

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
(Prof. Dr. med. Claudia Wieseemann)

im Zentrum Psychosoziale Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Ethische Aspekte der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
für Zahnheilkunde

der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Dominik Blömer

aus

Höxter

Göttingen 2015

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H.K. Kroemer

I. Berichterstatter/in: Prof. Dr. Alfred Simon

II. Berichterstatter/in: Prof. Dr. Anette Wiegand

III. Berichterstatter/in: Prof. Dr. Friedemann Nauck

Tag der mündlichen Prüfung: 15.02.2016

Inhalt

1	EINLEITUNG	- 1 -
2	STAND DER FORSCHUNG	- 3 -
2.1	MODELLE DER ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG	- 3 -
2.1.1	Das paternalistische Modell.....	- 4 -
2.1.2	Das partnerschaftliche Modell.....	- 5 -
2.1.3	Das dienstleistungsorientierte Modell.....	- 6 -
2.2	ETHISCHE QUALITÄT VON INDIKATIONEN	- 7 -
2.2.1	Medizinische Indikation	- 7 -
2.2.2	Ärztliche Indikation	- 8 -
2.3	INDIKATIONEN ZAHNÄZTLICHEN HANDELNS BEI PALLIATIVPATIENTEN	- 9 -
2.3.1	Fokussuche	- 10 -
2.3.2	Mundhygiene	- 10 -
2.3.3	Candidiasis.....	- 11 -
2.3.4	Mucositis und Stomatitis	- 11 -
2.3.5	Xerostomie	- 11 -
2.4	RECHTLICHE GRUNDLAGEN	- 13 -
3	FRAGESTELLUNG	- 14 -
3.1	FRAGEN ZU DER INDIKATION.....	- 14 -
3.2	FRAGEN ZU DER ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG	- 14 -
3.3	FRAGEN NACH DER SINNHAFTHKEIT	- 14 -
4	STUDIE.....	- 15 -
4.1	MATERIAL UND METHODEN.....	- 15 -
4.1.1	Probanden	- 16 -
4.1.2	Die Fallvignetten.....	- 16 -
4.1.3	Das Interview	- 18 -
4.1.4	Qualitative Auswertung des Interviews	- 20 -
4.2	ERGEBNISSE.....	- 25 -
4.2.1	Indikationen.....	- 25 -
4.2.2	Ethische Aspekte	- 25 -
4.3	ZUSAMMENFASSUNG.....	- 54 -
5	DISKUSSION	- 55 -
5.1	QUALITÄT DER INDIKATION	- 55 -
5.2	ART DER ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG	- 56 -
5.3	AUFKLÄRUNGSPFLICHT.....	- 58 -
5.4	KOSTENERWÄGUNG	- 59 -

6	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	- 60 -
7	ANHANG.....	- 62 -
7.1	FALLVIGNETTEN UND FRAGEN	- 62 -
7.2	TRANSKRIPT DER INTERVIEWS.....	- 69 -
7.3	LITERATURVERZEICHNIS	- 91 -
	LEBENS LAUF	- 94 -

1 EINLEITUNG

Gemäß der Definition der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin stellt Palliativmedizin die angemessene medizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und progredienten Erkrankungen dar, die eine begrenzte Lebenserwartung haben und bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität zentriert ist.

Die Endphase einer infausten Erkrankung kann sich über eine sehr unterschiedlich lange Zeitspanne erstrecken. Dabei wird allgemein eine Rehabilitationsphase (Monate bis Jahre) von einer Präterminalphase (die letzten Wochen), der Terminalphase (die letzten Tage) sowie der konkreten Sterbephase (die letzten Stunden) unterschieden.

Palliativmedizin ist ein klassisches Brückenfach, in dem Behandlung und Kontrolle von Symptomen in einem interdisziplinären Ansatz im Mittelpunkt stehen.

Medizinische Entscheidungen am Lebensende umfassen ganz unterschiedliche Handlungen, die im Wesentlichen in zwei große Handlungsfelder, namentlich die Bereiche Sterbebegleitung und Sterbehilfe, unterteilt werden können. Unter Sterbebegleitung versteht man Handlungen, die das Sterben eines Menschen erleichtern, ohne es jedoch zu beschleunigen. Dazu zählen eine angemessene Schmerz- und Symptomkontrolle sowie Begleitung in psychischen, sozialen und spirituellen Notsituationen (Simon 2006), wohingegen der Begriff der Sterbehilfe auch lebensverkürzende Maßnahmen einschließt.

Während eine stomatologische Fokussuche - gerade im Vorfeld einer Radiotherapie im Kopf- und Halsbereich sowie vor Immunsuppression - in den meisten Kliniken bereits gängige Praxis und fester Bestandteil des gesamtheitlichen Behandlungskonzepts ist, sorgt die prothetische Versorgung von Patienten in der Präterminal- und in besonderem Maße in der Terminalphase für Diskussionsbedarf.

Welchen effektiven Nutzen haben solche Versorgungen? Und stellen sie nicht eher eine weitere Belastung für den Patienten dar?

Nicht nur über den therapeutischen Sinn solcher Maßnahmen, sondern auch über ihre moralische Vertretbarkeit, vor allem vor dem Hintergrund ihrer nicht geringen Kosten für den Patienten, herrscht Unklarheit.

Ziel der vorliegenden deskriptiv angelegten Arbeit ist es, die verschiedenen Arten der zahnmedizinischen Behandlung im Rahmen eines interdisziplinären palliativen Behandlungskonzepts zu klassifizieren und unter ethischen Gesichtspunkten zu analysieren. Wichtige Aspekte der Analyse sind das der Behandlung zugrunde liegende Verständnis von Indikation, die Arzt-

Patient-Beziehung sowie die Zielsetzung der zahnmedizinischen Behandlung im Rahmen des palliativen Behandlungskonzepts.

Im ersten Teilschritt der Studie wurden mithilfe einer systematischen Auswertung von Fachliteratur und entsprechender Patientenakten verschiedene Indikationen zur zahnmedizinischen Behandlung von Palliativpatienten eruiert und unterschieden. Die Auswertung der Patientenakten erfolgte vollkommen anonymisiert. Ziel der systematischen Auswertung war es, verschiedene Indikationen für zahnmedizinische Behandlung von Palliativpatienten zu beschreiben.

Die Klassifikation unterschiedlicher Indikationen ermöglichte es, in einem daran anschließenden zweiten Teilschritt zu jeder dieser Indikationen kurze Fallvignetten zu konstruieren. Diese fassen die für die jeweilige Indikation typischen Merkmale der verschiedenen Patientenfälle zusammen, spiegeln aber keine realen Fälle.

Zu jeder Fallvignette wurden Fragen formuliert, die sich auf die o.g. ethischen Aspekte der zahnmedizinischen Behandlung von Palliativpatienten beziehen. Die Fragen dienten als Grundlage für halboffene Interviews mit Zahnärzten. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert, und anschließend inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet. Die Daten der interviewten Zahnärzte wurden vor der Auswertung pseudonymisiert.

Interviews mit Patienten oder Angehörigen fanden nicht statt.

2 STAND DER FORSCHUNG

Ziel dieses Kapitels ist es, die für diese Arbeit grundlegenden Begriffe der Arzt-Patient-Beziehung sowie der Indikation anhand des aktuellen Forschungsstandes zu definieren und die rechtlichen Grundlagen in Deutschland vorzustellen.

2.1 MODELLE DER ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG

Im Fokus dieser Untersuchung steht die Arzt-Patient-Beziehung. Dieser Ansatz wurde gewählt, da die Art dieser Beziehung die Grundlage allen ärztlichen Handelns bildet.

„Wie die Familie für den Staat, so bildet der Mikrokosmos der Arzt-Patient-Beziehung für die Struktur des Gesundheitssystems die konstitutive Basis. Von dem Gelingen dieser Beziehung hängen nicht nur die Gesundheit der Patienten und die Zufriedenheit der Ärzte mit ihrem Beruf ab. Die in der Arzt-Patient-Beziehung ausgehandelten Einzelentscheidungen summieren sich auf Makroebene des Gesundheitssystems, beeinflussen dessen weitere Ausrichtung, stabilisieren oder destabilisieren die das System tragenden Institutionen.“ (Krones und Richter 2006, S. 94)

Nach einer Phase des verstärkten Interesses in den 1970er Jahren ist das Thema Arzt-Patient-Beziehung aus dem Fokus medizinischer und medizinethischer Aufmerksamkeit verschwunden. In angloamerikanischen Ländern hingegen wurden die Beziehungsmodelle weiterentwickelt und deren Wirkung erforscht (Grefe 2000).

Bei den in dieser Studie verwendeten Kategorien handelt es sich um idealtypische Modelle von Arzt-Patient-Beziehungen und Interaktionen. Sie werden zur Kategorisierung einer Vielzahl von Einzelhandlungen verwendet, die in der Praxis so als Reinform selten vorkommen. So haben unterschiedliche Individuen mit unterschiedlichen Interaktionspartnern und zu unterschiedlichen Zeitpunkten Präferenzen für verschiedene Handlungsmodelle. Jedoch zeigen sich sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten, je nach Persönlichkeit und gemachten Erfahrungen, relativ stabile Einstellungsmuster und ein relativ stabiles Rollenverhalten in der Arzt-Patienten-Interaktion (Krones und Richter 2006).

Grundlage für Untersuchungen der Arzt-Patient-Beziehung im deutschsprachigen Raum sind derzeit die vier Modelle von Krones und Richter (2006). Ihre Arbeit baut auf den vier Modellen der Arzt-Patient-Beziehung „*four models of the physician-patient relationship*“ von Emanuel und Emanuel (1992) auf. Die vier Modelle *the paternalistic model*, *the informative model*, *the interpretative model* und *the deliberative model* (der Vollständigkeit halber sei hier auch noch *the instrumental model* genannt, welches für die praktische Anwendung in dieser Arbeit keine Relevanz hat) bilden derzeit die Grundlage, auf der Diskussionen im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und fachlich-medizinischer Ratio geführt werden. Auch die Ableitungen in dieser Arbeit bauen auf den *four models of the physician-patient relationship* auf, fassen jedoch die Merkmale des interpretativen und des deliberativen Modells zusammen, wodurch sie sich von der Interpretation von Krones und Richter unterscheiden.

Alle Arzt-Patient-Beziehungsmodelle weisen vier wesentliche Parameter auf, die sie unterscheiden und auszeichnen: (1) die Achtung des Lebensentwurfes und der Individualität des Patienten, (2) die Verpflichtungen des Arztes gegenüber dem Patienten und dem Gesetz, (3) das Ziel der Behandlung und (4) den Grad der Patientenautonomie in Bezug auf die Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung (Emanuel und Emanuel 1992).

2.1.1 Das paternalistische Modell

Charakterisierend für das paternalistische Modell ist die Auffassung, dass der Arzt aufgrund seiner fachlichen Qualifikation weiß, welche Maßnahmen für den Patienten am besten geeignet sind. Der Arzt tritt in diesem Modell als fürsorglicher Helfer auf und steht allein in der Rolle des Akteurs, während der Patient in einer passiven Position ist. Ausdruck dieser asymmetrischen Rollenverteilung ist eine bestimmte Konstellation der Aufklärung, die als *informed consent* (informierte Zustimmung) bezeichnet wird. Sie besteht aus der Information des Patienten über seine medizinische Situation, die Darstellung der ärztlich präferierten Therapieoption im Kontext der jeweiligen Prognose, die Vergewisserung darüber, dass der Patient das vorgeschlagene Vorgehen verstanden hat, die Zusicherung der Entscheidungsfreiheit unter besonderer Berücksichtigung des Patientenwillens und die (informierte) Zustimmung bzw. die (informierte) Ablehnung des Patienten zum vorgeschlagenen Vorgehen. Diese Zustimmung bildet das legale und ethische Minimum der Einwilligung eines Patienten in einen medizinischen Eingriff (Krones und Richter 2006).

Dieser Umstand muss hier im zeitlichen Zusammenhang betrachtet werden. Historisch dominierte im deutschsprachigen Raum eine Ausprägung des Paternalismus, die dem Patienten nur wenig Mitspracherecht einräumte. Die Patientenrechte wurden erst im 20. Jahrhundert durch eine Reihe von Gerichtsurteilen nach Klagen von Patientenseite gestärkt. Der *informed consent* stellt heute den rechtlichen Mindeststandard dar und muss dementsprechend dokumentiert werden (Ruisinger 2001, Theriot 2001, Nolte 2003).

Alleinstellungsmerkmal des *informed consent* als Kernelement der paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung ist das Fehlen des Momentes der Wahlfreiheit. Dies ist Ausdruck der Fokussierung auf den Aspekt des Patientenwohls, dem eine gleichwertige Erläuterung der Behandlungsalternativen (einschließlich des Verzichts auf Therapie) untergeordnet wird.

Informationen werden vom Arzt selektiert an den Patienten weitergegeben. Im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und leiblichem Wohl bzw. Wahlfreiheit und Gesundheit des Patienten legt der paternalistisch (be-)handelnde Arzt seinen Schwerpunkt immer auf Letzteres (Emanuel und Emanuel 1992).

2.1.2 Das partnerschaftliche Modell

Das partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehungsmodell ist das symmetrischste der drei Modelle. Es zeichnet sich dadurch aus, dass Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner eine Beziehung eingehen. Am Beginn dieser Beziehung steht der Informationsaustausch der Partner. Der Arzt als medizinischer Experte informiert den Patienten über Diagnose, Prognose, mögliche Therapieansätze und weiterführender Diagnostik. Der Patient als Experte für sein Leben informiert den Arzt über seine Krankheitsgeschichte, seine aktuellen Beschwerden und seine Erwartungen an den Arzt. Dieser Informationsaustausch ermöglicht es dem Arzt, zusammen mit dem Patienten das für den Patienten sinnvollste Behandlungskonzept zu erarbeiten.

Es besteht also ein wesentlicher Unterschied zu dem paternalistischen Modell, denn das Wissen der beiden Partner bildet die Grundlage der weiteren Diagnostik und Therapie (Peintinger 2003).

In der Praxis wünschen jedoch nicht alle Patienten eine umfängliche Aufklärung. In solchen Behandlungssituationen sind die Erfahrung und das Einfühlungsvermögen des behandelnden Arztes gefragt, um dem Patienten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben die Entscheidung über Art und Umfang der Aufklärung überlassen zu können. Auch präsentiert der Behandelnde

de dem Patienten neben dem von ihm bevorzugten Vorgehen auch gleichwertige Alternativen. Hier spricht man von der optionalen Autonomie.

Dieses Modell ist in besonderem Maße für Entscheidungssituationen geeignet, in denen keine eindeutige medizinische Evidenz für ein bestimmtes Vorgehen vorliegt (sog. Equipose-Situationen) (Gray 2001).

2.1.3 Das dienstleistungsorientierte Modell

Bei diesem Modell hat die Patientenautonomie einen sehr hohen Stellenwert, wodurch es ähnlich asymmetrisch ist wie das paternalistische Arzt-Patient-Beziehungsmodell. Es versteht den Patienten als Kunden und den Arzt als Dienstleister. Als Kunde bestimmt der Patient den Prozess der Entscheidungsfindung, während dem Arzt als Dienstleister lediglich eine technisch-beratende Funktion zukommt. Unter dieser Voraussetzung artikuliert der Patient klar seine Wünsche und Absichten. Der Arzt wird in die Rolle des technischen Experten versetzt und gibt gezielt Auskunft über die Machbarkeit des vom Patienten gewünschten Vorgehens. Medizinisch beratend aktiv wird der Arzt nur, falls sich herausstellt, dass der (informierte) Patient bei Einschätzung seiner Situation ein falsches Bild entwickelt hat. Diese Rollenverteilung entbindet den Arzt in weiten Teilen von seiner Fürsorgepflicht.

Für Diskussionsbedarf sorgen hierbei der Grad und die Qualität der Informationen des Patienten, gerade unter Berücksichtigung der veränderten Möglichkeiten der Informationsbeschaffung im letzten Jahrzehnt.

2.2 ETHISCHE QUALITÄT VON INDIKATIONEN

Der Begriff *Indikation* ist von zentraler Bedeutung in der Medizin. Das Stellen einer Indikation gehört zu den vorrangigen ärztlichen Aufgaben. Sie durchzieht in komplexer Weise alle weiteren ärztlichen Entscheidungen und Tätigkeiten, denn die Indikation ist multidimensional und leitet ärztliches Handeln von der Anamneseerhebung bis zur Epikrise (Gahl 2005, Neitzke 2003).

In der modernen Medizin steht die Indikation (dt.: Anzeige) am Anfang einer jeden ärztlichen Tätigkeit. Sie stellt eine der zentralen normativen Grundlagen ärztlichen Handelns dar, deren (weiteres) Vorliegen im Verlauf der Behandlung immer wieder überprüft werden muss.

In der medizinethischen Debatte findet man die Unterscheidung zwischen *medizinischer* und *ärztlicher* Indikation (Anschütz 1982, Raspe 1995, Hartmann 2003, Gahl 2005, Neitzke 2003), die auch der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt wird.

2.2.1 Medizinische Indikation

Als medizinische Indikation wird der Teil der Indikationsstellung verstanden, der aus objektiv-fachlicher Sicht gewährleistet, dass eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme dem Patienten angeboten werden kann. Dazu wird die medizinische Indikation in dreifacher Weise erarbeitet und begründet (vgl. Raspe 1995):

- empirisch
- final und
- kausal

Die empirische Begründung erlangt die Indikation durch die Anamnese und Diagnostik. Im Vordergrund stehen die objektivierbaren Wahrnehmungen und Beschwerden des Patienten sowie klinische Zeichen und Untersuchungsergebnisse. Häufig sind diese Daten aber nicht ausreichend, um eine definitive Diagnose stellen zu können. In einem solchen Fall ist eine Indikation im Rahmen einer Verdachtsdiagnose oder einer Differentialdiagnose zu stellen.

Bei der finalen Begründung geht es um die Frage, welches Ziel mit der therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme erreicht werden soll. Zu den Zielen ärztlichen Handelns zählen in

erster Linie Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen oder wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen (Bundesärztekammer 2011). Medizinische Indikation bedeutet, dass die Durchführung einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme mit Blick auf eines dieser Ziele angezeigt ist, wobei noch nicht gesagt ist, dass dieses Ziel auch vom Patienten angestrebt wird.

Die kausale Begründung bezieht sich auf die empirischen Evidenzen, die dafür sprechen, dass mit der geplanten Maßnahme das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann. Sie erfolgt idealerweise aufgrund kontrollierter klinischer Studien. Dies wird mit dem Begriff EbM (*evidence-based medicine*) zusammengefasst (Neitzke 2003). Sprechen empirische Evidenzen dafür, dass der Patient von der geplanten Maßnahme profitieren könnte, ist es fachlich gerechtfertigt, die Maßnahme dem Patienten vorzuschlagen. Hartmann spricht deshalb im Zusammenhang mit der medizinischen Indikation von der rechtfertigenden Indikation (Hartmann 2003).

2.2.2 Ärztliche Indikation

In die *ärztliche Indikation* fließen neben den fachlichen Aspekten auch die individuellen Bedürfnisse und Erwartungen des Patienten, seine psychische und soziale Verfassung, seine Leidensbereitschaft, die von ihm bisher gemachten Erfahrungen sowie seine religiösen Überzeugungen mit ein (Anschütz 1982, Gahl 2005, Raspe 1995). Dies kann dazu führen, dass die vom Arzt mit Blick auf den konkreten Patienten getroffene ärztliche Indikation im Einzelfall von der z.B. in Leitlinien beschriebenen medizinischen Indikation abweicht.

Die ärztliche Indikation ist Ausdruck ärztlicher Fürsorge (Dörner 2001). Sie drückt das Patientenwohl aus, so wie es sich aus Sicht des Arztes darstellt, und begründet das ärztliche Angebot. Letztendlich ist es aber der Patient, der über die Durchführung der vom Arzt angebotenen Maßnahme(n) entscheidet. Aus der Autonomie und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten folgt, dass der Patient eine aus ärztlicher Sicht indizierte Maßnahme auch ablehnen kann. Umgekehrt ist der Arzt nicht verpflichtet, eine vom Patienten gewünschte, in seinen Augen aber nicht indizierte Maßnahme durchzuführen. Im Falle einer kontraindizierten Maßnahme muss der Arzt den Wunsch des Patienten sogar ablehnen, da er sich sonst strafbar macht.

2.3 INDIKATIONEN ZAHNÄZTLICHEN HANDELNS BEI PALLIATIVPATIENTEN

Patienten, die so schwer erkrankt sind, dass keine Aussicht auf Heilung besteht, sollten eine palliative Behandlung erfahren, die sich darauf konzentriert, ihre Beschwerden und eventuellen Schmerzen zu lindern. Überflüssige und belastende kurative Maßnahmen sollten in solchen Situationen unterbleiben (Lefebvre-Chaprio und Sebag-Lanoë 1999).

Die WHO definiert die Palliativmedizin als „einen Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihrer Familien verbessern soll, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit assoziiert sind. Dies geschieht durch Prävention und Linderung des Leidens durch frühzeitige Erkennung und fehlerfreie Diagnostik sowie die Behandlung des Schmerzes und anderer Probleme, seien sie physischer, psychosozialer oder spiritueller Natur“ (WHO 2007).

Um diesem Grundsatz zu entsprechen, muss die Palliativmedizin einen interdisziplinären Ansatz verfolgen. Schmerz und opportunistische Infektionen müssen kontrolliert, sowohl physische, funktionelle als auch psychosoziale Bedürfnisse berücksichtigt werden (Walsh 1994).

Bei Patienten, die unter einer Tumorerkrankung im Kopf-Hals-Bereich leiden, ist eine zahnmedizinische Betreuung besonders wichtig. Da in den ambulanten palliativen Behandlungsteams in der Regel keine Zahnärzte vertreten sind, werden diese Patienten zumeist in spezialisierten Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgischen Abteilungen behandelt (Mahaffay 1997). Neben den Gewebeneubildungen in der Mundhöhle haben die Patienten vor allem unter den Nebenwirkungen der oftmals aggressiven Therapie solcher Erkrankungen zu leiden. Häufig führt die Therapie zu Schmerzen und Funktionsverlust, aber auch zu Narbenbildung, Trismus, Xerostomie, opportunistische Infektionen, Strahlenkaries oder unzureichende Mundhygiene aufgrund des häufig eingeschränkten Allgemeinzustandes. Zudem ist die Kaufunktion eingeschränkt. Die Folgen können Appetitlosigkeit, Unterernährung und Kachexie sein, die die Lebensqualität der Patienten sehr stark und unmittelbar beeinträchtigen (Jobbins et al. 1992a). Ein palliatives Behandlungskonzept verfolgt den Ansatz des Funktionserhaltes des Körpers über die eigentliche Grunderkrankung hinaus. In der Praxis ist leider festzustellen, dass die Mundhygiene bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren oft mangelhaft ist. Außerdem zeigt sich, dass der Zahnstatus verglichen mit einer Kontrollgruppe, bestehend aus Patienten der gleichen Alterskohorte ohne Tumorerkrankungen, signifikant schlechter ist (Maier et al. 1993). Multi-centerstudien legen dar, dass 33% der AIDS-Erkrankten (Laure 1994) und 31% bis 42% der untersuchten Palliativpatienten, orale Symptome aufwiesen (Aldred et al. 1991, Jobbins et al. 1992a). Am Häufigsten werden Xerostomie und schlecht sitzende Prothesen als Hauptursache für Beschwerden genannt.

Diese Studien lassen den Schluss zu, dass zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines palliativ interdisziplinären Behandlungskonzeptes Berücksichtigung finden sollte, nicht nur bei Primärerkrankungen der Mundhöhle.

2.3.1 Fokussuche

Als Fokussuche bezeichnet man die Untersuchung von Patienten vor geplanten Behandlungen, die ihre Immunkompetenz stark herabsetzen. Ziel der Untersuchung ist es, mögliche Entzündungsherde ausfindig zu machen, die z.B. unter einer Chemo- oder Radiotherapie zu schwerwiegenden Komplikationen führen können. Dies können verschiedene Formen von Parodontitiden sein, aber auch devitale Zähne, Zysten und Granulome im Kieferknochen, schlecht sitzender Zahnersatz, kariöse Läsionen, insuffiziente Wurzelkanalfüllungen oder bereits vorhandene Infektionen. Die diagnostizierten Foki müssen dann vor Beginn der geplanten Therapie entfernt werden.

2.3.2 Mundhygiene

Die Aufrechterhaltung und ggf. die Einstellung einer suffizienten Mundhygiene ist gerade bei geschwächten Patienten sehr wichtig. So liegen Daten vor, nach denen einige Plaque-Keime eine Rolle bei der Entstehung und Progredienz von vaskulären Erkrankungen und Schlaganfällen spielen (Janket et al. 2003). Die orale Hygiene spielt also auch eine Rolle bei der Tertiärprofilaxe z.B. bei Endokarditis-Patienten. Zudem ist der Glukosespiegel bei vorliegenden Parodontalerkrankungen schwerer zu kontrollieren (Taylor et al. 1996). Eine gute Plaquekontrolle ist bei Diabetespatienten daher sicherzustellen. Besonders bei bettlägerigen Patienten mit geschwächtem Allgemeinzustand besteht die Gefahr von Aspirationspneumonien, die durch die mikrobielle Flora der Plaque verursacht werden können (Imsand et al. 2002). Ein konsequentes orales Hygieneregime scheint die Häufigkeit von Pneumonien zu vermindern (Yoneyama et al. 1999).

Das zahnärztliche Team kann mit vergleichsweise einfachen Mitteln positive Effekte erzielen, welche die allgemeine Gesundheit sowie die Lebensqualität der Patienten günstig beeinflussen. Hierzu zählen Zahnreinigungen, Verschreibung antibakterieller Mundspüllösungen, aber vor allem auch die Instruktion des Pflegepersonals (Kinley und Brennan 2004).

2.3.3 Candidiasis

Candida-Spezies werden in bis zu 40% einer gesunden Bevölkerungsgruppe gefunden, jedoch steigt der Anteil auf bis zu 80% bei Patienten mit einer terminalen Tumorerkrankung (Jobbins et al. 1992b). Die Infektion ist opportunistisch und hängt mit dem reduzierten Immunstatus der Patienten zusammen. Sie entwickelt sich rasch, Reinfektionen sind häufig und lassen sich oft schwer beherrschen (Sweeney und Bagg 1995). Bei der Therapie kommen in der Regel fungizide Salben und Antimykotika zum Einsatz.

2.3.4 Mucositis und Stomatitis

Stomatitiden sind bei Patienten nach einer Radio-Chemotherapie häufig anzutreffen. Nach Chemotherapie weisen bis zu 75% der Patienten eine Mucositis auf (Dodd et al. 1996). Die klassischen Entzündungszeichen einer Mucositis (Rubor, Calor, Dolor, Tumor und Functio-laesa) sowie Ulzeration treten meist 7 bis 14 Tage nach Beginn einer Chemotherapie auf (Madeya 1996). Die Therapie ist in der Regel symptomatisch, aber auch traumatische Faktoren wie gebrochene Füllungen, Zähne und scharfkantige oder schlecht sitzende Prothesen sollten therapiert werden (Cerchietti et al. 2002).

2.3.5 Xerostomie

Die Xerostomie ist ein weit verbreitetes Problem in der Gruppe der Palliativpatienten. Sie kann durch sorgfältige Anamneseerhebung diagnostiziert werden, weil eine Xerostomie nicht immer objektiv zu verifizieren ist. Sie stellt oft ein subjektives Symptom dar. Der Arzt sollte jedoch in jedem Fall auf dieses Problem eingehen (Dormenval et al. 1999, Sreebny und Val-dini 1988).

Die Therapie umfasst je nach Ausprägung der Mundtrockenheit das Spülen mit fluoridhaltigen Mineralwassern oder Speichelersatzstoffen. Bei bettlägerigen Patienten finden auch Ananas- oder Teekompressen Anwendung.

2.3.6 Äußeres Erscheinungsbild

Ein weiterer zahnärztlicher Aspekt der Palliativmedizin kann die Wiederherstellung des oralen Erscheinungsbildes des Patienten sein, beispielsweise wenn Zähne abgebrochen sind oder fehlen. Nicht selten passt auch abnehmbarer Zahnersatz nicht mehr, da er lange Zeit nicht mehr getragen wurde. Dies betrifft etwa 10% der Patienten (Schimmel et al. 2008).

Innerhalb weniger Wochen werden Verwandte, Freunde und Bekannte den Patienten besuchen, um Abschied zu nehmen. Dies ist eine Zeit, in der Würde und Selbstrespekt für den Patienten sehr wichtig sind. Schon die Erstellung einer einfachen, rein ästhetischen Prothese kann dem Patienten viel Selbstwertgefühl geben und er vermag Freunden und Familie in Würde zu begegnen. Gelegentlich bitten auch die Angehörigen des Patienten um das Anfertigen einer neuen Prothese (Müller und Schimmel und Schoeni 2008).

2.4 RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Die rechtliche Grundlage für die Behandlung von Patienten und den Umgang mit deren Daten bildet in Deutschland das am 20.02.2013 in Kraft getretene *Patientenrechtegesetz*.

In den §§ 630a-h wird der Behandlungsvertrag als eine neue Form des Dienstvertrages eingeführt und die Pflichten der Vertragspartner definiert. Hierzu gehören u.a., dass Behandelnder und Patient zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken sollen. Der Behandelnde ist verpflichtet, vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme die Einwilligung des Patienten einzuholen. Voraussetzung für die Wirksamkeit der Einwilligung ist, dass der Patient zuvor umfassend über die geplante Maßnahme und mögliche Alternativen durch den Behandelnden oder eine andere zur Durchführung der Maßnahme ausgebildete Person aufgeklärt worden ist. Die Aufklärung muss mündlich und in einer für den Patienten verständlichen Form erfolgen. Sofern schriftliche Aufklärungsbögen verwendet werden, sind diese dem Patienten in Kopie auszuhändigen. In Notfällen oder auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten kann der Behandelnde auf eine umfassende Aufklärung verzichten. Weiß der Behandelnde, dass die (vollständigen) Kosten der Behandlung nicht von den Krankenkassen übernommen werden, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten in Textform informieren. Sämtliche für die aktuelle sowie für künftige Behandlungen relevanten Maßnahmen und Ergebnisse müssen in der Patientenakte dokumentiert werden. Der Patient hat ein Recht, in diese Akte Einsicht zu nehmen.

3 FRAGESTELLUNG

Ziel der vorliegenden Studie ist es, verschiedene Arten der zahnmedizinischen Behandlung im Rahmen eines interdisziplinären palliativen Behandlungskonzepts zu klassifizieren und unter ethischen Gesichtspunkten zu analysieren. Wichtige Aspekte der Analyse sind das der Behandlung zugrunde liegende Verständnis von Indikation, der Arzt-Patient-Beziehung sowie die Zielsetzung der zahnmedizinischen Behandlung im Rahmen des palliativen Behandlungskonzepts.

Die Studie soll folgende Fragen beantworten:

3.1 FRAGEN ZU DER INDIKATION

- Ist die zahnärztliche Behandlung von Palliativpatienten gerechtfertigt?

3.2 FRAGEN ZU DER ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG

- Welche Art der Arzt-Patient-Beziehung liegt bei der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten vor?

3.3 FRAGEN NACH DER SINNHAFTHKEIT

- Ist es vertretbar, dass die Kosten einer solchen Behandlung von der Solidargemeinschaft getragen werden?

4 STUDIE

4.1 MATERIAL UND METHODEN

Die vorliegende Arbeit ist als deskriptive Arbeit konzipiert und legt ihren Schwerpunkt auf Interviews mit Zahnärzten und deren Auswertung in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse. Als Grundlage für die Interviews dienen drei Fallvignetten, zu deren Bewertung die Probanden im Rahmen eines Interviews befragt wurden.

Zunächst wurden die in der Publikation „Zahnmedizinische Aspekte in der Palliativmedizin“ (Schimmel, Schoeni, Müller 2008) vorgestellten Erkrankungen und Therapieansätze herausgearbeitet um auf ihrer Basis zahnärztliche Indikationen zu beschreiben. Anschließend wurde eine Aktenrecherche an Krankenakten der Universitätsmedizin Göttingen durchgeführt, um weitere Indikationen zu finden und die bereits herausgearbeiteten zu validieren. Einschlusskriterium für die Betrachtung der Patientenfälle war, dass der betreffende Patient palliativ geführt wurde oder eine infauste Diagnose hatte und sich unter dieser einer zahnärztlichen bzw. mund-kiefer-gesichtschirurgischen Behandlung unterzog. Insgesamt wurden 85 Fälle untersucht. Nach den ersten 42 Fällen traten keine neuen Indikationen auf. Die Auswertung der Patientenakten erfolgte vollkommen anonymisiert.

Auf der Basis dieser Klassifikation wurden Fallvignetten erstellt. Diese enthalten für die jeweilige Indikation typische Merkmale und fassen verschiedene Patientenfälle zusammen, geben dabei aber keinen realen Fall wieder.

Zu jeder Fallvignette wurden mehrere Fragen formuliert, die sich auf die ethischen Aspekte der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten beziehen. Diese Fragen dienten als Grundlage für halboffene Interviews mit Zahnärzten. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch nach Mayring (2002) ausgewertet. Die Daten der interviewten Zahnärzte wurden vor der Auswertung pseudonymisiert.

Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring wurde nach der Festlegung des zugrunde liegenden Materials, zunächst die Richtung der Analyse, unter Berücksichtigung der Entstehungssituation festgelegt. Anschließend wurde definiert, welche Inhalte analysiert werden. Hierzu wurde ein Bereich festgelegt, der von der Kodiereinheit (kleinste zu berücksichtigende Aussage) bis zur Kontexteinheit (größte zu berücksichtigende Aussage) reicht. Anschließend wurden alle Aussagen aufgelistet und Wiederholungen gestrichen (Reduktion).

4.1.1 Probanden

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Zahnärzte mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung interviewt. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass die Ärzte Erfahrung in der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten hatten. Die interviewten Zahnärzte waren zu annähernd gleichen Teilen im niedergelassenen sowie im Klinikbereich tätig (siehe 4.1.4.1).

4.1.2 Die Fallvignetten

Die in den Fallvignetten geschilderten Situationen sind frei konstruiert. Jeder Fall greift jedoch eine bestimmte Indikation auf und spiegelt deren spezifischen Eigenschaften.

Fall I

Herr M. ist ein 67-jähriger Rentner. Er ist verheiratet, hat drei Kinder und fünf Enkelkinder. Herr M. ist bis auf einen eingestellten Hypertonus gesund und aktiv.

Im Frühjahr 2012 wird bei ihm ein Adenokarzinom des rektosigmoidalen Übergangs diagnostiziert. Das TNM-Staging ist so ungünstig für den Patienten, dass dieser in ein palliatives Behandlungskonzept überstellt wird. Geplant ist neben einer chirurgischen Therapie auch eine Chemotherapie mit adjuvanter Radiatio, um eine möglichst hohe Lebensqualität für Herrn M. zu erreichen.

Im Rahmen dieses interdisziplinären Behandlungskonzepts wird Herr M. vor Beginn der Chemo-/Radiotherapie auch in der Zahnklinik vorgestellt mit der Bitte um Begutachtung hinsichtlich stomatologischer Foki und ggf. deren Eliminierung.

Dr. E. ist der diensthabende Zahnarzt und erstellt sowohl einen kompletten PA-Status, als auch eine OPG-Aufnahme. Er diagnostiziert eine generalisierte, wenn auch schwach ausgeprägte Parodontitis sowie einen apikal beherdeten Zahn 45.

Um diese Foki zu beseitigen, plant Dr. E. die Extraktion des Zahnes 45, eine professionelle Zahnreinigung und ein Deepscaling und Rootplaning aller parodontal auffälligen Zähne sowie die individuelle Mundhygieneunterweisung und Motivation des Patienten.

Fall II

Frau R. ist 87 Jahre alt. Sie ist verwitwet und hat eine erwachsene Tochter, keine Enkel. Bei Frau R. wurden im Sommer 2012 multiple Metastasen entlang der Lymphbahnen an Kopf und Hals diagnostiziert. Nach Biopsie eines auffälligen Nävus gilt ein malignes Melanom als gesicherter Primärtumor. Die Metastasierung war im Kopf und Halsbereich sowie in der Lunge soweit fortgeschritten, dass die Patientin nur noch in ein palliatives Behandlungskonzept überführt werden konnte. Unter anderem erhielt sie eine Chemotherapie und eine adjuvante Radiotherapie. Durch die Bestrahlung wurden die Speicheldrüsen stark in ihrer Funktion eingeschränkt und Frau R. leidet seitdem an Xerostomie und Dysphagien. Als der sich verschlechternde Allgemeinzustand der Patientin eine stationäre Aufnahme nötig macht, fällt dem Stationsarzt ein weißlicher Belag der Zunge der Patientin auf.

Er bittet den Zahnarzt Dr. K. um Mitbehandlung der Patientin. Nachdem Frau R. eingehend von Dr. K. untersucht wurde, stellt dieser die Verdachtsdiagnose Candidiasis und entnimmt einen Abstrich. Der Laborbericht sichert die Diagnose einer Infektion mit *Candida albicans*. Der Zahnarzt möchte diese lokal mit Nystatin therapieren. Ferner ist ihm bei seiner Untersuchung aufgefallen, dass die OK und UK Prothesen der zahnlosen Patientin insuffizienten Halt aufweisen und Druckstellen verursachen. Daher beabsichtigt er, diese weich zu unterfüttern. Ferner unterweist er Frau R. im Umgang mit künstlichem Speichel.

Fall III

Frau S. ist 37 Jahre alt. Die Verwaltungsfachangestellte ist glücklich verheiratet, hat eine 14-jährige Tochter und zwei 12 und 9 Jahre alte Söhne. Im Januar 2007 wird bei ihr ein Plattenepithelkarzinom am weichen Gaumen diagnostiziert. Noch im selben Monat wird der Tumor chirurgisch entfernt. Das TNM-Staging war T2N0M0 (C4), daher wurde es bei der chirurgischen Therapie und einer engmaschigen Nachsorge belassen. Im Juli 2009 wird ein Rezidiv diagnostiziert und Frau S. wird erneut einer chirurgischen Therapie unterzogen, dieses Mal bei einem Staging von T2N1M0 (C4), mit adjuvanter Bestrahlung und unter Entfernung der Halslymphknoten (Neckdissection) ipsilateral.

Als bei Frau S. im Herbst 2011 im Rahmen der Nachsorge ein erneutes Rezidiv diagnostiziert wird, lehnt sie eine erneute Operation trotz reeller Erfolgsaussichten ab und wird nach eingehender Beratung und psychologischer Betreuung in ein palliatives Behandlungskonzept überführt. Der Tumor wird lediglich bestrahlt und mit Interferonen behandelt. Während der The-

rapien verliert Frau S. die meisten ihrer Zähne und wird im OK und UK mit teleskopierenden Prothesen versorgt. Im März 2012 sucht sie die Zahnarztpraxis von Frau Dr. M., ihrer Hauszahnärztin, auf und erklärt ihr, dass ihre nun 19-jährige Tochter Ende April heiraten werde und dass der Hochzeitstermin extra vorgezogen worden sei, damit Frau S. ihn noch erleben könne. Sie freue sich sehr auf dieses Ereignis, sei jedoch mit der Prothese, die ihr nach ihrer zweiten Therapie 2009 angefertigt wurde, sehr unzufrieden. Sie wünscht sich, auf den Hochzeitsbildern ihrer Tochter ein schönes Lächeln zu haben, und möchte daher eine neue prothetische Versorgung mit einem aufgeklebten Schmuckstein im OK.

4.1.3 Das Interview

Die oben beschriebenen Fallvignetten wurden den Probanden zum Lesen ausgehändigt bzw. vom Autor vorgelesen. Anschließend wurden die nachfolgenden Fragen gestellt.

Zu Fall I

F: Stellen Sie sich vor, Sie sind an der Stelle von Dr. E., und Herr M. stellt sich ihnen als Patient vor. Angenommen, Sie stellen in dem Moment, in dem Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, fest, dass Herr M. aufgrund seines seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen, oder Desinteresse zeigt. Würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

F: Falls der Patient der Behandlung ablehnend gegenüber stünde: Würden Sie versuchen ihn zu überreden?

F: Könnten Sie sich vorstellen, vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. E. versetzen: Wie würden Sie Ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den der Patient aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Zu Fall II

F: Stellen Sie sich vor, Sie sind an der Stelle von Dr. K. und Frau R. stellt sich Ihnen als Patientin vor. Angenommen Sie stellen in dem Moment, in dem Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, fest, dass Frau R. aufgrund ihres seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt. Würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

F: Falls die Patientin der Behandlung ablehnend gegenüberstünde: Würden Sie versuchen sie zu überreden?

F: Könnten Sie sich vorstellen, vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungsansatzes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. K. versetzen: Wie würden Sie Ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben?

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Zu Fall III

F: Stellen Sie sich vor, Sie sind an der Stelle von Dr. M. und Frau R. stellt sich Ihnen als Patientin vor. Könnten Sie sich vorstellen, vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

F: Wenn Sie sich in die Lage der Zahnärztin Dr. M. versetzen: Wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben?

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

F: Würden Sie die Patientin anders beraten?

F: Für wie sinnvoll halten Sie eine solche Versorgung?

F: Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Kosten aufkommen? Die Solidargemeinschaft mit dem üblichen Anteil oder die Patientin selbst aufgrund der kurzen Tragedauer?

4.1.4 Qualitative Auswertung des Interviews

Um dem deskriptiven Charakter der vorliegenden Arbeit und der gewählten Annäherung an das Thema gerecht zu werden, wurde für die Auswertung der erhobenen Daten eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Diese stellt eine systematische und intersubjektiv überprüfbare Textanalysemethode dar, die sich insbesondere für die Auswertung von Interviews eignet. Da die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zumeist quantitativ weiterverarbeitet werden (wie z.B. in der vorliegenden Arbeit in Form von Kategorienhäufigkeiten), nimmt sie eine Zwischenstellung zwischen den qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden ein und wird auch der sog. *mixed methodology* zugerechnet (Mayring 2002).

Die Systematik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring legt zunächst das auszuwertende Material fest, das somit den *Corpus* der Analyse bildet. Dieser sollte nur unter bestimmten, begründbaren Umständen während der Analyse erweitert oder verändert werden. Danach wird die Entstehungssituation des Materials analysiert, es muss beschrieben werden von wem und unter welchen Umständen das zu analysierende Material entstanden ist. Schließlich müssen die formalen Charakteristika des Materials beschrieben werden. Nachdem nun das Ausgangsmaterial der Untersuchung klar definiert ist, wird durch die Festlegung der Richtung der Analyse im nächsten Teilschritt der zu untersuchende Gegenstand (z.B. Wirkung eines Textes auf die Zielgruppe oder Aussagen über den im Text behandelten Gegenstand) definiert. Anschließend findet eine theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung statt. Dieser Schritt stellt heraus, dass die Analyse einer präzisen, theoretisch begründeten inhaltlichen Fragestellung folgt. Abschließend wird das definierte Material in Richtung auf den zu untersuchenden Gegenstand analysiert. Je nach Art des Materials und der Fragestellung gibt es eine Vielzahl von Analysemethoden.

Die in dieser Arbeit angewandte Methode ist die zusammenfassende Inhaltsanalyse, die unter 4.1.4.7 beschrieben wird.

4.1.4.1 *Festlegung des Materials:*

Die ausgewählten Interviewstellen aus der Studie „Ethische Aspekte der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten“ umfassen alle Antworten der Probanden nach Transkription.

Im Einzelnen handelt es sich um:

Fall	Approbation	Tätigkeit
Z1	Facharzt MKG	hauptsächlich Klinik
Z2	Assistenzarzt MKG	hauptsächlich Klinik
Z3	Zahnärztin	hauptsächlich niedergelassen
Z4	Zahnarzt	hauptsächlich niedergelassen
Z5	Assistenzarzt MKG	hauptsächlich Klinik
Z6	Fachzahnarzt Oralchirurgie	hauptsächlich niedergelassen
Z7	Chefarzt MKG	hauptsächlich Klinik

Alle Sieben sind seit mehr als fünf Jahren kurativ tätig und haben regelmäßigen Kontakt mit Palliativpatienten. Die Interviewteilnehmer wurden vom Interviewer direkt angesprochen. Es wurden so lange neue Probanden befragt, bis sich keine neuen Aussagen ergaben und die Untersuchung somit gesättigt war.

4.1.4.2 *Analyse der Entstehungssituation:*

Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Bei den Gesprächen handelte es sich um halbstrukturierte und offene Interviews. Die Interviews fanden im Rahmen der hier vorliegenden Studie statt und wurden vom Autor selbst durchgeführt. Sie fanden entweder in Arztzimmern oder in Besprechungsräumen statt, also immer am Arbeitsplatz der Probanden.

4.1.4.3 *Formale Charakteristika des Materials:*

Die Interviews wurden mit Tonband aufgenommen anschließend transkribiert. Dabei wurden folgende Transkriptionsanweisungen vorgegeben:

- Vollständig und wörtlich transkribieren (Unvollständigkeiten und Wiederholungen belassen).
- "Ähm" und Ähnliches kann weggelassen werden; Dialektfärbungen werden eingedeutscht. Echte Dialektausdrücke jedoch bleiben und werden nach Gehör geschrieben.
- Unklarheiten durch Punkte (...) kennzeichnen.
- Bei Pausen, Stockungen oder Ähnlichem Gedankenstriche verwenden (–). Bei längeren Pausen mehrere Gedankenstriche verwenden, wenn der Grund der Unterbrechung bekannt ist, diesen in Klammern mit angeben.
- Auch andere Auffälligkeiten wie Lachen, auffälliges Räuspern, oder Ähnliches in Klammern angeben.
- Alle anderen nonverbalen Merkmale, die zum inhaltlichen Verständnis beitragen, ebenfalls in Klammern angeben.
- Wenn der Interviewer eine Frage stellt bzw. redet, das Symbol „F“ ganz an den Rand setzen, danach Doppelpunkt und zwei Leerzeichen. Wenn mehr als eine Zeile gesprochen wird, bitte wieder ganz am Rand anfangen.
- Wenn der Interviewte spricht, „Z“ für Zahnarzt verwenden.

4.1.4.4 *Richtung der Analyse:*

Die Studie ist deskriptiv ausgelegt. Die Probanden sollen durch das Interview dazu angeregt werden, über ihren Zugang zur Behandlung von Palliativpatienten und über ihre Gefühle gegenüber den Betroffenen zu berichten sowie eine moralische Bewertung des vertretbaren Behandlungsumfanges im jeweiligen Fall vorzunehmen. Nach dem Inhaltsanalytischen Kommunikationsmodell (Mayring 2002) ist die Analyse darauf ausgerichtet, durch die Antworten Aussagen über den emotionalen und kognitiven Handlungshintergrund der Kommunikatoren machen zu können.

4.1.4.5 *Theoretische Differenzierung der Fragestellung:*

Das erhobene Material enthält Aussagen der Interviewten über ihre Erfahrungen und ihren Umgang mit Palliativpatienten. Im Rahmen dieser Studie wurde untersucht, welche Formen der Arzt-Patient-Beziehung vorliegen. Ferner wurde analysiert, ob eine Behandlung von Palliativpatienten im Sinne einer ärztlichen oder

medizinischen Indikation überhaupt sinnvoll erscheint und ob die Grundlage einer Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft gegeben ist.

Fragestellung 1: Welche Art der Arzt-Patient-Beziehung liegt bei der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten vor?

Fragestellung 2: Ist die zahnärztliche Behandlung von Palliativpatienten gerechtfertigt?

Fragestellung 3: Ist die Kostenübernahme zahnärztlicher Leistungen bei Palliativpatienten durch die Solidargemeinschaft gerechtfertigt?

4.1.4.6 *Art der Auswertung:*

Da die für die Untersuchung relevanten Daten sich nicht aus der semantischen Qualität der Aussagen ergeben und auch ein quantitativer Aspekt Berücksichtigung finden sollte, wurde für die qualitative Auswertung die zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt. Diese Form der Inhaltsanalyse folgt einem klaren Ablaufmodell, in dem zunächst die Analyseeinheiten bestimmt werden. Hierbei legt die *Kodiereinheit* fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf und was der kleinste Textanteil ist, der unter die Kategorie fallen kann. Die *Kontexteinheit* legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen darf. Die *Auswertungseinheit* legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.

Kodiereinheit: Einzelne Aussagen auf eine Frage.

Kontexteinheit: Logisch zusammenhängendes Bild, das sich aus einer Reihe von Antworten verschiedener Individuen ergibt.

Auswertungseinheit: Zunächst Aussagen eines einzelnen Individuums, anschließend Aussagen verschiedener Zahnärzte zu der selben Frage.

Die dadurch erhaltenen Textbestandteile werden paraphrasiert, was bedeutet, dass alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile gestrichen werden (z.B. Wiederholungen). Anschließend werden die übriggebliebenen, inhaltstragenden Textbestandteile auf eine einheitliche Sprachebene gebracht und in die grammatikalische Kurzform überführt.

An die Paraphrasierung schließt sich eine Generalisierung auf ein einheitliches Abstraktionsniveau an. Hierzu werden die Gegenstände der Paraphrasen auf eine definierte Abstraktionsebene generalisiert, so dass die alten Gegenstände und die neu formulierten implizit sind. Die Satzaussagen werden auf die gleiche Weise behandelt, wobei Paraphrasen die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen belassen werden.

Es folgt gemäß der Auswerteeinheit eine Reduktion. Hierbei werden sich wiederholende und bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen. Die Paraphrasen die weiterhin zentral inhaltstragend sind werden nun übernommen und zur Erstellung der Kategorien (hier K1-Kn) genutzt, welche im Zentrum der Analyse stehen.

Bei der in dieser Studie durchgeführten zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurden in der Auswertungseinheit zwei Schritte vorgegeben, also folgt eine zweite Reduktion. Hier werden nun, ähnlich wie bei der ersten Reduktion die inhaltsgleichen Kategorien (K1-Kn) gestrichen und Kategorien mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammengefasst (K'1-K'n).

4.2 ERGEBNISSE

4.2.1 Indikationen

Die im ersten Teilschritt der Studie durchgeführte Recherche führte zur Stellung folgender Indikationen zahnärztlichen Behandeln von Palliativpatienten:

- Fokussuche vor Immunsuppression
- Einstellen und Aufrechterhalten der Mundhygiene
- Therapie von Candida-Infektionen
- Therapie von Mucositis und Stomatitis
- Therapie von Xerostomie und Dysphagien
- Beseitigen von Prothesendruckstellen und Reparatur von Zahnersatz
- Wiederherstellen und Verbessern des äußeren Erscheinungsbildes

4.2.2 Ethische Aspekte

Auf der Basis dieser Indikationen wurde eine zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) durchgeführt, um die ethische Qualität der Indikationen, die Art der Arzt-Patient-Beziehung und die Frage nach Kostenerwägungen bei der Therapie untersuchen zu können. Sie lieferte folgende Ergebnisse:

Tab. 1 Erster Durchgang der Zusammenfassung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z1	1	1	Ja	Würde auf Therapie hinwirken	K 1 Bei klarer Evidenz für ein geplantes Vorgehen wird versucht den Patienten zu lenken: <ul style="list-style-type: none"> • Nachdruck • Überreden • Reduktion der Aufklärung • Patient profitiert
Z1	1	2	Ja	Überreden würde versucht	
Z1	1	3	Ja	Reduzierte Aufklärung möglich	
Z1	1	4	Ich habe kein Problem mit dem Patienten, also nur kurzzeitiges Desinteresse ist für mich nichts weshalb man eine Therapie abbrechen soll.	Professioneller Zugang beharrlich	
Z1	2	5	Ja	Patient profitiert vom geplanten Vorgehen	
Z1	2	6	Ja	Würde auf Therapie hinwirken	
Z1	2	7	Ja	Überreden würde versucht	
Z1	2	8	Ja	Reduzierte Aufklärung möglich	
Z1	2	9	Hm, ein bisschen Mitleid, aber neutral glaube ich	Professioneller Zugang	
Z1	2	10	Ja, das ist ja kein großer Aufwand, da so ein bisschen Nystatincreme zu nehmen. Also bei so wenig Aufwand auf jeden Fall.	Geringer Aufwand Großer Nutzen	
Z1	3	11	Ja	Reduzierte Aufklärung möglich	K 2 Indikation ist durch Aufwand zu Nutzen Relation gerechtfertigt (medizinisch)
Z1	3	12	Auch neutral	Professioneller Zugang	
Z1	3	13	Ja	Patient würde profitieren	
Z1	3	14	So im Großen und Ganzen trage ich das aber so mit.	Akzeptanz des Patientenwunsches	
					K3 Bereitschaft den Therapiewunsch des Patienten wie gewünscht zu erfüllen, wenn dieser klar artikuliert ist.

Tab. 1 Fortsetzung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z1	4	15	sehr sinnvoll, weil es der Patientenwunsch ist und wir wollen ihr ja was Gutes tun für die Hochzeit	Sinnvoll für den Patienten	K4 Übernahme durch Solidargemeinschaft befürwortet. K5 Bei klarer Evidenz für geplantes Vorgehen wird der Patient intensiv beraten, jedoch nicht gelenkt <ul style="list-style-type: none"> • Überreden würde versucht, nicht um jeden Preis • Reduzierte Aufklärung nicht möglich • Professioneller Zugang
Z1	4	16	nein die Solidargemeinschaft	Übernahme durch Solidargemeinschaft	
Z2	1	17	Ja	Würde auf Therapie hinwirken	
Z2	1	18	vielleicht würde ich es nochmal probieren und wenn es dann nicht von Erfolg gekrönt ist, dann lassen. Ein Versuch vielleicht noch.	Überreden würde versucht, nicht um jeden Preis	
Z2	1	19	Nein	Reduzierte Aufklärung nicht möglich	
Z2	1	20	Ich glaube ich hätte kein Mitleid oder ähnliches, ich würde den Patienten behandeln wie jeden anderen auch, also mit Aufklärung und allem Drum und Dran.	Professioneller Zugang	
Z2	1	21	Ja, sonst hätte ich die Indikation ja nicht gestellt.	Patient profitiert vom geplanten Vorgehen	
Z2	2	22	Ja	Würde auf Therapie hinwirken	
Z2	2	23	Noch einmal probieren und wenn es dann nicht funktioniert dann seinlassen	Überreden würde versucht, nicht um jeden Preis	
Z2	2	24	Nein. Ich würde schon alles aufklären	Reduzierte Aufklärung nicht möglich	

Tab. 1 Fortsetzung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z2	2	25	keine wirklichen Gefühle	Professioneller Zugang	K6 Indikation ist durch Aufwand zu Nutzen Relation gerechtfertigt (medizinisch) K7 Bereitschaft den Therapiewunsch des Patienten wie gewünscht zu erfüllen, wenn dieser klar artikuliert ist. K8 Übernahme durch Solidargemeinschaft befürwortet.
Z2	3	26	Ja	Patient profitiert vom geplanten Vorgehen	
Z2	3	27	Klar könnte ich mir das vorstellen	Reduzierte Aufklärung möglich	
Z2	3	28	Professionell, ich würde keine Gefühle präsentieren	Professioneller Zugang	
Z2	3	29	(..) ob ich sie auf eine andere Schiene beraten würde. Nein, dann nicht.	Akzeptanz des Patientenwunsches	
Z2	3	30	(...),denn es ist ihr Wille und man kann das gut nachvollziehen in der Situation. Schon sinnvoll, grad hier in dem Fall, schon.	Sinnvoll für den Patienten	
Z2	4	31	Also vielleicht in Anteilen, dass die Solidargemeinschaft den normalen Anteil übernimmt und alles, was extra ist, muss sie zahlen. (...) Die normalen Kosten sollten so getragen werden wie bei allen anderen auch.	Übernahme durch Solidargemeinschaft	
Z3	1	32	einen weiteren Termin vereinbaren, zur Aufklärung, zum Aufklärungsgespräch, um ihm Gelegenheit zu geben, das Gehörte zu verarbeiten. (...)nochmal versuchen, ihm die Dringlichkeit der Behandlung zu erläutern.	Würde auf Therapie hinwirken	

Tab. 1 Fortsetzung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z3	1	33	Die Einwilligung in eine Behandlung muss der Patient schlussendlich selber geben. Es macht keinen Sinn eine Behandlung durchzuführen, die der Patient grundsätzlich ablehnt. (...) man lässt ihn unterschreiben, dass er die Behandlung ablehnt, kommen interessante Reaktionen vom Patienten zutage.	Überreden würde versucht, nicht um jeden Preis	K9 Arzt favorisiert klar die Therapie, Einflussnahme ist jedoch stark von der Bereitschaft des Patienten und dem Dialog abhängig. K 10 Umfassende Aufklärung obligat Professionalität K11 Patient profitiert von der Behandlung
Z3	2	34	Nein	Reduzierte Aufklärung nicht möglich	
Z3	2	35	(...)es ist wichtig, auf die persönliche Situation des Patienten einzugehen, es bringt aber keine Vorteile für die Behandlung mit sich, wenn ich mich persönlich damit belaste. Was ich nicht tue.	Professioneller Zugang	
Z3	2	36	In diesem Fall, ja.	Patient profitiert vom geplanten Vorgehen	
Z3	2	37	Ja	Würde auf Therapie hinwirken	

Tab. 1		Fortsetzung			
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z3	3	38	Die Behandlung, die hier geplant ist hätte keinerlei Nachteile für die Patientin. Insofern würde ich ihr vielleicht eine schriftliche Aufklärung mitgeben und sie wieder einbestellen zu einem weiteren Aufklärungstermin	Kein Nachteil für die Patientin. Würde auf Therapie hinwirken.	K 12 Achtung des Patientenwunsches
Z3	3	39	Nein	Reduzierte Aufklärung nicht möglich	
Z3	3	40	Das Gleiche wie bei dem ersten Fall.	Professioneller Zugang	
Z3	3	41	Ja	Der Patient profitiert vom geplanten Vorgehen	
Z3	3	42	Nein	Reduzierte Aufklärung nicht möglich	
Z3	3	43	Das gleiche, wie oben, professionell.	Professioneller Zugang	
Z3	4	44	Ja	Patientin profitiert vom geplanten Vorgehen	
Z3	4	45	Nichtsdestotrotz sollte angestrebt werden, eine zufriedenstellende Versorgung zu erreichen, mit der der Patient gut und glücklich ist, um in der verbliebenen Zeit die maximal mögliche Lebensqualität zu ermöglichen.	Akzeptanz des Patientenwunsches	
Z3	4	46	Sehr sinnvoll	Patientin profitiert	

Tab. 1		Fortsetzung			
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z3	4	47	Daher bin ich der Überzeugung, dass solche Dinge von den Krankenkassen und somit von der Solidargemeinschaft getragen werden sollten.	Übernahme durch Solidargemeinschaft	K13 Übernahme durch Solidargemeinschaft befürwortet K 14 Arzt favorisiert klar die Therapie, Einflussnahme ist jedoch stark von der Bereitschaft des Patienten und dem Dialog abhängig. K 15 Umfassende Aufklärung obligat Professionalität
Z4	1	48	Ich würde ihm das nochmal genau erklären. . Ganz genau, was das Unterlassen der Therapie für ihn bedeuten würde und würde ihm das sehr nahelegen. Natürlich, wenn er das nicht möchte, würde ich ihm auch gerne noch eine Bedenk Frist einräumen.	Würde auf Therapie hinwirken	
Z4	1	49	Ich würde es zunächst versuchen, ja	Überreden würde versucht, nicht um jeden Preis	
Z4	1	50	Nein	Reduzierte Aufklärung nicht möglich	
Z4	1	51	Also grundsätzlich ist es so, dass man natürlich irgendwo versucht, sich über diese Situationen klar zu werden und natürlich hat man irgendwo so ein gewisses Mitleid. Allerdings ist es gerade hier so, dass wir sehr oft diese Patienten haben und dementsprechend würde ich schon versuchen, das weitestgehend abzuarbeiten.	Professioneller Zugang	

Tab. 1					Fortsetzung	
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	
Z4	2	52	Bei dem gegebenen geringen Aufwand, auf jeden Fall.	Geringer Aufwand Großer Nutzen	K 16 Patient profitiert ohne Nachteil	
Z4	2	53	ja	Würde auf Therapie hinwirken		
Z4	2	54	Ich würde versuchen sie zu überreden, weil es natürlich für sie einiges an Lebensqualität geben würde.	Versuch zu überreden Patientin profitiert		
Z4	2	55	Nein	Reduzierte Aufklärung nicht möglich		
Z4	3	56	Also, da muss ich sagen, da stände ich der Sache sehr neutral gegenüber.	Professioneller Zugang		
Z4	3	57	Bei dem geringen Aufwand und dem großen Erfolg, den man dadurch haben könnte, auf jeden Fall.	Geringer Aufwand Großer Nutzen		
Z4	3	58	In geringerem Umfang sicher nicht, nein.	Reduzierte Aufklärung nicht möglich		
Z4	3	59	Ich hätte sicherlich bei der Geschichte besonders bei dem jungen Alter da Mitleid, aber auch ein gewisses Wohlwollen der Patientin gegenüber, ihr da einen ihrer letzten Wünsche noch erfüllen zu können.	Mitleid Wohlwollen	K 17 Emphatischer Zugang	

Tab. 1					
Fortsetzung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z4	3	60	(...)wenn man es jetzt objektiv betrachtet, wird es den Aufwand sicherlich nicht rechtfertigen (...)Allerdings, wenn man jetzt die subjektive Empfindung der Patientin sieht und es ihr Wunsch ist bei der Hochzeit der Tochter nochmal gut auszusehen, dann ist das eigentlich jeden Aufwand wert.	Verständnis und Akzeptanz für den Wunsch der Patientin	K 18 Achtung des Patientenwunsches Zu Lasten der Solidargemeinschaft Keinen Unterschied zu ansonsten gesunden Patienten
Z4	3	61	(...)grundsätzlich würde ich sie ähnlich beraten. Da sie ja auf jeden Fall eine vernünftige ansehnliche Prothese benötigt.	Verständnis und Akzeptanz für den Wunsch der Patientin	
Z4	3	62	Da muss man ganz klar sagen, ist der Zahnersatz medizinisch nicht unbedingt nötig. Allerdings im Vergleich zu dem psychischen Schaden, den die Patientin dadurch erleiden könnte ist es wirklich kein großer Aufwand und insofern würde ich das schon als sehr sinnvoll erachten.	Befürwortung der gewünschten Versorgung ungeachtet der Lebenserwartung	
Z4	3	63	Da bin ich der vollen Überzeugung, dass das durch die Solidargemeinschaft getragen werden sollte, natürlich sind Besonderheiten privat abzurechnen.	Befürwortete Übernahme durch Solidargemeinschaft	

Tab. 1 Fortsetzung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z5	1	64	Nicht unbedingt. (...)würde ich dem Patienten schon sagen, dass es wichtig ist, dass therapiert wird, auch wenn er krank ist.	Würde auf Therapie hinwirken	K 19 Hinwirken auf Therapie, jedoch keinesfalls gegen den Willen des Patienten K 20 Reduzierte Aufklärung nicht denkbar K 21 Professioneller Zugang K22 Patient profitiert
Z5	1	65	Nein	Kein Überreden	
Z5	2	66	Ja klar, alles was man vor hat sollte man schon aufklären und da auch, warum, wieso, weshalb.	Reduzierte Aufklärung nicht denkbar	
Z5	2	67	Als Arzt versucht man ja dem Patienten zu helfen und in dem Sinne so zu helfen, dass es ihm besser geht.	Professioneller Zugang	
Z5	2	68	Also wenn ein Patient nur noch palliativ läuft, würde ich da nicht mehr viel machen. Also ich würde schon noch was machen, wenn er stärkere Blutungen hat, höhere Entzündungsgrade Gingivahyperplasie etc. würde ich ihm auf jeden Fall sagen „Hier das sollte man irgendwie mit einer professionellen Zahnreinigung machen, vielleicht mit geschlossener Kürettage“, dass er da weniger Beschwerden hat, dann wäre es gerechtfertigt. (...) ich denke schon, dass er davon profitiert.	Patient profitiert vom geplanten Vorgehen	

Tab. 1		Fortsetzung			
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z5	3	69	Ich würde ihr auf jeden Fall raten das zu machen und gegebenen Falls raten das später nochmal zu besprechen. Auf jeden Fall dranbleiben.	Würde auf Therapie hinwirken	K 23 Lenken des Patienten durch gezielte Information
Z5	3	70	Ich würde die Patientin aufklären und ihr sagen, dass es ihre eigene Entscheidung ist. Aber auf jeden Fall würde ich ihr auch die Konsequenzen darlegen.	Nachdrücklich Beraten	
Z5	3	71	Ja	Aufklärung in geringerem Umfang möglich	
Z5	3	72	F: Also eher abgeklärt, professionell oder... Z5: Ja, denke ich schon	Professioneller Zugang	
Z5	4	73	Ja	Patientin profitiert	
Z5	4	74	Ja, kann ich mir schon vorstellen. Es hängt aber auch immer von der Patientin ab, wie sie es aufnimmt. Ich würde sagen, in solchen Fällen sollte man nur das wichtigste und nötigste erzählen.	Reduzierte Aufklärung möglich.	
Z5	4	75	Auch wie Vorhin, professionell würde ich sagen.	Professioneller Zugang	
Z5	4	76	Ja	Patientin profitiert	

Tab. 1					
Fortsetzung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z5	4	77	Nein	Akzeptanz des Patientenwunsches	K 24 Achtung des Patientenwunsches
Z5	5	78	Sinnvoll in dem Sinne, jetzt nicht aus mastikatorischer Sicht wegen der Kaufunktion, denn die alte Prothese könnte man genauso gut unterfüttern und damit die Ernährungsfunktion wieder herstellen. Ich denke mal, aus psychologischer Sicht ist das hier angezeigt.	Patientin profitiert	
Z5	5	79	Da sollte es schon so laufen, dass die Gemeinschaft das trägt. Vielleicht mit einem kleinen Eigenanteil, aber so, dass der Patient wirklich die Möglichkeit hat so was zu bekommen.	Übernahme durch Solidargemeinschaft wird befürwortet.	
Z6	1	80	Dem Therapiekonzept des Kollegen kann ich mich anschließen,(...) ich würde ihm einen Zeitplan erstellen, in welchem Rahmen das Ganze möglich ist und ihn dann fragen, ob dieser Zeitplan und die Art und Weise der Behandlung auf seine Zustimmung stößt.	Würde auf eine Therapie hinwirken	

Tab. 1		Fortsetzung			
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z6	2	81	<p>(...)ich würde dem Patienten die Risiken klar erläutern, ich würde dem Patienten immer Bedenkzeit geben. (...) Ich würde ihn aber dennoch als Arzt darüber aufklären, was passieren könnte und in welcher Art und Weise seine Lebensqualität beeinträchtigt ist.</p> <p>(...)Das allgemeine medizinische Grundproblem des Patienten steht für mich aber ganz klar im Vordergrund.</p>	Versuch den Patienten durch gezielte Informationsgabe zu „lenken“	<p>K 26 Hinwirken auf Therapie durch gezielte Information oder verkürzte Aufklärung, bei geringem Informationsfluss vom Patienten</p>
Z6	2	82	<p>Ja, das kann ich mir gut vorstellen. Was ich aber auch sehr gerne mache, bei solchen Patienten, dass ich ihnen einen zweiten Termin anbiete, mit ihren Angehörigen. Dass die Angehörigen mich auch fragen können, damit die auch wissen was auf sie zukommt. Das ist mir sehr wichtig, weil ich festgestellt habe, dass die Bedenkzeit beim Zahnarzt von 24 bis 48 Stunden bei Patienten mit einem solchen Befund oft nicht ausreichend ist. Es ist eher so, die persönliche Arzt-Patienten-Beziehung muss stehen.</p> <p>Es darf keine anonyme</p>	Verkürzte Aufklärung möglich, bei gegenseitigem Informationsfluss	

Tab. 1		Fortsetzung			
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			<p>Nummer sein, ein Arzt der einfach mal da ist. Sondern der Patient muss den Arzt als definitiven Ansprechpartner haben, das würde ich ihm auch anbieten und ihm auch sagen, dass ich mich da auch nicht aufdrängen, sondern ihn gerne als Patienten haben möchte, aber ihm immer noch Tür und Tor öffne, dass er sich auch andere Behandler suchen kann.</p>		
Z6	3	83	<p>Ich sehe es auf der einen Seite aus der zahnärztlichen Perspektive, wonach die Befunde, die nach schulmedizinischen Regeln zu behandeln sind. Ich denke aber bei mir, das ist meine rein persönliche Meinung, dass die soziale Komponente und die Stimmung passen müssen. Ich würde immer versuchen einen persönlichen Bogen zu schlagen mit Fällen aus dem Patienten und Bekanntenkreis, (...) und ihm das sagen, was ich auch bei meinen Angehörigen machen würde, um so eine persönliche Bindung zu erzeugen.</p>	<p>Professioneller Zugang mit Fokus auf das Individuum</p>	<p>K 27 Professioneller Zugang mit Fokus auf das Individuum</p>

Tab. 1					
Fortsetzung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z6	3	84	Ja	Patient profitiert von der Behandlung	K 28 Patient profitiert
Z6	3	85	Als aller erstes würde ich die Patientin fragen, ob sie einen Leidensdruck verspürt. Sollte sie keinen Leidensdruck verspüren, werde ich das Therapiekonzept natürlich dort einschränken. (...) Ich würde allerdings das Pflegepersonal darauf hinweisen, wie die Prothese zu reinigen ist. (...)Wenn die Patientin selbst zu mir käme und sich beschwerte, dann würde ich natürlich sagen „da gibt es Einiges zu verbessern“, dieses aber auch so schnell wie möglich durchführen.	Reduzierte Aufklärung denkbar Wirkt auf Therapie hin Bei aktiver Beteiligung der Patientin voller Informationsfluss	
Z6	4	86	Da das ja nun für den Tagesablauf der Patientin nun keine weitere Relevanz hat. Ich würde da gucken, wie der Geisteszustand der Patientin ist und		

Tab. 1		Fortsetzung			
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
			gegebenenfalls mit der Tochter Rücksprache halten und ihr die Mundspüllösung zur Wahl hinstellen. In Absprache mit dem Pflegepersonal, denn meistens ist es so, dass die Leute damit nichts anfangen können, wenn aber ein netter Pfleger oder eine nette Schwester kommt und sagen „Wir machen heute mal Mundhygiene, ich zeig Ihnen mal wie das geht.“ Dann halten die Patienten das für selbstverständlich.	Familie wird eingebunden Lenken des Patienten auch durch Pflegepersonal	K 29 Einbinden der Familie auch um zu lenken, bei Desinteresse des Patienten
Z6	5	87	Ja, auf jeden Fall. In einem adäquaten, vereinfachten Umfang, wobei nur wichtige Schlagwörter genommen werden (...)Die weitere Aufklärung würde ich mit der Tochter machen.	Reduzierte Aufklärung möglich Einbindung der Angehörigen	
Z6	5	88	Natürlich muss man mit der richtigen Empathie drangehen. (...) Ich würde versuchen, dieser Dame die letzten Lebensmonate und Jahre angenehm zu gestalten und durch minimale Maßnahmen einen maximalen Benefit für sie rausholen.	Professionell emphatischer Zugang	

Tab. 1			Fortsetzung		
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z6	5	89	Ja	Patientin profitiert	
Z6	6	90	Nein, die Aufklärung würde ich schon machen, damit sie das Gefühl hat und ihr klar wird, dass sie trotz ihrer schweren Grunderkrankung die gleichen Rechte hat wie jeder andere Patient auch. ich würde sie im positiven so aufklären, als hätte der Patient eine uneingeschränkte gute Prognose. (...)Wobei ich die Langzeitaufklärung etwas vernachlässigen würde. Ich würde aber versuchen raus zuhören, was sie möchte, also wenn sie mich jetzt nach der Haltedauer dieser Prothese fragen würde, würde ich auch wahrheitsgemäß antworten und ihr auch eine zweistellige Zahl nennen. Auch um zu gucken, wie sie das ganze realisiert hat mit ihrer Krankheit.	Reduzierte Aufklärung grundsätzlich möglich Informationsfluss als Mittel zur Einschätzung des Gegenüber	K 30 Informationsfluss als Mittel zur Einschätzung des Gegenüber

Tab. 1		Fortsetzung			
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z6	6	91	Ich kann das verstehen, dass sie dort diesen Wunsch verspürt und ich würde versuchen dort diesem Wunsch zu entsprechen, wahrscheinlich wird sehr viel Mitleid mit in der ganzen Behandlung liegen.	Professioneller emphatischer Zugang	K 31 Achtung des Patientenwunsches
Z6	6	92	Auf jeden Fall, denn es ist ihr persönlicher Wunsch und dieser Patientenwunsch ist zu akzeptieren und zu respektieren. Wenn sie das so wünscht werde ich ihrem Wunsch entsprechen.	Akzeptanz des Patientenwunsches	
Z6	6	93	Nein	Akzeptanz des Patientenwunsches	
Z6	6	94	Für absolut sinnvoll, da sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Patientin unglaublich weiterhilft und allein die Annahme des Behandlungswunsches der Patientin ihren psychischen Allgemeinzustand unglaublich aufwertet. (...) Dann würde ich versuchen ihr diesen sogenannten letzten Wunsch zu erfüllen.	Patientin profitiert	

Tab. 1 Fortsetzung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z6	7	95	Das sollte die Solidargemeinschaft tragen, da wir ja auch bei uns Beiden nie wissen können, wann es vorbei ist. Also das ist eine ganz klare Aussage meinerseits, ich halte es für menschenunwürdig eine Versorgung von der Lebenserwartung eines Patienten abhängig zu machen.	Befürwortet Übernahme durch Solidargemeinschaft	K 32 Übernahme durch Solidargemeinschaft, wie bei einem ansonsten gesunden Patienten auch K 33 Lenken des Patienten ohne Druck „passiv“ bei geringer Informationsgabe durch den Patienten K 34 Professioneller, emphatischer Zugang
Z7	1	96	Nein	Kein Hinwirken auf eine Therapie	
Z7	1	97	Ich würde Ihm, in verständlichen Worten, die Situation aus Sicht des Behandlers erläutern. Aber nicht auf eine (-) druckmachende Weise	Überreden nur durch Information (passiv)	
Z7	1	98	Ja, man klärt vereinfacht auf und wenn der Patient keine Beschwerden hat kann man eine solche Behandlung auch später oder gar nicht durchführen.	Reduzierte Aufklärung möglich	
Z7	1	99	Mitfühlend, man versucht sich in diese Situation, diese terminale Situation hinein zu versetzen, was natürlich nicht gelingt aber aus diesem Versuch heraus eine sinnvolle und Stadien gerechte Therapie zu empfehlen.	Professioneller, emphatischer Zugang	

Tab. 1 Fortsetzung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z7	2	100	Ja das berechtigt schon. Ja das würde ich auch so machen. (...)das berechtigt das sicherlich, ganz sicher.	Patient profitiert	K 35 Patient profitiert K 36 Aktives Hinwirken auf eine Therapie
Z7	2	101	Ja	Würde auf Therapie hinwirken	
Z7	2	102	Ich würde versuchen sie zu überreden und der Patientin klar zu machen, dass die bei ihr geplante Therapie zu einer Verstärkung der Candidiasis führen kann.	Überreden	
Z7	2	103	Ja	Reduzierte Aufklärung denkbar	
Z7	2	104	Im Grunde müsste man dort als Zahnarzt, grad in so einer Situation die Maßnahmen wirklich auf das aller notwendigste beschränken. Also ich würde bei der Patientin denken „was machen die da eigentlich mit der?“	Emphatisch von Mitleid geprägt	
Z7	3	105	Das Beides könnte vielleicht eine leichte Verbesserung der Lebensqualität bewirken, ohne großen Aufwand, so dass ich finde dass das in einem richtigen Verhältnis steht	Geringer Aufwand großer Nutzen für die Patientin	

Tab. 1 Fortsetzung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z7	3	106	Ja, ich würde also eher versuchen es genauso zu machen, wie sie es möchte.	Akzeptanz des Patientenwunsches	K 37 Achtung des Patientenwunsches
Z7	3	107	Also in solch einer Situation meine ich, dass man das was der Patient wünscht und wenn es, sagen wir mal: medizinisch einigermaßen zu vertreten ist und zu bezahlen ist, dann sollte man das auch tun.	Emphatisch, beistehend	
Z7	3	108	Ja	Patientin profitiert	
Z7	4	109	Da würde ich das gleiche sagen, also wenn es machbar ist und das bezahlbar ist, dann sollte man es auch tun.	Übereinstimmung mit den Vorstellungen der Patientin	
Z7	4	110	Sinnvoll	Übereinstimmung mit den Vorstellungen der Patientin	

Tab. 1		Fortsetzung			
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Z7	4	111	Das ist eine Einzelfallentscheidung, im Prinzip die Krankenkasse, so wie die Regeln sind und wenn dann das nicht reicht, so denke ich, muss man eine Einzelfallentscheidung herbeiführen oder gucken, ob jemand anderes das bezahlt, wenn die Patientin das nicht bezahlen kann. Aber ich glaube nicht, dass man daraus eine allgemeine Regel machen kann. Man kann jetzt nicht bei jedem, der terminal krank ist, alles bezahlen lassen, das geht nicht. (...) Würde ich sagen, es gibt auch viele Fälle, in denen der Zahnarzt stillschweigend den Privatanteil selbst zahlt.	Solidargemeinschaft sollte die Kosten Tragen	K 38 Übernahme durch Solidargemeinschaft kein Unterschied zu ansonsten gesunden Patienten.

Tab. 2 Zweiter Durchgang Zusammenfassung der				
Fall	Kat.	Extrakt	Generalisierung	Reduktion
1	1	Bei klarer Evidenz für ein geplantes Vorgehen wird der Patient zu lenken versucht: <ul style="list-style-type: none"> • Nachdruck • Überreden • Reduktion der Aufklärung • Patient profitiert 	„Lenken“ des Patienten durch: <ul style="list-style-type: none"> • Nachdruck • Überreden • Reduktion der Aufklärung • Patient profitiert 	K`1 „Lenken“ des Patienten durch: <ul style="list-style-type: none"> • Nachdruck • Überreden • Reduktion der Aufklärung Jedoch ist das Maß der Einflussnahme durch den Behandelnden/Aufklärenden in starkem Maße davon abhängig wie klar und zielgerichtet sich der Patient äußert bzw. Einfluss nehmen möchte.
1	2	Indikation ist durch Aufwand zu Nutzen-Relation gerechtfertigt (medizinisch)	Indikation ist durch Aufwand zu Nutzen Relation gerechtfertigt (medizinisch)	
1	3	Bereitschaft den Therapiewunsch des Patienten wie gewünscht zu erfüllen, wenn dieser klar artikuliert ist.	Bereitschaft den Therapiewunsch des Patienten wie gewünscht zu erfüllen, wenn dieser klar artikuliert ist.	
1	4	Übernahme durch Solidargemeinschaft befürwortet.	Übernahme durch Solidargemeinschaft	K`2 Die Solidargemeinschaft soll mit dem üblichen Anteil für die Behandlung aufkommen, ohne die zu erwartende kurze Restlebensdauer zu berücksichtigen
2	5	Bei klarer Evidenz für geplantes Vorgehen wird der Patient intensiv beraten, jedoch nicht gelenkt <ul style="list-style-type: none"> • Überreden würde versucht, nicht um jeden Preis • Reduzierte Aufklärung nicht 	Maß der Beeinflussung abhängig von Informationsfluss	

Tab. 2		Fortsetzung		
Fall	Kat.	Extrakt	Generalisierung	Reduktion
		<ul style="list-style-type: none"> • möglich • Professioneller Zugang 		K`3 Es muss in jedem Fall umfassend aufgeklärt werden. K`4 Unter Berücksichtigung der Situation des Patienten, kann verkürzt aufgeklärt werden. Auch um den Patienten (passiv) zu lenken. K`5 Professionelle Herangehensweise. Empathische Herangehensweise. K`6 Der Patient profitiert in jedem der drei Fälle von der geplanten Therapie.
2	6	Indikation ist durch Aufwand zu Nutzen Relation gerechtfertigt (medizinisch)	Patient profitiert	
2	7	Bereitschaft den Therapiewunsch des Patienten wie gewünscht zu erfüllen, wenn dieser klar artikuliert ist.	Achtung des Patientenwunsches	
2	8	Übernahme durch Solidargemeinschaft befürwortet.	Übernahme durch Solidargemeinschaft	
3	9	Arzt favorisiert klar die Therapie, Einflussnahme ist jedoch stark von der Bereitschaft des Patienten und dem Dialog abhängig.	Maß der Beeinflussung abhängig von Informationsfluss	
3	10	Umfassende Aufklärung obligat Professionalität	Umfassende Aufklärung obligat Professionalität	
3	11	Patient profitiert von der Behandlung	Patient profitiert	
3	12	Achtung des Patientenwunsches	Achtung des Patientenwunsches	
3	13	Übernahme durch Solidargemeinschaft befürwortet	Übernahme durch Solidargemeinschaft	

Tab. 2		Fortsetzung		
Fall	Kat.	Extrakt	Generalisierung	Reduktion
4	14	Arzt favorisiert klar die Therapie, Einflussnahme ist jedoch stark von der Bereitschaft des Patienten und dem Dialog abhängig.	Maß der Beeinflussung abhängig von Informationsfluss	
4	15	Umfassende Aufklärung obligat Professionalität	Umfassende Aufklärung obligat Professionalität	
4	16	Patient profitiert ohne Nachteil	Patient profitiert	
4	17	Emphatischer Zugang	Emphatischer Zugang	
4	18	Achtung des Patientenwunsches Zu Lasten der Solidargemeinschaft Keinen Unterschied zu ansonsten gesunden Patienten	Übernahme durch Solidargemeinschaft Therapie Anspruch wie „gesunder“ Patient	
5	19	Hinwirken auf Therapie, jedoch keinesfalls gegen den Willen des Patienten	Maß der Beeinflussung abhängig von Informationsfluss	
5	20	Reduzierte Aufklärung nicht denkbar	Umfassende Aufklärung obligat	
5	21	Professioneller Zugang	Professionalität	
5	22	Patient profitiert	Patient profitiert	
5	23	Lenken des Patienten durch gezielte Information	Maß der Beeinflussung abhängig von Informationsfluss	

Tab. 2		Fortsetzung		
Fall	Kat.	Extract	Generalisierung	Reduktion
5	24	Achtung des Patientenwunsches	Achtung des Patientenwunsches	
5	25	Übernahme durch Solidargemeinschaft	Übernahme durch Solidargemeinschaft	
6	26	Hinwirken auf Therapie durch gezielte Information oder verkürzte Aufklärung, bei geringem Informationsfluss vom Patienten	Maß der Beeinflussung abhängig von Informationsfluss	
6	27	Professioneller Zugang mit Fokus auf das Individuum	Professioneller Zugang mit Fokus auf das Individuum	
6	28	Patient profitiert	Patient profitiert	
6	29	Einbinden der Familie auch um zu lenken, bei Desinteresse des Patienten	Maß der Beeinflussung abhängig von Informationsfluss	
6	30	Informationsfluss als Mittel zur Einschätzung des Gegenüber	Maß der Beeinflussung abhängig von Informationsfluss	
6	31	Achtung des Patientenwunsches	Achtung des Patientenwunsches	
7	32	Übernahme durch Solidargemeinschaft, wie bei einem ansonsten gesunden Patienten auch	Übernahme durch Solidargemeinschaft Therapie Anspruch wie „gesunder“ Patient	
7	33	Lenken des Patienten ohne Druck „passiv“ bei geringer Informationsgabe durch den Patienten	Maß der Beeinflussung abhängig von Informationsfluss	

Tab. 2		Fortsetzung		
Fall	Kat.	Extract	Generalisierung	Reduktion
7	34	Professioneller, emphatischer Zugang	Professioneller, emphatischer Zugang	
7	35	Patient profitiert	Patient profitiert	
7	36	Aktives Hinwirken auf eine Therapie	Aktives Hinwirken auf eine Therapie	
7	37	Achtung des Patientenwunsches	Achtung des Patientenwunsches	
7	38	Übernahme durch Solidargemeinschaft kein Unterschied zu ansonsten gesunden Patienten.	Übernahme durch Solidargemeinschaft Therapie Anspruch wie „gesunder“ Patient	

Nach dem Transkribieren der Interviewprotokolle und deren Auswertung mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring ergeben sich folgende Zusammenfassungen (Kategorien):

K 1:

Behandler können in ihrer beruflichen Praxis im Umgang mit Palliativpatienten die Entscheidung eines Patienten in Richtung der vom Behandler bevorzugten Therapie bzw. Vorgehensweise beeinflussen, entweder durch nachdrückliche Akzentuierung im Gespräch, durch Überreden oder durch das Reduzieren der angebotenen Informationen in der Aufklärung.

Die Form und die Intensität der Beeinflussung durch den Behandler ist in sehr hohem Maße davon abhängig, wie aktiv bzw. passiv der Patient seine Wünsche und Bedürfnisse zum Ausdruck bringt. Es gilt: Je aktiver und zielgerichteter der Patient ist, desto passiver und zurückhaltender agiert der Arzt.

K 2:

Die infauste Diagnose des Patienten darf bei der Frage nach der Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft keine Rolle spielen. Dem Patienten mit verkürzter Lebenserwartung sollte die gleiche Behandlung und Versorgung zukommen und ermöglicht werden wie dem Patienten mit einer Lebenserwartung von vielen Jahren.

K 3:

Die Aufklärung des Patienten durch den Behandler sollte grundsätzlich umfassend und vollständig erfolgen.

K 4:

Die Aufklärung des Patienten durch den Behandler darf jedoch in bestimmten Fällen verkürzt werden, um den Patienten nicht zu überfordern und ihn indirekt zu lenken.

K 5:

Unter Berücksichtigung der tödlichen Erkrankung des Patienten und dessen Schicksal ist ein empathischer Zugang zu wählen, jedoch sollte eine intensivere emotionale Bindung zum Patienten vermieden werden. Häufig wird dies als *professioneller Zugang* bezeichnet.

K`6:

Alle Befragten sind sich einig, dass die Patienten aus allen drei Fallvignetten klar von den geplanten Behandlungen profitieren würden. Der Benefit aller Behandlungen rechtfertigt in jedem Fall deren Aufwand.

4.3 ZUSAMMENFASSUNG

Die am Anfang dieser Arbeit stehende Recherche unter Zuhilfenahme von Fachliteratur, Studien und Patientenakten der Universitätsmedizin Göttingen führte zu klaren Ergebnissen.

Eine Behandlung von Palliativpatienten durch Zahnärzte findet in Deutschland statt sowohl im Rahmen interdisziplinärer Behandlungskonzepte als auch im niedergelassenen Bereich. Die Indikationsstellung beinhaltet die sogenannte Fokussuche, das Ausschließen von Risikofaktoren (z.B. vor Radio- oder Chemotherapie oder vor Phasen mit stark verminderter Immunkompetenz der Patienten in der Präterminal- und Terminalphase) sowie verschiedene symptomatische und präventive Therapien wie das Beseitigen von Prothesendruckstellen, das Aufrechterhalten der oralen Hygiene, die medikamentöse und mechanische Bekämpfung von Candidosen, Mucositiden und Stomatitiden sowie die Therapie von Dysphagien und Xerostomie. Des Weiteren gehört auch die Wiederherstellung eines ansprechenden äußeren Erscheinungsbildes zum palliativen Behandlungsspektrum.

Bei der Auseinandersetzung mit den Fallvignetten ließen alle Probanden die individuelle Situation und die vermutete Haltung des jeweiligen Patienten in ihre Indikationsstellung mit einfließen. Dies deutet darauf hin, dass sie im Sinne einer ärztlichen und nicht ausschließlich medizinischen Indikation entschieden.

Bei der Frage nach der Art der Arzt-Patient-Beziehung lässt sich zunächst feststellen, dass in keinem der Fälle von einem der Probanden ein paternalistischer Zugang bevorzugt wurde.

In den Antworten zu den Fallvignetten I und II spiegelt sich ein eher partnerschaftliches Arzt-Patient-Beziehungsverständnis, wobei auffällt, dass die Probanden abhängig von ihrer klinischen und vor allem ärztlichen Erfahrung deutlich darauf achteten, dem Patienten nicht mehr Autonomie aufzubürden als dieser selbst zu tragen bereit ist, indem sie in ihren Antworten dazu tendierten den Patienten umso stärker zu lenken, je passiver dieser sich in der Therapieverhandlung zeigte.

Anders stellt sich die Situation bei der Auswertung des dritten Fallbeispiels dar, in dem die Patientin gegenüber dem Arzt mit einem klaren Behandlungswunsch auftritt. Hier antworteten die Studienteilnehmer eher im Sinne einer dienstleistungsorientierten Arzt-Patient-Beziehung. Einig waren sich die Probanden darin, dass die Patienten in allen drei Fallvignetten von den vorgeschlagenen Therapieansätzen profitieren. Sie sprachen sich deshalb auch geschlossen für eine Übernahme der Kosten durch die Solidargemeinschaft aus. Divergierende Einstellungen zum Thema der Aufklärung durch die Probanden sorgen hier für Diskussionsbedarf.

5 DISKUSSION

Ziel der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie war es, zahnmedizinische Indikationen zur Therapie von Palliativpatienten auf ihre ethischen Qualitäten hin zu untersuchen. Ferner sollte das der zahnmedizinischen Behandlung von Palliativmedizin zugrunde liegende Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung aus Sicht der Zahnärzte analysiert werden. Es handelt sich hierbei um eine der ersten Studien im deutschsprachigen Raum, die sich mit den ethischen Aspekten der Behandlung von Palliativpatienten durch Zahnärzte auseinandersetzt. Hierzu wurden aus Literatur- und Aktenrecherche erhobene Daten benutzt, um Fallvignetten zu erstellen. Auf Grundlage dieser Beispielfälle wurden halboffene Interviews mit behandelnden Zahnärzten geführt. Die Interviews wurden anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet. In den folgenden Abschnitten sollen die Ergebnisse der Interviews in den Kontext des aktuellen Wissensstandes eingeordnet und diskutiert werden.

5.1 QUALITÄT DER INDIKATION

In den durchgeführten Interviews ließen alle Probanden die individuellen Hintergründe der Patienten in ihre Indikationsstellung mit einfließen. Sie orientierten sich damit an der ärztlichen und nicht an der ausschließlichen medizinischen Indikation (siehe 2.2.2).

Auch Müller und Schimmel (2007) beschrieben, dass palliativ tätige Zahnärzte die Belastbarkeit von Patienten, auch bei hohem Behandlungsbedarf keinesfalls unterschätzen dürften. Sie seien dazu angehalten, die angebotene Therapiewahl unter Berücksichtigung der Möglichkeit des Patienten zur Mitarbeit ständig zu überdenken.

So schreibt auch Wiseman (2006), dass die Therapie von Palliativpatienten dem behandelnden Zahnarzt vor allem ein hohes Maß an Empathie abverlangt, ohne dabei offenes Mitleid zu bekunden. Darüber hinaus müsse er besondere Sorgfalt bei der Kommunikation mit den Angehörigen walten lassen, bevor er eine Indikation stellt.

Betrachtet man die Ergebnisse im Zusammenhang mit den Arbeiten von Wiseman sowie Müller und Schimmel, so sind die Anforderungen an eine ärztliche Indikation in jedem Fall erfüllt.

5.2 ART DER ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG

Bei der Analyse der den Antworten zugrundeliegenden Arzt-Patient-Beziehungen zeigte sich, dass die Fälle I und II getrennt von Fall III zu betrachten sind.

Zu Fall I und II:

Alle Behandler sprachen sich dafür aus die Patienten zunächst umfassend über deren Diagnose, Prognose und geplante Therapie und Diagnostik aufzuklären. Ferner waren sie nicht bereit ohne Einwilligung des Patienten tätig zu werden, oder gar gegen dessen ausdrücklichen Wunsch zu handeln. Die Charakteristika einer paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung sind hier nicht erkennbar. Vielmehr zeigen sich alle Merkmale des partnerschaftlichen Modells. Es bestehen jedoch auch Unterschiede, insbesondere auf die Frage wie sehr ein sich passiv verhaltender Patient vom Arzt bei der Therapieentscheidung „gelenkt“ werden sollte. Die Antworten der Probanden bewegten sich aber alle innerhalb des partnerschaftlichen Beziehungsmodells, in dem einem Patienten nicht mehr Autonomie aufgebürdet werden darf, als dieser zu tragen bereit bzw. im Stande ist.

Zu Fall III:

In den Antworten zum dritten Fallbeispiel kam hingegen ein anderes Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung zum Ausdruck. So gaben alle Probanden an, dem aktiv geäußerten Wunsch der Patientin nach Prüfung der fachlichen Durchführbarkeit uneingeschränkt nachzukommen. Sie nahmen also die Rolle des fachlichen Experten ein, der im Wesentlichen eine Dienstleistung anbietet. Damit sind alle Kriterien des unter 2.1 beschriebenen Dienstleistungsmodells erfüllt.

Es bleibt die Frage, ob es überhaupt sinnvoll ist real stattfindende Kontakte zwischen Patienten und (Zahn-)Ärzten mit idealtypischen und konstruierten Modellen zu beschreiben oder zu klassifizieren.

Auf den ersten Blick scheint die Kategorisierung nach konstruierten Modellen tatsächlich zu starr, da sie zwar einzelne Schritte im Prozess einer Beziehung zu erfassen vermag, aber nicht deren Gesamtheit. Bereits Krones und Richter (2006) schreiben, dass dieselben Agenten mit unterschiedlichen Aktionspartnern, in unterschiedlichen Situationen oder zu unterschiedlichen

Zeitpunkten Präferenzen für verschiedene Handlungsmodelle haben. Zugleich betonen sie aber auch, dass sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten je nach Persönlichkeit und Erfahrungen, ein relativ stabiles Einstellungsmuster sowie ein mehr oder weniger stabiles Rollenverhalten in der Arzt-Patient-Interaktion zu beobachten ist. Vor diesem Hintergrund erscheint die Verwendung von Modellen zur Beschreibung eines eindeutigen Trends für verschiedene Indikationen und Konstellationen gerechtfertigt.

Genau wie Krones und Richter hat auch der Autor dieser Arbeit seine drei idealtypischen Modelle auf Grundlage der Arbeit von Autoren aus dem englischsprachigen Raum (hier: Emanuel und Emanuel 1992) entwickelt und vor dem Hintergrund seiner klinischen Erfahrung auf die Behandlungsrealität von deutschen Zahnärzten ausgerichtet.

Bei den vorliegenden Fällen zeigen sich also sowohl Charakteristika, die durch das Dienstleistungsmodell beschrieben werden, als auch solche die durch das partnerschaftliche Modell beschrieben werden. Die Charakteristika der als paternalistisch beschriebenen Arzt-Patient-Beziehung sind jedoch in keiner der gegebenen Antworten erkennbar.

5.3 AUFKLÄRUNGSPFLICHT

Die Patientenrechte, gerade in Bezug auf Aufklärung und Einwilligung in medizinische Behandlungen und diagnostische Verfahren, erfuhren mit der Einführung des Patientenrechtegesetz (§§630a-h BGB) 2013 eine deutliche Stärkung. In diesem Gesetz werden die juristischen Mindestansprüche für die ärztliche Aufklärungspflicht festgelegt, die medizinethisch häufig als *informed consent* bezeichnet werden. Es zeigt sich jedoch, dass der Stellenwert des Aufklärungsgesprächs oft noch nicht richtig eingeschätzt wird (vgl. Katzenmeier 2013). Ein Beleg dafür sind auch die divergierenden Aussagen der Probanden in dieser Arbeit. Der vermeintliche Konflikt zwischen dem Heilauftrag des Arztes und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist derzeit Gegenstand medizinethischer und medizinrechtlicher Diskussionen und kann im Rahmen dieser Arbeit nicht abschließend behandelt werden.

5.4 KOSTENERWÄGUNG

Aufgrund medizinischer Innovationen und des demographischen Wandels in der Bundesrepublik Deutschland hat sich der Kostendruck im Gesundheitssystem soweit erhöht, dass sich auch trotz aller Rationalisierungsbemühungen Leistungseinschränkungen in der Patientenversorgung nicht umgehen lassen (vgl. Marckmann, i.d. Schmitt 2011). Marckmann und i.d. Schmitt legen in ihrem Artikel „Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell“ dar, dass Kostenentscheidungen zwar nach Möglichkeit oberhalb der individuellen Arzt-Patient-Beziehung stattfinden sollen, es sich aber aus pragmatischen Gründen nicht vermeiden lässt, dass Ärzte im Einzelfall Verantwortung für die Kosten ihrer Entscheidungen übernehmen müssen. Die ersten drei Stufen ihres Vierstufenmodells orientieren sich an den Prinzipien des Wohltuns, des Nichtschadens und des Respekts vor der Autonomie des Patienten. Für die vierte und letztendlich entscheidende Stufe fordern sie lokale explizite Vorgaben, z.B. durch kostensensible Leitlinien und regelmäßige Kosten-Fall-Besprechungen. Da solche Leitlinien aber derzeit nicht verbindlich existieren, müssen die Entscheidungen über Art, Umfang und Begründung von fraglichen Kostenübernahmeerwägungen auf der Ebene der individuellen Arzt-Patient-Beziehung erfolgen.

Die Frage nach der Kostenübernahme der prothetischen Versorgung, wie sie in Fall III beschrieben ist, wurde von allen Probanden eindeutig positiv beantwortet. Alle interviewten Zahnärzte bejahten nicht nur die Sinnhaftigkeit der gewünschten Versorgung, sondern befürworteten auch die Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft, ungeachtet der Lebenserwartung der Patientin.

6 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Während eine stomatologische Fokussuche gerade im Vorfeld einer Radiotherapie im Kopf- und Halsbereich sowie vor Immunsuppression in den meisten Kliniken bereits gängige Praxis und fester Bestandteil des gesamtheitlichen Behandlungskonzepts ist, sorgt die prothetische Versorgung von Patienten in der Präterminal- und insbesondere in der Terminalphase für Diskussionsbedarf. Nicht nur über den therapeutischen Sinn solcher Maßnahmen, sondern auch über ihre moralische Vertretbarkeit vor allem vor dem Hintergrund ihrer nicht geringen Kosten für den Patienten herrscht Unklarheit.

Ziel der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie war es daher, zunächst mittels Akten- und Literaturrecherche herauszufinden in welchem Umfang zahnärztliche Behandlung von Palliativpatienten in Deutschland stattfindet. Anschließend wurden auf Grundlage der erhobenen Daten Fallvignetten konstruiert, die wiederum die Grundlage für halboffene Interviews mit Zahnärzten bildeten. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring (2002) ausgewertet. Wichtige Aspekte der Analyse waren das der Behandlung zugrundeliegende Verständnis von Indikation und der Arzt-Patient-Beziehung sowie die Zielsetzung der zahnmedizinischen Behandlung im Rahmen des palliativen Behandlungskonzepts.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass zahnärztliche Behandlung von Palliativpatienten in allen Phasen der Sterbebegleitung stattfindet und einen Beitrag zur interdisziplinären Therapie von Palliativpatienten leistet. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die der Behandlung zugrundeliegenden Indikationsstellungen ihrer ethischen Qualität nach ärztliche Indikationen sind, also nicht nur die evidenzbasierten Krankheitsparameter des Patienten sondern auch dessen emotionale Verfassung und Erwartungen berücksichtigen. Die Art der zugrundeliegenden Arzt-Patient-Beziehungen lässt sich hierbei anhand eines modifizierten Modellsystems nach Emanuel und Emanuel (1992) in das partnerschaftliche und das dienstleistungsorientierte Beziehungsmodell einordnen.

Die Sinnhaftigkeit von prothetischen Versorgungen bei Palliativpatienten wurde von den interviewten Zahnärzten bejaht. Die Therapie mit ästhetischen Prothesen auf Wunsch des Patienten wurde ebenfalls befürwortet und für sinnvoll erachtet. Die damit verbundene gerechtigkeitsethische Frage, ob eine solche Therapie auch von der Solidargemeinschaft finanziert werden sollte, konnte im Rahmen dieser deskriptiv angelegten Studie nicht abschließend beantwortet werden. Hier besteht nach Auffassung des Autors noch ethischer Diskussionsbe-

darf. Unterschiedliche Auffassungen gab es auch, welchen Ansprüchen die Aufklärung der Patienten in den geschilderten Fallbeispielen genügen muss.

7 ANHANG

7.1 FALLVIGNETTEN UND FRAGEN

Universitätsmedizin Göttingen • Zentrum
Psychosoziale Medizin

Ethik und Geschichte der Medizin
Direktorin: Prof. Dr. Claudia Wiesemann

Ethik und Geschichte der Medizin •

Humboldtallee 36, 37073 Göttingen
0551 / 39-9006 **Telefon**
0551 / 39-9554 **Fax**
www.egm.med.uni-goettingen.de **Homepage**

Fall I

Herr M. ist ein 67 jähriger Rentner. Er ist verheiratet, hat drei Kinder und fünf Enkelkinder. Herr M. ist bis auf einen eingestellten Hypertonus gesund und aktiv.

Im Frühjahr 2012 wird bei ihm ein Adenokarzinom des rektosigmoidalen Übergangs diagnostiziert. Das TNM-Staging ist so ungünstig für den Patienten, dass dieser in ein palliatives Behandlungskonzept überstellt wird. Geplant ist neben einer chirurgischen Therapie auch eine Chemotherapie mit adjuvanter Radiatio, um die Lebensqualität für Herrn M. möglichst hoch zu erhalten.

Im Rahmen dieses interdisziplinären Behandlungskonzepts wird Herr M. vor Beginn der Chemo-/Radiotherapie auch in der Zahnklinik vorgestellt mit der Bitte um Diagnose stomatologischer Foki und ggf. deren Eliminierung.

Dr. E. ist der diensthabende Zahnarzt und erstellt sowohl einen kompletten PA-Status als auch eine OPG-Aufnahme. Er diagnostiziert eine generalisierte, wenn auch schwach ausgeprägte Parodontitis sowie einen apikal beherdeten Zahn 45.

Um diese Foki zu beseitigen, plant Dr. E. die Extraktion des Zahnes 45, eine professionelle Zahnreinigung und ein Deepscaling und Rootplaning aller parodontal auffälligen Zähne sowie die individuelle Mundhygieneunterweisung und Motivation des Patienten.

Fragen Fall I

F: Stellen Sie sich vor, Sie sind an der Stelle von Dr. E., und Herr M. stellt sich ihnen als Patient vor. Angenommen Sie stellen in dem Moment, in dem Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, fest, dass Herr M. aufgrund seines seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen, oder Desinteresse zeigt. Würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

F: Falls der Patient der Behandlung ablehnend gegenüberstünde: Würden Sie versuchen ihn zu überreden?

F: Könnten Sie sich vorstellen, vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. E. versetzen: Wie würden Sie Ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den der Patient aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Universitätsmedizin Göttingen • Zentrum
Psychosoziale Medizin
Ethik und Geschichte der Medizin •

Ethik und Geschichte der Medizin
Direktorin: Prof. Dr. Claudia Wiesemann

Humboldtallee 36, 37073 Göttingen
0551 / 39-9006 **Telefon**
0551 / 39-9554 **Fax**
www.egm.med.uni-goettingen.de **Homepage**

Fall II

Frau R. ist 87 Jahre alt. Sie ist verwitwet und hat eine erwachsene Tochter, keine Enkel. Bei Frau R. wurden im Sommer 2012 multiple Metastasen entlang der Lymphbahnen an Hals und Kopf diagnostiziert. Nach Biopsie eines auffälligen Nävus, gilt ein malignes Melanom gesichert als Primärtumor. Die Metastasierung war im Kopf und Halsbereich sowie in der Lunge soweit fortgeschritten, dass die Patientin in ein palliatives Behandlungskonzept überführt werden musste. Unter anderem erhielt sie eine Chemotherapie und eine adjuvante Radiotherapie. Durch die Bestrahlung wurden die Speicheldrüsen stark in ihrer Funktion eingeschränkt und Frau R. leidet an Xerostomie und Dysphagien. Als der sich verschlechternde Allgemeinzustand der Patientin eine stationäre Aufnahme nötig macht, fällt dem Stationsarzt ein weißlicher Belag der Zunge der Patientin auf.

Er bittet den Zahnarzt Dr. K. um Mittherapie der Patientin. Nachdem Frau R. eingehend von Dr. K. untersucht wurde, stellt dieser die Verdachtsdiagnose Candidiasis und entnimmt eine Probe. Der Laborbericht sichert die Diagnose einer Infektion mit *Candida albicans*. Der Zahnarzt möchte diese lokal mit Nystatin therapieren, ferner ist ihm bei seiner Untersuchung aufgefallen, dass die OK- und UK-Prothesen der zahnlosen Patientin nicht mehr passen und Druckstellen verursachen, daher beabsichtigt er, diese weich zu unterfüttern. Ferner unterweist er Frau R. im Umgang mit künstlichem Speichel.

Fragen Fall II

F: Stellen Sie sich vor, Sie sind an der Stelle von Dr. K. ,und Frau R. stellt sich Ihnen als Patientin vor. Angenommen Sie stellen in dem Moment, in dem Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, fest, dass Frau R. aufgrund ihres seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt. Würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

F: Falls die Patientin der Behandlung ablehnend gegenüberstünde: Würden Sie versuchen sie zu überreden?

F: Könnten Sie sich vorstellen, vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungsansatzes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. K. versetzen: Wie würden Sie Ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben?

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Universitätsmedizin Göttingen • Zentrum
Psychosoziale Medizin
Ethik und Geschichte der Medizin •

Ethik und Geschichte der Medizin
Direktorin: Prof. Dr. Claudia Wiesemann

Humboldtallee 36, 37073 Göttingen
0551 / 39-9006 **Telefon**
0551 / 39-9554 **Fax**
www.egm.med.uni-goettingen.de **Homepage**

Fall III

Frau S. ist 37 Jahre alt. Die Verwaltungsfachangestellte ist glücklich verheiratet hat eine 14-jährige Tochter und zwei 12 und 9 Jahre alte Söhne. Im Januar 2007 wird bei ihr ein Plattenepithelkarzinom am weichen Gaumen diagnostiziert. Noch im selben Monat wird der Tumor chirurgisch entfernt. Das TNM-Staging war T2N0M0 (C4), daher wurde es bei der chirurgischen Therapie und einer engmaschigen Nachsorge belassen. Im Juli 2009 wird ein Rezidiv diagnostiziert und Frau S. wird erneut einer chirurgischen Therapie unterzogen, dieses Mal bei einem Staging von T2N1M0 (C4), mit adjuvanter Bestrahlung und unter Entfernung der Halslymphknoten (Neckdissection) ipsilateral.

Als bei Frau S. im Herbst 2011 im Rahmen der Nachsorge ein erneutes Rezidiv diagnostiziert wird, lehnt sie eine erneute Operation, trotz reeller Erfolgsaussichten ab und wird nach eingehender Beratung und psychologischer Betreuung in ein palliatives Behandlungskonzept überführt. Der Tumor wird lediglich bestrahlt und mit Interferonen behandelt. Während der Therapien verlor Frau S, die meisten ihrer Zähne und wurde im OK und UK mit teleskopierenden Arbeiten versorgt. Im März 2012 sucht sie die Zahnarztpraxis von Frau Dr. M., ihrer Hauszahnärztin, auf und erklärt ihr, dass ihre nun 19-jährige Tochter Ende April heiraten werde und dass der Hochzeitstermin extra vorgezogen worden sei, damit Frau Scholz ihn noch erleben könne. Sie freue sich sehr auf dieses Ereignis, sei jedoch mit der Prothese die ihr nach ihrer zweiten Therapie 2009 angefertigt wurde sehr unzufrieden. Sie wünscht sich, auf den Hochzeitsbildern ihrer Tochter ein schönes Lächeln zu haben, und möchte daher eine neue prothetische Versorgung mit einem aufgeklebten Schmuckstein im OK.

Fragen Fall III

F: Stellen Sie sich vor, Sie sind an der Stelle von Dr. M. und Frau R. stellt sich Ihnen als Patientin vor. Könnten Sie sich vorstellen, vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

F: Wenn Sie sich in die Lage der Zahnärztin Dr. M. versetzen: Wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben?

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

F: Würden Sie die Patientin anders beraten?

F: Für wie sinnvoll halten Sie eine solche Versorgung?

F: Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Kosten aufkommen? Die Solidargemeinschaft mit dem üblichen Anteil oder die Patientin selbst aufgrund der kurzen Tragedauer?

7.2 TRANSKRIPT DER INTERVIEWS

-Z1-

Ethische Aspekte bei der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten, Universitätsmedizin Göttingen • Zentrum Psychosoziale Medizin Ethik und Geschichte der Medizin

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. E. und Patient Herr M. stellt sich ihnen vor.

Wenn Sie feststellen würden, dass Herr M. in dem Moment, da Sie Ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund seines seelischen/gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z1: (--) Ja.

F: Falls der Patient der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen ihn zu überreden?

Z1: (-) Ja (die Antwort wird deutlich mit einer Geste untermalt)

F: Könnten Sie sich vorstellen, vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären? Gerade in Bezug auf Alternativen? Die ihres Erachtens... (Z1 beantwortet die Frage bevor der Satz beendet werden konnte)

Z1: Ja

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. E. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z1: Neutral, also ich habe kein Problem mit dem Patienten, also nur kurzzeitiges Desinteresse ist für mich nichts weshalb man eine Therapie abbrechen soll.

F: Also eher professionell?

Z1: Genau.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den der Patient aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z1: Ja.

(Das Interview wird kurz unterbrochen, Z1 bekommt den Fall Nr. 2 in Printform ausgehändigt und liest ihn sich durch.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. K. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor.

Wenn Sie feststellen würden, dass Frau R. in dem Moment da Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund ihres seelischen oder gesundheitlichen Zustandes

nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z1: Ja.

F: Falls die Patientin der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen sie zu überreden?

Z1: Ja.

F: Könnten Sie sich vorstellen, vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungsansatzes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

Z1: Ja.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. K. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z1: Hm, ein bisschen Mitleid, aber neutral glaube ich.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z1: Ja, das ist ja kein großer Aufwand, da so ein bisschen Nystatincreme zu nehmen. Also bei so wenig Aufwand auf jeden Fall.

(Das Interview wird wiederum unterbrochen und Z1 erhält Fall Nr. 3 in Printform und wird gebeten, ihn aufmerksam zu lesen.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. M. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor.

Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären zum Beispiel Behandlungsalternativen?

Z1: Ja.

F: Wenn Sie sich in die Lage der Zahnärztin Dr. M. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben?

Z1: Auch neutral.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z1: Ja

F: Würden Sie die Patientin anders beraten?

Z1: Verstehe ich jetzt nicht, er berät sie ja in Richtung Prothese?

F: Genau, Sie äußert dann den klaren Wunsch eine schönere Versorgung zu haben.

Z1: Ich würde vielleicht Implantate erwähnen, obwohl das nach Bestrahlung ziemlich schwierig ist. So im Großen und Ganzen trage ich das aber so mit.

F: Im Kern steht ja die infauste Diagnose.

Z1: Genau.

F: Für wie sinnvoll halten Sie eine solche Versorgung?

Z1: Sehr sinnvoll, weil es der Patientenwunsch ist und wir wollen ihr ja was Gutes tun für die Hochzeit und so.

F: Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Kosten aufkommen? Also so jetzt eher die Solidargemeinschaft mit dem üblichen Anteil? Oder sie selbst aufgrund der kurzen Tragedauer?

Z1: Nein die Solidargemeinschaft.

-Z2-

Ethische Aspekte bei der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten, Universitätsmedizin Göttingen • Zentrum Psychosoziale Medizin Ethik und Geschichte der Medizin

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. E. und Patient Herr M. stellt sich ihnen vor.

Wenn Sie feststellen würden, dass Herr M. in dem Moment, da Sie Ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund seines seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z2: Ja.

F: Falls der Patient der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen ihn zu überreden?

Z2: (--) Kann ich nicht sicher sagen, vielleicht würde ich es nochmal probieren und wenn es dann nicht von Erfolg gekrönt ist, dann lassen. (--) Ein Versuch vielleicht noch.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären? Gerade was Alternativen betrifft?

Z2: Nein.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. E. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z2: Gefühle gegenüber dem Patienten? Ja, ich weiß nicht, ob ich Gefühle äußern würde. Ich glaube ich hätte kein Mitleid oder ähnliches, ich würde den Patienten behandeln wie jeden anderen auch, also mit Aufklärung und allem Drum und Dran.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den der Patient aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z2: Ja, sonst hätte ich die Indikation ja nicht gestellt.

(Das interview wird kurz unterbrochen Z2 bekommt den Fall Nr. 2 in Printform ausgehändigt und liest ihn sich durch.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. K. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Frau R. in dem Moment da Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund ihres seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z2: Ja.

F: Falls die Patientin der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen sie zu überreden?

Z2: Das Gleiche, wie Vorher auch. Noch einmal probieren und wenn es dann nicht funktioniert dann seinlassen.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungsansatzes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

Z2: Nein

F: Also auch jetzt nicht zu sagen „ Ich lass ihnen jetzt mal ein Mundwasser hier, nehmen sie das bitte.“

Z2: Ich würde schon alles aufklären (...)

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. K. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z2: Wiederum keine wirklichen Gefühle.

F: Also wieder rein die professionelle Seite?

Z2: Ja, Ja (zustimmendes Nicken)

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z2: Ja

(Das Interview wird wiederum unterbrochen und Z2 erhält Fall Nr. 3 in Printform und wird gebeten ihn aufmerksam zu lesen.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. M. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hinter-

grund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären zum Beispiel über Alternativen des Zahnersatzes?

Z2: Klar könnte ich mir das vorstellen, das ist ja schon (--)

F: Wenn Sie sich in die Lage der Zahnärztin Dr. M. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben?

Z2: Professionell, ich würde keine Gefühle präsentieren.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z2: Ja.

F: Würden Sie die Patientin anders beraten?

Z2: Anders? In wie fern? Andere Behandlungskonzepte, oder die Art und Weise wie ich es mache?

F: Sie kommt ja ganz klar mit dem Wunsch nach einer ästhetisch höherwertigen Versorgung auf Sie zu.

Z2: Ach so, ob ich sie auf eine andere Schiene beraten würde. Nein, dann nicht.

F: Für wie sinnvoll halten Sie eine solche Versorgung? Grade vor dem Hintergrund, dass die momentane Versorgung aus rein Kauphysiologischer Sicht ja auch ausreichend ist?

Z2: Trotzdem finde ich es sinnvoll, denn es ist ihr Wille und man kann das gut nachvollziehen, in der Situation. Schon sinnvoll, grad hier in dem Fall, schon.

F: Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Kosten aufkommen? Also es ist jetzt die Frage, ob die Solidargemeinschaft oder der Patient.

Z2: Das ist schwierig, das kann ich nicht beurteilen. (---) Also vielleicht in Anteilen, dass die Solidargemeinschaft den normalen Anteil übernimmt und alles, was extra ist, muss sie zahlen.

F: Also so, dass die Solidargemeinschaft im normalen Rahmen die Kassenleistung übernimmt? Oder so, dass die Patientin einen höheren Anteil selbst zahlt?

Z2: Nein, die normalen Kosten sollten so getragen werden, wie bei allen anderen auch.

-Z3-

Ethische Aspekte bei der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten, Universitätsmedizin Göttingen • Zentrum Psychosoziale Medizin Ethik und Geschichte der Medizin

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. E. und Patient Herr M. stellt sich ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Herr M. in dem Moment da Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund seines seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z3: (--) Ich würde einen weiteren Termin vereinbaren, zur Aufklärung, zum Aufklärungsgespräch um ihm Gelegenheit zu geben das Gehörte zu verarbeiten.

F: Und wenn er da auch immer noch sagt „Machen Sie einfach, es ist mir egal, ich habe andere Probleme“?

Z3: Da die Sanierung, der entzündlichen Foki seiner Gesunderhaltung zu Gute kommt, würde ich nochmal versuchen ihm die Dringlichkeit der Behandlung zu erläutern.

F: Falls der Patient der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen ihn zu überreden?

Z3: Die Einwilligung in eine Behandlung muss der Patient schlussendlich selber geben. Es macht keinen Sinn eine Behandlung durchzuführen, die der Patient grundsätzlich ablehnt.

F: Und wenn es in dem Fall darum geht, den Patienten dahin zu führen, dass er die Behandlung annimmt?

Z3: Was zugegebenermaßen ziemlich häufig funktioniert: Wenn man ihm erklärt was man vor hat wenn er das dennoch ablehnt und man lässt ihn unterschreiben, dass er die Behandlung ablehnt, kommen interessante Reaktionen vom Patienten zu Tage.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang Aufzuklären?

Z3: Nein.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. E. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z3: (--)

F: Eher abgeklärt routiniert, oder persönlich stärker involviert?

Z3: (--) Ich bin den Umgang mit derartigen Patienten inzwischen ganz gut gewöhnt, nichtsdestotrotz denke ich es ist wichtig, auf die persönliche Situation des Patienten einzugehen, es bringt aber keine Vorteile für die Behandlung mit sich, wenn ich mich persönlich damit belaste. Was ich nicht tue.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den der Patient aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z3: In diesem Fall, ja.

(Das interview wird kurz unterbrochen Z3 bekommt den Fall Nr. 2 in Printform ausgehändigt und liest ihn sich durch.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. K. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Frau R. in dem Moment da Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund ih-

res seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z3: Ja.

F: Falls die Patientin der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen sie zu überreden?

Z3: Die Behandlung, die hier geplant ist hätte keinerlei Nachteile für die Patientin. Insofern wäre sie nur zum Vorteil der Patientin, da weder Blutungen noch Zahnverlust auftreten können. Insofern würde ich ihr vielleicht eine schriftliche Aufklärung mitgeben und sie wieder einbestellen zu einem weiteren Aufklärungstermin und ihr dann die Medikamente verordnen, einen Antrag stellen zur Unterfütterung der Prothesen.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungsansatzes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

Z3: Nein.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. K. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z3: Das Gleiche wie bei dem ersten Fall.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z3: Ja.

(Das Interview wird wiederum unterbrochen und Z3 erhält Fall Nr. 3 in Printform und wird gebeten ihn aufmerksam zu lesen.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. M. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären zum Beispiel Behandlungsalternativen?

Z3: Nein.

F: Wenn Sie sich in die Lage der Zahnärztin Dr. M. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben

Z3: Das gleiche, wie oben, professionell.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z3: Ja.

F: Würden Sie die Patientin anders beraten?

Z3: (-) Ich denke die Frage ist vielleicht auch sehr böse formuliert, welche Prognose die Patientin hat und welches Ziel sie für die verbliebene Zeit hat, es macht keinen Sinn eine Planung auf 35 Jahre zu machen, wenn einem Patienten voraussichtlich fünf Jahre geblieben sind. Nichtsdestotrotz sollte angestrebt werden eine zufriedenstellende Versorgung zu erreichen. Mit der der Patient gut und glücklich ist, um in der verbliebenen Zeit die maximal mögliche Lebensqualität zu ermöglichen, für die meiner Meinung nach ein funktioneller Zahnersatz maßgeblich ist. In diesem Fall könnte ich mir vorstellen eine Cad/Cam gefräste Versorgung zu machen, die man meinetwegen 14 tällig mit Glitzersteinen, bunten Steinen und blau gefärbten Frontzähnen wiederholen kann (Z3 lächelt bei diesem Satz). Es ist eine preiswerte und dazu ästhetisch hochwertige Versorgung.

F: Für wie sinnvoll halten Sie eine solche Versorgung?

Z3: Sehr sinnvoll.

F: Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Kosten aufkommen? Hier geht es jetzt darum, ob die Solidargemeinschaft im üblichen Maße dafür aufkommen sollte, oder ob die Patientin die Kosten aufgrund der kurzen zu erwartenden Tragedauer selbst zahlen sollte.

Z3: Ich denke, dass ein Tumorgeschehen, niemals (---).Also die Erkrankung nicht vom Patienten gesteuert werden kann. Die Versorgung ist im Grunde nicht zu Lasten der Patientin zu sehen, zumal sie nicht für die Strahlenkaries, unter der sie die Zähne verloren hat, verantwortlich ist. Daher bin ich der Überzeugung, dass solche Dinge von den Krankenkassen und somit von der Solidargemeinschaft getragen werden sollten.

-Z4-

Ethische Aspekte bei der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten, Universitätsmedizin Göttingen • Zentrum Psychosoziale Medizin Ethik und Geschichte der Medizin

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. E. und Patient Herr M. stellt sich ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Herr M. in dem Moment da Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund seines seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z4: Also, ich würde ihm das nochmal genau erklären, natürlich. Ganz genau, was das Unterlassen der Therapie für ihn bedeuten würde und würde ihm das sehr nahelegen. Natürlich, wenn er das nicht möchte, würde ich ihm auch gerne noch eine Bedenk Frist einräumen.

F: Falls der Patient der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen ihn zu überreden?

Z4: Ich würde es zunächst versuchen, ja.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang Aufzuklären?

Z4: Nein.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. E. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z4: (-) Meine Gefühle gegenüber dem Patienten? (-) In Bezug jetzt auf seine..? (-)

F: Ja ob jetzt zum Beispiel Mitleid eine große Rolle spielt, oder ob es eher etwas ist, was erledigt werden muss?

Z4: Also grundsätzlich ist es so, dass man natürlich irgendwo versucht sich über diese Situationen klar zu werden und natürlich hat man irgendwo so ein gewisses Mitleid. Allerdings ist es gerade hier so, dass wir sehr oft diese Patienten haben und dementsprechend würde ich schon versuchen, das weitestgehend abzuarbeiten.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den der Patient aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z4: Bei dem gegebenen geringen Aufwand, auf jeden Fall.

(Das interview wird kurz unterbrochen Z4 bekommt den Fall Nr. 2 in Printform ausgehändigt und liest ihn sich durch.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. K. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Frau R. in dem Moment da Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund ihres seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z4: Ja.

F: Falls die Patientin der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen sie zu überreden?

Z4: Das würde ich machen, ja.

F: Ok, warum?

Z4: Ich würde versuchen sie zu überreden, weil es natürlich für sie einiges an Lebensqualität geben würde, wenn sie wieder eine vernünftige Prothese hat und natürlich auch wenn sie die Candidiasis wieder loswird.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungsansatzes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

Z4: Nein (Z4 wartet hier nicht ab bis die Frage ganz gestellt wurde)

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. K. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z4: (--) Also, da muss ich sagen, da stände ich der Sache sehr neutral gegenüber.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z4: Bei dem geringen Aufwand und dem großen Erfolg, den man dadurch haben könnte, auf jeden Fall.

(Das Interview wird wiederrum unterbrochen und Z4 erhält Fall Nr. 3 in Printform und wird gebeten ihn aufmerksam zu lesen.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. M. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären zum Beispiel Behandlungsalternativen?

Z4: In geringerem Umfang sicher nicht, nein.

F: Wenn Sie sich in die Lage der Zahnärztin Dr. M. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben?

Z4: Ich hätte sicherlich bei der Geschichte besonders bei dem jungen Alter da Mitleid, aber auch ein gewisses Wohlwollen der Patientin gegenüber, ihr da einen ihrer letzten Wünsche noch erfüllen zu können.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z4: Sicherlich, wenn man es jetzt objektiv betrachtet, wird es den Aufwand sicherlich nicht rechtfertigen, meinem Erachten nach. Allerdings, wenn man jetzt die subjektive Empfindung der Patientin sieht und es ihr Wunsch ist bei der Hochzeit der Tochter nochmal gut auszusehen, dann ist das eigentlich jeden Aufwand wert.

F: Würden Sie die Patientin anders beraten?

Z4: Ich würde jetzt von der Platzierung eines Schmucksteins eventuell abraten, vielleicht auch schauen ob man die existierende Prothese umarbeiten kann, aber grundsätzlich würde ich sie ähnlich beraten. Da sie ja auf jeden Fall eine vernünftige ansehnliche Prothese benötigt.

F: Für wie sinnvoll halten Sie eine solche Versorgung? Vor dem Hintergrund der Patientengeschichte?

Z4: (-) Näheres zur Lebenserwartung ist nicht bekannt, oder?

F: Naja, wir gehen jetzt von einer infausten Diagnose aus, bei einem weiter fortschreitenden Plattenepithelkarzinom. Sie wird sicherlich die nächsten fünf Jahre nicht mehr überleben.

Z4: Da muss man ganz klar sagen, ist der Zahnersatz medizinisch nicht unbedingt nötig. Allerdings im Vergleich zu dem psychischen Schaden, den die Patientin dadurch erleiden könnte, ist es wirklich kein großer Aufwand und insofern würde ich das schon als sehr sinnvoll erachten.

F: Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Kosten aufkommen? Also so jetzt eher die Solidargemeinschaft mit dem üblichen Anteil ? Oder sie selbst aufgrund der kurzen Tragedauer?

Z4: Da bin ich der vollen Überzeugung, dass das durch die Solidargemeinschaft getragen werden sollte, natürlich sind Besonderheiten, die sie gerne hätte, privat abzurechnen.

-Z5-

Ethische Aspekte bei der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten, Universitätsmedizin Göttingen • Zentrum Psychosoziale Medizin Ethik und Geschichte der Medizin

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. E. und Patient Herr M. stellt sich ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Herr M. in dem Moment, da Sie Ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund seines seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z5: (--) Nicht unbedingt. Ich würde schauen, also eine generalisierte Parodontitis bei solch einem Fall zu behandeln, finde ich jetzt etwas übertrieben. Aber wenn jetzt wirklich eine chronische apikale Parodontitis vorliegt und ein Zahn nicht erhaltungswürdig ist, würde ich dem Patienten schon sagen, dass es wichtig ist, dass therapiert wird, auch wenn er krank ist. Damit nicht zusätzlich noch an einer anderen Baustelle etwas Schlimmeres entsteht. Jetzt aber bei einer generalisierten Parodontitis eine Parobehandlung, eine offene Therapie würde ich jetzt nicht unbedingt.

F: Falls der Patient der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen ihn zu überreden?

Z5: Nein.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären? Grade was Alternativen angehen?

Z5: Über seine Erkrankung?

F: In geringerem Umfang aufzuklären, verkürzt aufzuklären und dadurch den Eindruck auch entstehen zu lassen, dass das wirklich dringen von Nöten ist.

Z5: Moment, jetzt habe ich die Frage nicht verstanden, also nicht, was seine Krankheit angeht?

F: Nicht über die grundlegende Erkrankung, sondern über die Therapie die Jetzt geplant ist, also die PA-Therapie.

Z5: Achso, ja klar, alles was man vor hat sollte man schon aufklären und da auch, warum, wieso, weshalb. Die Frage ist nur, ob das wirklich notwendig ist in seinem Zustand.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. E. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z5: (-) Als Arzt versucht man ja dem Patienten zu helfen und in dem Sinne so zu helfen, dass es ihm besser geht. (-)

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den der Patient aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z5: (--)

F: Also jetzt das Entfernen des einzelnen Zahnes.

Z5: Ja, ja (-). Immerhin das ist echt eine schwierige Frage, da ich nichts hab zum Gucken also kein Röntgenbild etc. Also wenn ein Patient nur noch palliativ läuft, würde ich da nicht mehr viel machen. Also ich würde schon noch was machen, wenn er stärkere Blutungen hat, höhere Entzündungsgrade Gingivahyperplasie etc. würde ich ihm auf jeden Fall sagen „Hier das sollte man irgendwie mit einer professionellen Zahnreinigung machen, vielleicht mit geschlossener Kürettage“, dass er da weniger Beschwerden hat, dann wäre es gerechtfertigt.

F: Eine offene Kürettage steht auch gar nicht im Raum.

Z5: Dann würde ich das schon machen, ich denke schon, dass er davon profitiert.

(Das interview wird kurz unterbrochen Z5 bekommt den Fall Nr. 2 in Printform ausgehändigt und liest ihn sich durch.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. K. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Frau R. in dem Moment da Sie Ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund ihres seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z5: Ich würde also, (--) das was der Kollege da vor hat macht Sinn, in dem Fall würde ich ihr auch nahelegen das zu machen. Ich würde ihr auf jeden Fall raten, das zu machen und gegebenenfalls raten das später nochmal zu besprechen. Auf jeden Fall dranbleiben.

F: Falls die Patientin der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen sie zu überreden?

Z5: Nein. Ich würde die Patientin aufklären und ihr sagen, dass es ihre eigene Entscheidung ist. Aber auf jeden Fall würde ich ihr auch die Konsequenzen darlegen.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungsansatzes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

Z5: nochmal bitte.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungsansatzes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären? Also die Aufklärung bezieht sich jetzt nur auf die Behandlung mit Nystatin und das Unterfüttern der Prothese.

Z5: Ja.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. K. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z5: (--)

F: Also eher abgeklärt, professionell oder...

Z5: Ja, denke ich schon.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z5: Ja.

(Das Interview wird wiederum unterbrochen und Z5 erhält Fall Nr. 3 in Printform und wird gebeten, ihn aufmerksam zu lesen.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. M. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären, in Bezug auf die prothetische Versorgung in diesem Fall?

Z5: (-) was meinst du eigentlich damit, weniger aufklären?

F: Damit meine ich (Z5 unterbricht)

Z5: Nur das nötigste?

F: Ja, genau nur das nötigste.

Z5: Ja, kann ich mir schon vorstellen. Es hängt aber auch immer von der Patientin ab, wie sie es aufnimmt. Ich würde sagen, in solchen Fällen sollte man nur das Wichtigste und Nötigste erzählen.

F: Wenn Sie sich in die Lage der Zahnärztin Dr. M. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben?

Z5: Auch wie vorhin, professionell würde ich sagen.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z5: Ja.

F: Würden Sie die Patientin anders beraten?

Z5: (-) Nein.

F: Für wie sinnvoll halten Sie eine solche Versorgung?

Z5: Sinnvoll. Sinnvoll in dem Sinne, jetzt nicht aus mastikatorischer Sicht wegen der Kaufunktion, denn die alte Prothese könnte man genauso gut unterfüttern und damit die Ernährungsfunktion wieder herstellen. Ich denke mal aus psychologischer Sicht ist das hier angezeigt.

F: Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Kosten aufkommen? Also so jetzt eher die Solidargemeinschaft mit dem üblichen Anteil ? Oder sie selbst aufgrund der kurzen Tragedauer?

Z5: Ich bin der Meinung in solchen Fällen, das sind ja Einzelfallentscheidungen. Da sollte es schon so laufen, dass die Gemeinschaft das trägt. Vielleicht mit einem kleinen Eigenanteil, aber so, dass der Patient wirklich die Möglichkeit hat So was zu bekommen. Weil dem Patienten ist es ja auch bewusst, dass er das nicht für viele Jahre behalten wird. Es geht ja wirklich nur um eine kurze Zeit.

-Z6-

Ethische Aspekte bei der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten, Universitätsmedizin Göttingen • Zentrum Psychosoziale Medizin Ethik und Geschichte der Medizin

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. E. und Patient Herr M. stellt sich ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Herr M. in dem Moment, da Sie Ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund seines seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z6: Ich würde als aller erstes den Patienten fragen, was in dem Moment der Untersuchung sein Ziel ist und was er sich von dem Besuch bei mir verspricht, denn er ist ja zu Besuch bei mir. Zwar überwiesen aber freiwillig gekommen. (-) Ich würde den Patienten befragen und als Erstes mit ihm über seine Grunderkrankung sprechen, über die Prognose. Ich würde ihn befragen. Das Gespräch wäre so, dass ich ihn frage und er gibt die Antworten um herauszufinden, wie der Patient mit seiner Krankheit umgeht und ob er das ganze fatalistisch sieht, ob er wie Sie das beschrieben haben im sozialen Umfeld aufgefangen ist und dann würde ich ihn fragen, was genau er mit diesem Besuch beabsichtigt. Er ist ja überwiesen worden und zu mir gekommen mit der Bitte um eine zahnmedizinische Meinung bzw. Behandlung. Dem Therapiekonzept des Kollegen kann ich mich anschließen, wobei die soziale Situation, auch die

individuelle Situation bzw. die zeitliche Belastung dort eine wichtige Rolle spielt. Ich sehe hier die Extraktion des Zahnes, die professionelle Zahnreinigung und die PA-Therapie, ich würde ihm einen Zeitplan erstellen, in welchem Rahmen das Ganze möglich ist und ihn dann fragen, ob dieser Zeitplan und die Art und Weise der Behandlung auf seine Zustimmung stößt.

F: Falls der Patient der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen ihn zu überreden?

Z6: Nein, ich würde dem Patienten die Risiken klar erläutern, ich würde dem Patienten immer Bedenkzeit geben. Und zwar eine adäquate Bedenkzeit. Ich würde ihm einen schriftlichen Behandlungsplan mitgeben, der auf ihn persönlich gemünzt ist. Ich würde ihm vor allem aber die Möglichkeit aufzeigen einen weiteren Kollegen hinzu zu ziehen. Als zweiten zahnärztlichen Sachverständigen, um sich dort einen Alternativplan zu holen. Ich würde ihn aber dennoch als Arzt darüber aufklären, was passieren könnte und in welcher Art und Weise seine Lebensqualität beeinträchtigt ist. Das Einzige, was ich hier noch ergänzen möchte, da ja hier eine Bestrahlungstherapie geplant ist, würde ich ihm anbieten, dass ich ihm direkt in der Ersten Sitzung einen Abdruck mache um ihm eine Strahlenschutzschiene zu fertigen und ihm auch erklären, wozu das ist, mit der Hinsicht, dass der Stuserhalt, der Stuserhalt der Lebensqualität für ihn das Wichtige ist. Sollte er einem Minimalkonzept zustimmen, dann würde ich ihn darüber aufklären, dass dieser apikal beherrschten Zahn zu entfernen ist und würde die PA-Therapie und die PZR (professionelle Zahnreinigung) Hinten anstellen, da Sie ja bereits erwähnt haben, dass der PA-Befall moderat ist und er das 68ste Lebensjahr ja schon erreicht hatte. Wobei jetzt nicht damit zu rechnen ist, dass dort eine radikale Verschlechterung eintritt. Das allgemeine medizinische Grundproblem des Patienten steht für mich aber ganz klar im Vordergrund.

F: Ok, das spielt schon in die nächste Frage mit rein, könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang Aufzuklären?

Z6: Ja, das kann ich mir gut vorstellen. Was ich aber auch sehr gerne mache, bei solchen Patienten, dass ich ihnen einen zweiten Termin anbiete, mit ihren Angehörigen. Dass die Angehörigen mich auch fragen können, damit die auch wissen was auf sie zukommt. Das ist mir sehr wichtig, weil ich festgestellt habe, dass die Bedenkzeit beim Zahnarzt von 24 bis 48 Stunden bei Patienten mit einem solchen Befund oft nicht ausreichend ist. Es ist eher so, die persönliche Arzt-Patienten-Beziehung muss stehen. Es darf keine anonyme Nummer sein, ein Arzt der einfach mal da ist. Sondern der Patient muss den Arzt als definitiven Ansprechpartner

haben, das würde ich ihm auch anbieten und ihm auch sagen, dass ich mich da auch nicht aufdrängen, sondern ihn gerne als Patienten haben möchte, aber ihm immer noch Tür und Tor öffne, dass er sich auch andere Behandler suchen kann.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. E. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z6: Ich sehe es auf der einen Seite aus der zahnärztlichen Perspektive, denn die Befunde, die nach schulmedizinischen Regeln zu behandeln sind. Ich denke aber bei mir, das ist meine rein persönliche Meinung, dass die soziale Komponente und die Stimmung passen müssen. Ich bin jetzt ja einer der jüngeren Kollegen, mit Mitte 30, der Patient ist 67 Jahre, könnte also somit mein Vater sein. Das ist ein sehr interessanter Aspekt, weil sehr schwierig ist jemanden mit einer Lebenserfahrung, der Familie und Enkelkinder hat, als junger Kollege gegenüber zu stehen. Ich würde immer versuchen einen persönlichen Bogen zu schlagen mit Fällen aus dem Patienten und Bekanntenkreis, oder auch mal meinem persönlichen Bekanntenkreis und ihm das sagen, was ich auch bei meinen Angehörigen machen würde, um so eine persönliche Bindung zu erzeugen.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den der Patient aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z6: Ja.

(Das interview wird kurz unterbrochen Z1 bekommt den Fall Nr. 2 in Printform ausgehändigt und liest ihn sich durch.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. K. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Frau R. in dem Moment da Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund ihres seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z6: Als aller erstes würde ich die Patientin fragen, ob sie einen Leidensdruck verspürt. Sollte sie keinen Leidensdruck verspüren, werde ich das Therapiekonzept natürlich dort einschränken. In dem konkreten Fall ist es so, dass die Dame 87 Jahre alt ist und die konkrete Fragestellung hat, Sie haben ja bereits erwähnt, dass sie ein Leiden hat. Sie leidet ja an den Sachen. Xerostomie ist ja eine allgemeine Folge der Bestrahlung. Des Weiteren ist diese Candida albicans-Infektion ja mit relativ leichten Mitteln in den Griff zu kriegen. Des Weiteren würde ich erfragen, wie es ihr denn geht und wie sie mit ihrer Prothese zurechtkommt. Nicht alles was klinisch auffällig ist auch immer behandlungsbedürftig. Häufig ist es so, dass da ein Zusam-

menhang besteht zwischen nicht kongruenter Prothese und der opportunistischen Infektion, ich würde wiederum versuchen einen persönlichen Bezug dazu zu finden. Ich würde „Wie pflegen Sie sich denn?“. Ich würde ihr eine Therapie anbieten, natürlich würde ich da anders rangehen und ihr sagen „Ich habe hier eine spezielle Mundspüllösung für Sie, die können Sie doch mal ausprobieren, ob das was hilft“ und sollte sie zu der Prothese gar nichts sagen, würde ich das in dem ersten Schritt nicht machen. Ich würde allerdings das Pflegepersonal darauf hinweisen, wie die Prothese zu reinigen ist. Ich würde eventuell auch sagen, wir nehmen die Prothese mal einen Vormittag lang mit und lassen die im Labor professionell reinigen und geben es dann wieder. Das ist für die Patientin in dem Sinne kein großes Leiden und das ist auch für sie in kürzester Zeit machbar. Eine prothetische Behandlung im Krankenhaus würde ich nur in Ausnahmefällen machen. Wenn die Patientin selbst zu mir käme und sich beschwerte, dann würde ich natürlich sagen „da gibt es Einiges zu verbessern“ dieses aber auch so schnell wie möglich durchführen.

F: Falls die Patientin der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen sie zu überreden?

Z6: Überreden ist eine schwierige Sache. Ich würde versuchen der Patientin und ich würde mich auch mit dem Pflegepersonal kurzschließen und dann vor allem auch mit den Angehörigen, hier mit der Tochter Kontakt aufnehmen und würde sie fragen, ob es in dem besonderen Fall recht ist, dass wir der Patientin mit einer vereinfachten Erklärung eine Mundspüllösung geben. Da das ja nun für den Tagesablauf der Patientin nun keine weitere Relevanz hat. Ich würde da gucken, wie der Geisteszustand der Patientin ist und gegebenenfalls mit der Tochter Rücksprache halten und ihr die Mundspüllösung zur Wahl hinstellen. In Absprache mit dem Pflegepersonal, denn meistens ist es so, dass die Leute damit nichts anfangen können, wenn aber ein netter Pflege oder eine nette Schwester kommt und sagen „Wir machen heute mal Mundhygiene, ich zeig Ihnen mal wie das geht.“ Dann halten die Patienten das für selbstverständlich.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungsansatzes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

Z6: Ja, auf jeden Fall. In einem adäquaten, vereinfachten Umfang, wobei nur wichtige Schlagwörter genommen werden, „Sie haben da ein Mundbrennen. Gegen diese Mundbrennen verschreibe ich Ihnen ein spezielles Mundwasser.“. Das ist eine altersgemäße Aufklärung. Die weitere Aufklärung würde ich mit der Tochter machen.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. K. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z6: Natürlich muss man mit der richtigen Empathie drangehen. Das ist eine Frau, die ist 87 Jahre alt. Die hat, wie man so sagt ihr Leben gelebt. Ich würde versuchen dieser Dame die letzten Lebensmonate und Jahre angenehm zu gestalten und durch minimale Maßnahmen einen maximalen Benefit für sie rausholen.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z6: Ja, weil (-) Ja.

(Das Interview wird wiederum unterbrochen und Z6 erhält Fall Nr. 3 in Printform und wird gebeten ihn aufmerksam zu lesen.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. M. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären zum Beispiel was die prothetische Versorgung betrifft?

Z6: Nein, die Aufklärung würde ich schon machen, damit sie das Gefühl hat und ihr klar wird, dass sie trotz ihrer schweren Grunderkrankung die gleichen Rechte hat, wie jeder andere Patient auch. Ich würde das nicht fatalistisch sehen, sondern ich würde sie im positiven so aufklären, als hätte der Patient eine uneingeschränkte gute Prognose. Da ihr Behandlungswunsch nicht unmittelbar damit zusammenhängt, was ihre allgemeine Grunderkrankung ist. Wobei ich die Langzeitaufklärung etwas vernachlässigen würde. Ich würde aber versuchen raus zu hören, was sie möchte, also wenn sie mich jetzt nach der Haltedauer dieser Prothese fragen würde, würde ich auch wahrheitsgemäß antworten und ihr auch eine zweistellige Zahl nennen. Auch um zu gucken, wie sie das ganze realisiert hat mit ihrer Krankheit.

F: Wenn Sie sich in die Lage der Zahnärztin Dr. M. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben?

Z6: Es ist die Entscheidung einer Dame, die ihre Entscheidung getroffen hat, ich würde nicht versuchen, in ihren bisherigen Therapieverlauf einzugreifen. Ich kann das nachvollziehen. Ich kann das verstehen, dass sie dort diesen Wunsch verspürt und ich würde versuchen, dort diesem Wunsch zu entsprechen, wahrscheinlich wird sehr viel Mitleid mit in der ganzen Behandlung liegen.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z6: Auf jeden Fall, denn es ist ihr persönlicher Wunsch und dieser Patientenwunsch ist zu akzeptieren und zu respektieren. Wenn sie das so wünscht werde ich ihrem Wunsch entsprechen.

F: Würden Sie die Patientin anders beraten?

Z6: Nein.

F: Für wie sinnvoll halten Sie eine solche Versorgung?

Z6: Für absolut sinnvoll, da sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Patientin unglaublich weiterhilft und allein die Annahme des Behandlungswunsches der Patientin ihren psychischen Allgemeinzustand unglaublich aufwertet. Sollte ich ihr diese Behandlung ablehnen, oder sollte ich eine eingeschränkte Behandlung machen, so nach dem Motto „Es lohnt sich ja eh nicht mehr“, dann wäre das medizinisch und ethisch nicht vertretbar. Ich würde sie sogar dazu ermuntern und würde zusätzlich dazu noch versuchen rauszufinden, was sie denn unter einem schönen Lächeln versteht. Sind das weiße Zähne? Sind das grade Zähne? Dann würde ich versuchen ihr diesen sogenannten letzten Wunsch zu erfüllen.

F: Wer sollte ihrer Meinung nach für die Kosten des Zahnersatzes aufkommen? Jetzt vor dem Hintergrund, dass die Tragedauer doch eingeschränkt sein wird.

Z6: Das sollte die Solidargemeinschaft tragen, da wir ja auch bei uns Beiden nie wissen können, wann es vorbei ist. Also das ist eine ganz klare Aussage meinerseits, ich halte es für menschenunwürdig eine Versorgung von der Lebenserwartung eines Patienten abhängig zu machen. Ich halte es ethisch nicht für vertretbar und würde mich auch mit allen Mitteln dagegen wehren, würde aber versuchen, dass diese Auseinandersetzung, die vielleicht mit der Krankenkasse entsteht, nicht auf dem Rücken der Patientin ausgetragen wird, weil dieses Behandeln einer Patientin als Nummer und als Prognose ist in meinen Augen medizinisch nicht vertretbar.

-Z7-

Ethische Aspekte bei der zahnärztlichen Behandlung von Palliativpatienten, Universitätsmedizin Göttingen • Zentrum Psychosoziale Medizin Ethik und Geschichte der Medizin

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. E. und Patient Herr M. stellt sich ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Herr M. in dem Moment da Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund seines seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z7: (--) Nein.

F: Falls der Patient der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen ihn zu überreden?

Z7:(-) Ich würde Ihm, in verständlichen Worten, die Situation aus Sicht des Behandlers erläutern. Aber nicht auf eine (-) druckmachende Weise.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang Aufzuklären?

Z7: Ja, man klärt vereinfacht auf und wenn der Patient keine Beschwerden hat kann man eine solche Behandlung auch später oder gar nicht durchführen.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. E. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z7: (-) Interessiert und mitfühlend, man versucht sich in diese Situation, diese terminale Situation hinein zu versetzen, was natürlich nicht gelingt aber aus diesem Versuch heraus eine sinnvolle und stadiengerechte Therapie zu empfehlen.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den der Patient aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z7: Ja das berechtigt schon. Ja das würde ich auch so machen. Die Patienten können ja auch eine Stomatitis bekommen, oder irgendwelche Infekte an den Zähnen im Rahmen der Immunsuppression und der Chemotherapie, das berechtigt das sicherlich, ganz sicher.

(Das interview wird kurz unterbrochen Z1 bekommt den Fall Nr. 2 in Printform ausgehändigt und liest ihn sich durch.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. K. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Wenn Sie feststellen würden, dass Frau R. in dem Moment da Sie ihre Diagnose erläutern und Ihre Therapieabsicht darlegen, aufgrund ihres seelischen oder gesundheitlichen Zustandes nicht voll erfasst, was Sie beabsichtigen oder Desinteresse zeigt, würden Sie dennoch nachdrücklich auf eine Therapie hinwirken?

Z7: Ja.

F: Falls die Patientin der Behandlung ablehnend gegenüberstünde, würden Sie versuchen sie zu überreden?

Z7: Ich würde versuchen sie zu überreden und der Patientin klar zu machen, dass die bei ihr geplante Therapie zu einer Verstärkung der Candidiasis führen kann.

F: Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungsansatzes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären?

Z7: Ja.

F: Wenn Sie sich in die Lage des Zahnarztes Dr. K. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber dem Patienten beschreiben?

Z7: (--) Also ich würde bei der Patientin denken „was machen die da eigentlich mit der?“ Ja? Bei ihrer Grunderkrankung noch mit Chemotherapie und Bestrahlung und so, das finde ich schon ein bisschen übertrieben. Im Grunde müsste man dort als Zahnarzt, grad in so einer Situation die Maßnahmen wirklich auf das aller notwendigste beschränken.

-Seite 3-

-Z7-

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z7: also, da es hier um die Bestimmung der Candida geht, ist das ja kaum ein Aufwand und das Unterfüttern der Prothesen ist auch nicht so das Schlimmste. Das Beides könnte vielleicht eine leichte Verbesserung der Lebensqualität bewirken, ohne großen Aufwand, so dass ich finde dass das in einem richtigen Verhältnis steht.

(Das Interview wird wiederrum unterbrochen und Z1 erhält Fall Nr. 3 in Printform und wird gebeten ihn aufmerksam zu lesen.)

F: Gehen wir für die folgenden Fragen nun einmal davon aus, Sie wären an der Stelle von Dr. M. und Patientin Frau R. stellt sich Ihnen vor. Könnten Sie sich vorstellen vor dem Hintergrund der schlimmen Erkrankung und des interdisziplinären Behandlungskonzeptes vielleicht sogar in geringerem Umfang aufzuklären zum Beispiel Behandlungsalternativen?

Z7: Ja, ich würde also eher versuchen es genauso zu machen, wie sie es möchte.

F: Wenn Sie sich in die Lage der Zahnärztin Dr. M. versetzen, wie würden Sie ihre Gefühle gegenüber der Patientin beschreiben?

Z7: Also in solch einer Situation meine ich, dass man das was der Patient wünscht und wenn es, sagen wir mal : medizinisch einigermaßen zu vertreten ist und zu bezahlen ist, dann sollte man das auch tun.

F: Glauben Sie, dass der Benefit, den die Patientin aus der Therapie zieht, den Aufwand rechtfertigt?

Z7: Ja.

F: Würden Sie die Patientin anders beraten?

Z7: Anders würde bedeuten keine Prothese zu machen?

F: Ja, oder eine Alternative, zu berücksichtigen ist, dass die Prothese die die Patientin jetzt hat von der Kaufunktion ausreichend ist. Sie wünscht nun grade vor der Hochzeit eine ästhetisch anspruchsvollere Versorgung.

-Z7-

Z7: Da würde ich das gleiche sagen, also wenn es machbar ist und das bezahlbar ist, dann sollte man es auch tun.

F: Für wie sinnvoll halten Sie eine solche Versorgung?

Z7: Sinnvoll.

F: Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Kosten aufkommen? Also so jetzt eher die Solidargemeinschaft mit dem üblichen Anteil ? Oder sie selbst aufgrund der kurzen Tragedauer?

Z7: (-----) Das ist eine Einzelfallentscheidung, im Prinzip die Krankenkasse, so wie die Regeln sind und wenn dann das nicht reicht, so denke ich muss man eine Einzelfallentscheidung herbeiführen, oder gucken ob jemand anderes das bezahlt, wenn die Patientin das nicht bezahlen kann. Aber ich glaube nicht, dass man daraus eine allgemeine Regel machen kann. man kann jetzt nicht bei jedem der terminal krank ist alles bezahlen lassen, das geht nicht.

F: Es geht hier auch nur um diesen konkreten Fall.

Z7: Würde ich sagen, es gibt auch viele Fälle in denen der Zahnarzt stillschweigend den Privatanteil selbst zahlt.

7.3 LITERATURVERZEICHNIS

- Aldred MJ, Addy M, Bagg J, Finlay I (1991): Oral Health of the terminally ill: a cross-sectional pilot survey. *Spec Care Dentist* 11 (2), 59-62
- Anschütz F: Indikation zum ärztlichen Handeln: Lehre, Diagnostik, Therapie, Ethik. Heidelberg Taschenbücher Bd. 218; Springer, Berlin/Heidelberg, 1982
- Cerchiotti LC, Navigante AH, Bonomi MR, Zaderjako MA, Menendez PR, Pogany CE, Roth BM(2002): Effect of topical morphine for mycosis-associated pain following concomitant chemo radiotherapy for head and neck carcinoma. *Cancer* 95 (10): 2230-2236
- Dodd MJ, Larson PJ, Dibble SL, Miaskowski C, Greenspan D, Macphail L, Hauck WW, Paul SM, Ignoffo R, Shiba G (1996): Randomized clinical trial of chlorhexidine versus placebo for prevention of oral mucositis in patients receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 23 (6): 921-927
- Dormenval V, Mojon P, Budtz-Jorgensen E (1999): Associations between self-assessed masticatory ability, nutritional status, prothetic status and salivary flow rate in hospitalized elders. *Oral Dis* 5 (1): 32-38
- Dörner K: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundlagen. Schattauer, Stuttgart/New York, 2001
- Emanuel EJ, Emanuel LL (1992): Four models of the physician-patient relationship. *JAMA, J of the Amer Med*, 22.04.1992 v267 n16 p2221(6)
- Gahl K: Zur Begründungsstruktur ärztlichen Handelns. *Dtsch Med Wochenschr* 2005, 130, 1155-8
- Gray JA: Evidence Based Medicine for Professionals. In: Edards A, Glyn E (Hrsg), Evidence Based Patient Choice, Oxford 2001, 19-33
- Grefe C: Wie geht`s und denn heute? *Die Zeit*, 14.09.2000
- Hartmann F (1983): Konjekturen und Indikationen als Formen ärztlichen Urteils: Vorbereitung eines kritischen Empirismus in der Medizin. In: Toellner R, Sadegh-zadeh K (Hrsg): Anamnese, Diagnose, Therapie. Münstersche Beiträge zur Geschichte und Theorie der Medizin 20.Burgverlag, Tecklenburg 1983, 147-71
- Hartmann F (2003): Der Beitrag erfahrungsgesicherter Therapie (EBM) zu einer ärztlichen Indikationen-Lehre. *Medizinische Materialien* 143. Bochum, Zentrum für medizinische Ethik 2003
- Imsand M, Janssens JP, Auckenthaler R, Mojon P, Budtz-Jorgenson E (2002): Bronchopneumonia and oral health in hospitalized patients. A pilot study. *Gerodont* 19(2): 66-72
- Janket SJ, Baird AE, Chunag SK, Jones JA(2003): Met analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 95 (5): 559-569
- Jobbins J, Bagg J, Finlay G, Addy M, Newcombe RG (1992a): Oral and dental disease on terminally ill cancer patients. *Brit Med J* 304 (6842): 1612
- Jobbins J, Bagg, Finlay G, Addy M, Newcombe RG (1992b): Oral carriage of yeasts, coliforms and staphylococci in patients with advanced malignant disease. *J Oral Pathol Med* 21 (7): 305-308.
- Katzenmeier C: Ärztliche Aufklärung. Theoretische Grundlagen-Praktische Anwendungen. In: Wiesemann C, Simon A (Hrsg.): Patientenautonomie: Mentis ,Münster 2013, 88-102

- Kinley J, Brennan S (2004): Changing practice: use of audit to change oral care practice. *Int J Palliat Nurs* 10 (12): 580-587
- Krones T, Richter G: Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Suhrkamp, Frankfurt/M. 2006, 94-114
- Larue F (1994): Pain and symptoms during HIV disease- A French nation study. *J Palliat Care* 10: 95
- Lefebvre-Chaprio S, Sebag-Lanoe R(1999): Soins palliatifs chez les personnes âgées. *Rev Prat* 49: 1077-1080
- Madeya ML (1996): Oral complications from cancer therapy: Part 1- Pathophysiology and secondary complications. *Oncol Nurs Forum* 23 (5): 801-807
- Mahaffay W (1997): Reseach-based- mouth care in palliative care patients in the community setting. *Int J Palliat Nurs* 3 (6): 330-334
- Maier H, Zoller J, Herrmann A, Kreiss M, Heller W (1993): Dental status and or hygiene in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 108(6): 655-661
- Marckmann G, i.d. Schmitt J (2011): Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell, *Ethik Med* 23 (4): 303-314
- Mayring P: *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken*. Beltz, Weinheim/Basel 2002
- Müller F, Schimmel M (2007): Der multimorbide Patient- Konsequenzen für die prothetische Therapie. *Quintessenz* 58 (11): 1171-1179
- Neitzke G (2003): Ethik im Krankenhaus: Funktion und Aufgaben eines klinischen Ethik-Komitees. In: Wiesing U (Hrsg). *Diesseits von Hippokrates. 20 Jahre Beiträge zur Ethik in der Medizin im Ärzteblatt Baden-Württemberg*. Stuttgart 2003, 399-405
- Nolte K: *Gelebte Hysterie: Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*. Campus, Frankfurt/M 2003
- Peintinger M: *Therapeutische Partnerschaft. Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung*. Springer, Wien 2003
- Raspe HH (1995): Ethische Aspekte der Indikation. In: Toellner R, Wiesing U (Hrsg). *Wissen- Handeln- Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz. Jahrbuch d AK med Eth-Komm i d BRD. Bd. 6*, Stuttgart/Jena/New York 1995, 21-36
- Ruisinger MM (2001): Auf Messers Schneide. Patientenperspektiven aus der chirurgischen Praxis Lorenz Heisters (1683-1758) *Med hist J* 36, 161f
- Schimmel M, Schoeni P, Zulian G, Müller F (2008): Utilization of dental services in a University Hospital Palliative and Long Term Care Unit in Geneva. *Gerodontology* 25 (2): 107-113
- Simon A: Ethische Probleme am Lebensende. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Suhrkamp, Frankfurt/M 2006, 446-478
- Sreebny LM, Valdin A (1988): Xerostomia. Part I: Relationship to other oral symptoms and salivary gland hypo function. *Oral Med Oral Pathol* 66 (4): 451-458

- Sweeney MP, Bagg J (1995): Oral care for hospice patients with advanced cancer. *Dent Update* 22 (10): 424-427
- Theriot NM (2001): Negotiating illness: Doctors, Patients, and Families in the Nineteenth Century. *J o the hist o the Behav Sci* 37, 349-368
- Walsh D (1994): Palliative care: management of the patient with advanced cancer. *Semin Oncol* 21: 100-106
- WHO (2007): WHO Definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (gesehen 21.5.2012)
- Wiseman M (2000): Palliative care dentistry. *Gerodontology* 17 (1): 49-51
- Wiseman M(2006): The treatment of oral problems in the palliative patient. *J Can Dent Assoc* 72 (5): 453-458
- Taylor GW, Burt BA, Becker MP, Genco RJ, Schlossmann M, Knowler WC, Pettitt DJ (1996): Severe periodontitis and risk for poor glycemic control in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Peri dont* 67 (10): 1085-1093
- Yoneyama T, Yoshida M, Matsui T, Sasaki H (1999): Oral care and pneumonia. Oral care work grp. *Lancet* 354 (9177): 515

LEBENS LAUF

Am 03.08.1984 kam ich als drittes Kind von PD Dr. med. Josef Blömer und Dr. med. vet. Reinhild Blömer, geb. Glunz, in Höxter zur Welt.

Von Juli 1990 bis August 1994 besuchte ich die katholische Grundschule Albaxen.

Im Juni 2003 legte ich das Abitur am städtischen König-Willhelm-Gymnasium in Höxter ab.

Am 01.07.2003 trat ich meinen Wehrdienst im PanzeraufklärungsLehrBataillon 3 in Lüneburg an, wo ich zum Reserveoffizier der Panzeraufklärungstruppe ausgebildet wurde und mein Offizierspatent erhielt.

Im Juni 2005 quittierte ich den Dienst. Vom 01.07.2005 bis zum 31.10.2005 absolvierte ich ein Krankenpflegedienstpraktikum auf der unfallchirurgischen Pflegestation des St. Ansgarkrankenhauses in Höxter, um zum 01.01.2006 erneut in die Streitkräfte einzutreten, diesmal in der Laufbahn der Sanitätsoffiziere.

Im Sommersemester 2006 nahm ich im Zuge meiner Ausbildung das Studium der Zahnmedizin an der Georg-August-Universität zu Göttingen auf.

Nach bestandenem Examen erhielt ich im November 2011 die Approbation als Zahnarzt.

Im Rahmen meiner Verwendung praktizierte ich von Januar bis Juni 2012 als Zahnarzt in München, anschließend von Juni 2012 bis Juli 2013 in Holzminden.

Seit dem 04.07.2013 bin ich als Zahnarzt in Daun tätig.