen Praxis eine Zusammenarbeit in den Wissenschaften Zahnmedizin und Ethik bedingt. Die Behandlung eines Demenzpatienten verlangt vom Behandler über sein Fachwissen hinaus den Patient als Ganzes zu begreifen.

Das zu vermitteln, sollte zukünftig ein dringliches Anliegen der Politik sein und von den Universitäten und Hochschulen in ihren Lehrplänen vermehrt umgesetzt werden.

## 8. Literaturverzeichnis

Beauchamp, T./ Childress, J. (2004): Principles of Biomedical Ethics. 5. Auflage, New York: Oxford University Press.

Becker, S./ Kruse, A.(2005): Emotionaler Ausdruck - ein Zugang zum subjektiven Erleben Demenzkranker: Das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.DE.). In: Alzheimer Info - Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Ausgabe 4/04.

Besimo, C. (2014): Altersmedizin - Eine komplexe Herausforderung. In: Zahnmedizin Up2date 2014/8, H. 6, S. 589-615.

BGB (2015): Bürgerliches Gesetzbuch. Allgemeines Gleichbehandlungsg, Produkthaftungsg, WohnungseigentumsG, ErbauRG. 76. Auflage, München: C. H. Beck.

Bielefeld, H. (2011): Autonomie. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. (Hrsg.): Handbuch Ethik. 3. Auflage, Stuttgart: J. B. Metzler, S. 131-150.

Birnbacher, D. (2011): Utilitarismus. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. (Hrsg.): Handbuch Ethik. 3. Auflage, Stuttgart: J. B. Metzler, S. 95-107.

Bobbert, M. (2002): Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Frankfurt am Main: Campus.

Brucker, U. (2007): Patientenverfügung und Demenz. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Ethik und Recht. Bern: Hans Huber.

Damm, R. (2010): Medizinrechtliche Grundprinzipien im Kontext von Pflege und Demenz - „Selbstbestimmung und Fürsorge“. In: Medizinrecht 2010/28, H. 7, S. 451-463.

Demenz Support Stuttgart (Hrsg.) (2013): Menschen mit Demenz melden sich zu Wort. „Ich spreche für mich selbst“. 2. Auflage, Frankfurt am Main: Mabuse.

Deutscher Ethikrat (2012): Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme. Berlin: Deutscher Ethikrat.

Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. (2011): Ethik: Begriff - Geschichte - Theorie - Applikation. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. (Hrsg.): Handbuch Ethik. 3. Auflage, Stuttgart: J.B. Metzler, S. 1-23.

Förstle, H. (2012): Demenz. Weshalb es sich lohnt, dem Thema noch einige Jahrzehnte Aufmerksamkeit zu schenken. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2012/45, H. 1, S. 5.

Frölich, L. et al. (2014): Diagnostik und Therapie demenzieller Syndrome (ICD-10 Fo). In: Voderholzer, U./ Hohagen, F. (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. 9. Auflage, München: Urban & Fischer, S. 1-20.

Frühwald, T. (2012): Ethik in der Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2012/45, H. 6, S. 545-555.

Gaul, C. (2002): Kann Autonomie „fremdvertreten“ werden? In: Ethik in der Medizin 2002/14, S. 160-169.

Gerhard, C. (2011): Neuro-Palliative Care. Interdisziplinäres Praxishandbuch zur palliativen Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen. Bern: Hans Huber.

Groß, D. (2012): Ethik in der Zahnmedizin. Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten klinischen Fällen. Berlin: Quintessenz.

Groß, D. (2014): Ethische Aspekte zahnärztlicher Tätigkeit. In: Zahnmedizin up2date 2014/8, H. 6, S.641-655.

Groß, D./ Keil, G. (2002): Ethik in der Zahnheilkunde - eine entbehrliche Disziplin? In: Groß, D. (Hrsg.): Zwischen Theorie und Praxis Bd.3: Ethik in der Zahnheilkunde. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 9-28.

Jox, R. (2004): Bewusstlos, aber autonom? Ethische Analyse stellvertretender Entscheidungen für einwilligungsunfähige Patienten. In: Ethik in der Medizin 2004/16, H. 4, S. 401-414.

Jox, R. (2013): Der natürliche Wille bei Kindern und Demenzkranken. Kritik an einer Aufdehnung des Autonomiebegriffs. In: Wiesemann, C./ Simon, A. (Hrsg.): Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen - Praktische Anwendung. Münster: Mentis, S. 329-339.

Kant, I. (1998): Grundlegung der Metaphysik der Sitten. Stuttgart: Philipp Reclam.

Karenberg, A. (2002): Zahnheilkunde und Ethik in Deutschland - Probleme und Perspektiven. In: Groß, D. (Hrsg.): Zwischen Theorie und Praxis Bd.3: Ethik in der Zahnheilkunde. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 29-40.

Kojer, M. (2011): Kommunikation – Kernkompetenz der Palliativen Geriatrie. In: Kojer, M./ Schmidl, M. (Hrsg.): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien: Springer, S. 11-21.

Kojer, M. (2011): Schmerz hat viele Gesichter. In: Kojer, M./ Schmidl, M. (Hrsg.): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien: Springer, S. 41-46.

Kojer, M./ Schmidl, M. (2011): Einleitung: Unheilbar demenz. In: Kojer, M./ Schmidl, M. (Hrsg.): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien: Springer, S. 1-5.

Kruse, A. (2010): Die Lebensqualität demenzkranker Menschen erfassen und positiv beeinflussen - eine fachliche und ethische Herausforderung. In: Deutscher Ethikrat (Hrsg.): Demenz - Ende der Selbstbestimmung? Berlin: Deutscher Ethikrat, S. 27-50.

Kruse, A. (2006): Ethische und sozialpsychologische Implikationen von Altersdemenz und Alzheimer Erkrankungen. In: Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Tagungsdokumentation Altersdemenz und Morbus Alzheimer. Medizinische, gesellschaftliche und ethische Herausforderungen. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2005. Berlin: Nationaler Ethikrat, S. 51-62.

Lukas, A. et al. (2012): Schmerz und Demenz. Eine diagnostische Herausforderung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2012/45, H. 1, S. 45-49.

Maio, G. (2012): Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer.

Marckmann, G./ Bormuth, M./ Wiesing, U. (2012): Allgemeine Einführung in die medizinische Ethik. In: Wiesing, U. (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 4. Auflage, Stuttgart: Philipp Reclam, S. 23-37.

Margraf-Stiksrud, J. (2002): Die Furcht vor dem Zahnarzt: Zum verantwortungsvollen Umgang mit Angstpatienten. In: Groß, D. (Hrsg.): Zwischen Theorie und Praxis Bd.3: Ethik in der Zahnheilkunde. Würzburg: Königshausen & Neumann, S.99-111.

Petzold, C./ Schwerdt, R. (2007): Einleitung. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Ethik und Recht. Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Bern: Hans Huber, S. 9-12.

Piper, A. (2007): Einführung in die Ethik. 6. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz.

Rapp, C (2011): Ansätze Normativer Ethik. Teleologische Ansätze. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. (Hrsg.): Handbuch Ethik. 3. Auflage, Stuttgart: J. B. Metzler, S. 61-81.

Rehbock, T. (2002): Autonomie - Fürsorge - Paternalismus. Zur Kritik (medizin) ethischer Grundbegriffe. In: Ethik in der Medizin 2002/14, S. 131-150.

Scarano, N. (2011): Ethische Theorien im Überblick. Metaethik und deskriptive Ethik. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. (Hrsg.): Handbuch Ethik. 3. Auflage, Stuttgart: J. B. Metzler, S. 25-35.

- Schöne-Seifert, B. (2007): Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart: Kröner.
- Schwerdt, R./ Reisch, B. (2007): Moralische Kompetenz im Umgang mit Menschen in Demenzprozessen. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Ethik und Recht. Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Bern: Hans Huber, S. 33-39.
- Stoppe, G./ Müller, F. (2010): Demenzerkrankung und ihre Berücksichtigung in der zahnärztlichen Behandlung. In: Müller, F./ Nitsche, I.(Hrsg.): Der alte Patient in der zahnärztlichen Praxis. Berlin: Quintessenz, S. 75-82.
- Vollmann, J. (2008): Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Wallgraf-Dreisow, H./ Stelzig, A. (2007): Was ist ein gutes Leben mit Demenz? In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Ethik und Recht. Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Bern: Hans Huber, S. 13-16.
- Wallner, J. (2007): Health Care zwischen Ethik und Recht. Wien: facultas.
- Watzlawick, P./ Beavin, J./ Jackson, D. (1990): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 12. Auflage, Bern, Stuttgart: Hans Huber.
- Weber, H. (2002): Geleitwort des Präsidenten. In: Groß, D. (Hrsg.): Zwischen Theorie und Praxis Bd. 3: Ethik in der Zahnheilkunde. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 5-6.
- Weidinger, L. (2014): Menschen mit Demenz - Menschen ohne Autonomie. Untersuchung eines pflegeethischen Spannungsverhältnisses. Wien: Akademiker Verlag.
- Wiesemann, C. (2012): Autonomie als Bezugspunkt einer universalen Medizinethik. In: Ethik in der Medizin 2012/24, H. 4, S. 287-295.
- Wiesing, U./ Marckmann, U. (2011): Medizinethik. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. (Hrsg.): Handbuch Ethik. 3. Auflage, Stuttgart: J. B. Metzler, S. 274-279.

Wojnar, J. (2007): Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick. Hannover: Vincentz Network.

Wunder, M. (2008): Demenz und Selbstbestimmung. In: Ethik in der Medizin 2008/20, H. 1, S. 17-25.

### **Internetquellen:**

Approbationsordnung für Zahnärzte (2011):

URL:[http://www.gesetze-im-internet.de/z\\_pro/BJNR000370955.html](http://www.gesetze-im-internet.de/z_pro/BJNR000370955.html)

(letzter Zugriff am 23.11.2015).

Arbeitskreis Ethik der DGZMK (2010): Aufgaben und Ziele.

URL:<http://www.ak-ethik.de>

(letzter Zugriff am 23.10.2015).

Bauer, A. (2015): Das Patientenrechtegesetz und die Patientenverfügung. Jahrestagung der Betreuungsbehörden Mai 2015.

URL:<http://www.pea->

[ev.de/fileadmin/download/btb2015/Bauer\\_Patientenrechtegesetz\\_und\\_Patvfg.pdf](http://www.pea-ev.de/fileadmin/download/btb2015/Bauer_Patientenrechtegesetz_und_Patvfg.pdf)

(letzter Zugriff am 27.12.2015).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Altersbilder in der Gesellschaft.

URL:[http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf)

[Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf)

(letzter Zugriff am 21.12. 2015).

Demenz Leitlinie (2014): Diagnostik nach ICD-10:

URL:<http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Demenz.html>

(letzter Zugriff am 14.11.2015).

Demenzreport (2011): Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können.

URL:<http://www.berlin->

[institut.org/fileadmin/user\\_upload/Demenz/Demenz\\_online.pdf](http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf)

(letzter Zugriff am 12.12.2015).

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2006): Empfehlungen zum Umgang mit medizinischer Behandlung bei Demenz.

URL:[https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/empfehlungen/](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/empfehlungen/empfehlungen-UmgangMedBehandlung.pdf)

[empfehlungen-UmgangMedBehandlung.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/empfehlungen/empfehlungen-UmgangMedBehandlung.pdf)

(letzter Zugriff am 13.11.2015).

Deutscher Ethikrat (2010): Demenz – Ende der Selbstbestimmung?

URL:<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/tagungsdokumentation-demenz.pdf>

(letzter Zugriff am 28.11.2015).

Deutsche Ethikrat (2013): Aufgaben, Zusammensetzung und Themen.

URL:[http://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/173891/der-deutsche-](http://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/173891/der-deutsche-ethikrat-aufgaben-zusammensetzung-und-themen)

[ethikrat-aufgaben-zusammensetzung-und-themen](http://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/173891/der-deutsche-ethikrat-aufgaben-zusammensetzung-und-themen)

(letzter Zugriff am 28.11.2015).

Fussnegger, M. (2010): Personenzentrierte Zahnmedizin - keine Behandlungsexotik. Ein Feld für den personenzentrierten Ansatz?

URL:<http://www.gwg->

[ev.orgwww.gwg-ev.org/sites/default/files/shopdownloads/Fussnegger.pdf](http://www.gwg-ev.org/sites/default/files/shopdownloads/Fussnegger.pdf)

(letzter Zugriff am 19.11.2015).

Genfer Gelöbnis (1948, modifiziert 2006):

URL:[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Ge](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf)

[nf.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf)

(letzter Zugriff am 24.11.2015).

Hippokratischer Eid:

URL:[https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/10gese](https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/10gesetze/hippoeid.pdf)

[tze/hippoeid.pdf](https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/10gesetze/hippoeid.pdf)

(letzter Zugriff am 22.11.2015).

Informationen für Demenzkranke und ihre Angehörigen (2015): Das Pflegestärkungsgesetz I.

URL:[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/150617\\_BMG\\_Broschuere\\_Demenz\\_online.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/150617_BMG_Broschuere_Demenz_online.pdf)

(letzter Zugriff am 4.12.2015).

Linsa, A. (2010): Autonomie und Demenz.

URL:<http://wcms.uzi.uni-halle.de/download.php?down=16071&elem=2344729>

(letzter Zugriff am 14.11.2015).

Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer (2014):

URL:<http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/recht/mbo.pdf>

(letzter Zugriff am 24.11.2015).

Nationaler Ethikrat (2005): Patientenverfügung.

URL:<http://www.ethikrat.org/themen/gesellschaft-und-recht/patientenverfuegung>

(letzter Zugriff am 17.11.2015).

Statista (2016): Anteil Demenzkranker in Deutschland 2010-2060.

URL:<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/170788/umfrage/anteil-demenzkranker-in-deutschland-seit-2010/>

(letzter Zugriff am 12.01.2016).

Statistisches Bundesamt (2012): Bevölkerungsvorausberechnung.

URL:<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Bevoelkerungsvorausberechnung.html>

(letzter Zugriff am 13.10.2015).

WHO: Klassifikation

URL:<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f00-f09.htm>

(letzter Zugriff am 9.11.2015).

## 9. Abkürzungsverzeichnis

bzw.	= beziehungsweise
d. h.	= das heißt
DGZMK	= Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
ebd.	= ebenda
et al.	= et alii
etc.	= et cetera
f.	= folgende (Seite)
ff.	= fortfolgende (Seiten)
G	= Gesetz
griech.	= griechisch
H.	= Heft
Hrsg.	= Herausgeber
lat.	= Latein
OPAC	= Öffentlich zugänglicher Online-Katalog
RG	= Rechtsgesetz
v. Chr.	= vor Christus
vgl.	= vergleiche

## 10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: DEGAM-Leitlinie Nr.12: Demenz, 2008 .....	28
--	----

## 11. Anhang

### 11.1 Hippokratischer Eid

Der hippokratische Eid Ich schwöre bei Appollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und allen Göttern und Göttinnen, indem ich sie zu Zeugen rufe, dass ich nach meinem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Vereinbarung erfüllen werde: Den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleichzuechten meinen Eltern und ihm an dem Lebensunterhalt Gemeinschaft zu geben und ihn Anteil nehmen zu lassen an dem Lebensnotwendigen, wenn er dessen bedarf, und das Geschlecht, das von ihm stammt, meinen männlichen Geschwistern gleichzustellen und sie diese Kunst zu lehren, wenn es ihr Wunsch ist, sie zu erlernen ohne Entgelt und Vereinbarung und an Rat und Vortrag und jeder sonstigen Belehrung teilnehmen zu lassen meine und meines Lehrers Söhne sowie diejenigen Schüler, die durch Vereinbarung gebunden und vereidigt sind nach ärztlichem Brauch, jedoch keinen anderen. Die Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meinem Vermögen und Urteil, mich davon fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichem Schaden und Unrecht. Ich werde niemandem, auch auf eine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen; gleicherweise werde ich keiner Frau ein fruchtabtreibens Zäpfchen geben: Heilig und fromm werde ich mein Leben bewahren und meine Kunst. Ich werde niemals Kranke schneiden, die an Blasenstein leiden, sondern dies den Männern überlassen, die dies Gewerbe versehen. In welches Haus immer ich eintrete, eintreten werde ich zum Nutzen des Kranken, frei von jedem willkürlichen Unrecht und jeder Schädigung und den Werken der Lust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven. Was immer ich sehe und höre, bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf. Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht breche, so möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg beschieden sein, dazu Ruhm unter allen Menschen für alle Zeit; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, dessen Gegenteil.

## 11.2 Genfer Gelöbnis

Weltärztebund: **Deklaration von Genf** verabschiedet von der  
2. Generalversammlung des Weltärztebundes Genf, Schweiz, September 1948  
und revidiert von der  
22. Generalversammlung des Weltärztebundes Sydney, Australien, August  
1968 und revidiert von der  
35. Generalversammlung des Weltärztebundes in Venedig, Italien, Oktober  
1983 und revidiert von der  
46. Generalversammlung des Weltärztebundes Stockholm, Schweden, Sep-  
tember 1994 und sprachlich überarbeitet auf der  
170. Vorstandssitzung, Divonne-les-Bains, Frankreich, Mai 2005 und auf der  
173. Vorstandssitzung, Divonne-les-Bains, Frankreich, Mai 2006

### **GELÖBNIS:**

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Beruf gelobe ich feierlich: Ich werde mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen. Ich werde meine Lehrerinnen und Lehrern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen. Ich werde meinen Beruf nach bestem Gewissen und mit Würde ausüben. Die Gesundheit meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein. Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen in meiner Macht stehenden Mitteln die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes aufrechterhalten. Meine Kolleginnen und Kollegen werden meine Schwestern und Brüder sein. Ich werde mich bei der Erfüllung meiner ärztlichen Pflichten meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen. Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren. Ich werde, selbst unter Bedrohung, meine medizinische Kenntnisse nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden. Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehr.

## 12. Lebenslauf

### **Persönliche Daten:**

Name: Alice Kordick  
Anschrift: Lindenaustrasse 14  
79199 Kirchzarten  
Telefon: 07661-6299711  
E-Mail: alicekordick@web.de  
Geburtsdatum: 02.04.1972  
Familienstand: verheiratet  
Kinder: 3 Kinder (15 Jahre, 11 Jahre, 5 Jahre)

### **Schulbildung:**

1979 – 1983 Erich-Kästner Grundschule in Ratingen  
1983 – 1988 Gymnasium Achern  
1988 – 1993 Windeck – Gymnasium Bühl: Abschluss Abitur

### **Berufliche Ausbildung:**

4/1995 – 9/2000 Studium an der Pädagogischen Hochschule Freiburg  
Abschluss: 1. Staatsexamen  
2/2002 – 8/2002 Referendariat an der Grund- und Hauptschule Emmendingen  
9/2007 – 7/2009 Ausbildung zur Zahnmedizinischen Angestellten an der Gertrud Luckner Gewerbeschule in Freiburg  
4/2014 – zurzeit Duales Studium an der praxisHochschule  
Dentalhygiene und Präventionsmanagement (B.Sc.)

### **Berufstätigkeit:**

8/2009 – heute Zahnarztpraxis Harald Wencke  
Freiburger Straße 8  
79199 Kirchzarten

Kirchzarten, den 6.01.2016

## 13. Danksagung

Mein Dank gilt der praxisHochschule Köln für die Chance eines akademischen Abschlusses im Fachbereich der Dentalhygiene.

Vielen Dank an Prof. Dr. B. Veltjens und Prof. Dr. P. Hahner für die Betreuung dieser Arbeit.

Ich danke meinem Praxispartner, Zahnarzt Harald Wencke, der mir dieses Studium erst ermöglicht hat, für seine Unterstützung und die Freistellung während der Präsenzzeit in Köln.

Herzlichen Dank an meine Kommilitoninnen der Kohorte DH\_005, für die gemeinsam verbrachte Zeit, die geprägt war durch Freundschaft und Halt.

Mein besonderer und aufrichtiger Dank gilt meiner Familie. Ich möchte mich sehr bei meinem Mann für seine Hilfe und Geduld bedanken, bei meinen Kindern für ihr Durchhaltevermögen und meinen Schwiegereltern für ihre selbstlose Unterstützung.

## 14. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit, mit dem *Titel „Ethische Aspekte bei der zahnmedizinischen Behandlung demenziell erkrankter Patienten“*, in der von der praxisHochschule Köln fest gesetzten Bearbeitungszeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, sind kenntlich gemacht.

Die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung und wurde noch nicht veröffentlicht.

Einer Prüfung auf Plagiat stimme ich zu.

Ort, Datum und Unterschrift der Verfasserin / des Verfassers

---