



# Ethisch-rechtliche Gesichtspunkte bei zahnärztlichen Hilfseinsätzen im Ausland

Eine Handreichung

Dominik Groß, Christoph Benz, Christoph Hoder-Przyrembel,  
Dietmar Oesterreich, Bernd Oppermann, Robert Sader und Maik Wieczorrek

## Präambel

In zahlreichen Ländern der Welt ist die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung nicht in ausreichendem Maße gewährleistet. Um den betroffenen Menschen zu helfen, entscheiden sich daher viele Zahnärzte und Zahnärztinnen für ehrenamtliche Einsätze im Ausland – darunter auch Studierende, etwa im Rahmen einer Famulatur oder der Tätigkeit in einer Hilfsorganisation.

Doch oft findet der Hilfseinsatz unter schwierigen Rahmenbedingungen statt, oder er ist privat initiiert und mit einer touristischen Reise in das betreffende Einwicklungsland verwoben bzw. mit den Verantwortlichen vor Ort nicht (hinreichend) abgestimmt. Diese und weitere, ähnliche Aspekte können zu spezifischen ethischen und/oder rechtlichen Konflikten führen. Auch der konkrete Aufgaben- und Einsatzbereich von Studierenden in derartigen Einsätzen wirft Fragen auf. Vor ebendiesem Hintergrund soll die vorliegende Handreichung eine Orientierung bieten.

## Allgemeine Prinzipien

Zahnärztliche Hilfeinsätze in Ländern mit entsprechendem Bedarf sind grundsätzlich zu begrüßen. Im Regelfall sind sie altruistisch geprägt und insofern als humanitärer Akt einzuordnen; sie entsprechen überdies dem Kernanliegen des Genfer Gelöbnisses (2017).<sup>1</sup>

Allerdings gilt es stets die jeweiligen Rahmenbedingungen und die konkrete Ausgestaltung dieser Einsätze zu berücksichtigen. Als *rechtliche* Maßgaben gelten hierbei die Bestimmungen des Heimatlandes der Helfenden und des jeweiligen Einsatzlandes; *ethische* Orientierung bieten die vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress<sup>2</sup> (sog. „Prinzipienethik“: Respekt vor der Patientenautonomie, Nichtschadensgebot, Fürsorgegebot, Gerechtigkeit).

### (1) Rechtliche Einordnung

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass das deutsche Berufsrecht<sup>3</sup> auch unter den Bedingungen der zahnärztlichen Tätigkeit im Ausland Anwendung findet.<sup>4</sup> Demnach dürfen nur *approbierte* Zahnärzte und Zahnärztinnen die Zahnheilkunde ausüben; dieses Rechtsprinzip gilt im Übrigen nicht nur in Deutschland,<sup>5</sup> sondern in nahezu allen Ländern. Hiervon ausgenommen sind nach deutscher ZApprO eine Ausbildungssituation im Sinne des § 7 oder ein Famulaturverhältnis im Sinne von § 15 ZApprO; beide Situationen liegen bei Studierenden im Auslandseinsatz nicht regelhaft vor. Ebenfalls hiervon ausgenommen sind Eingriffe im Rahmen eines rechtfertigenden Notstandes, etwa bei einem akut lebensbedrohlichen Zustand nach § 34 StGB; doch auch diese Voraussetzung ist in der Zahnheilkunde höchst selten gegeben.

Überdies kommt Zahnärzte und Zahnärztinnen im Hilfeinsatz eine Garantenpflicht zu, d.h., sie müssen sicherstellen, dass die ihnen zugeordneten Studierenden nur im Rahmen des rechtlich Zulässigen vorgehen (§ 831/832 BGB). Der hehre Wille zur Hilfeleistung kann hierbei die zivil-rechtliche Verantwortlichkeit der Behandler und Behandlerinnen in einem Schadensfall nicht übertrumpfen.

---

<sup>1</sup> Deklaration von Genf, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration\\_von\\_Genf\\_DE\\_2017.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf), („Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen [...] Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen [...]“).

<sup>2</sup> Beauchamp T.L., Childress J.F.: Principles of biomedical ethics. 6. Auflage, Oxford/New York, Oxford University Press, 2009. Auch die Prinzipienethik spiegelt sich in der aktuellen Version des Genfer Gelöbnisses wider (vgl. Fn. 1) („Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein. Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.“)

<sup>3</sup> Studierende unterliegen dem Berufsrecht noch nicht, sondern sind unselbstständig tätig.

<sup>4</sup> Müllerschön A., Vollmuth R., Gumprecht N., Oppermann B., Neitzke G., Grassl S., Walter K., Wild E.: Die Klinisch-Ethische Falldiskussion, Hilfsaktionen: Engagement im Rechtsfreien Raum, Zahnärztliche Mitteilungen, Band 6, 2020, S.24-34.

<sup>5</sup> Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, hier § 1, <https://www.gesetze-im-internet.de/zhg/BJNR002210952.html>.

## (2) Ethische Einordnung

Zum *Respekt vor der Patientenautonomie* gehört es, die Entscheidungskompetenz der Patienten und Patientinnen zu stärken und ihnen so selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen (Informed consent).<sup>6</sup> Hierzu zählt die Darlegung des Ausbildungsstandes der in den Einsatz involvierten Studierenden, die vollständige und verständliche Aufklärung über den jeweiligen Befund der zu behandelnden Personen und die bestehenden Therapieoptionen. Ein besonderes Augenmerk gilt im Auslandseinsatz der Überwindung etwaiger Sprach- und Kulturbarrieren (ggf. Zuhilfenahme einheimischer Übersetzer, Einsatz von Piktogrammen, Aufzeichnungen in Lautschrift, stärkeres Einbeziehen von Gestik, Mimik und Tonalität der Stimme bei der Ausgestaltung des Aufklärungsgesprächs).

Zu bedenken ist, dass die Prinzipienethik ein Konstrukt des westlichen Kulturkreises ist und entsprechend auf die Situation im Einsatzland angepasst werden muss. Dies gilt auch für das jeweilige Verständnis von Autonomie; so muss ggf. ein Übergang vom „individual informed consent“ zum „family consent“ praktiziert werden – eben dort, wo ein Mitspracherecht der Familie bei individuellen Entscheidungen üblich ist. Unter Umständen ist auch auf unterschiedliche Krankheitsverständnisse (z.B. ganzheitliche vs. lokalistische, d.h. organbezogene Krankheitsauffassung) und Gewohnheiten (z.B. fehlende Tradition einer ausführlichen Risikoaufklärung) Rücksicht zu nehmen. Diese soziokulturellen Besonderheiten dürfen aber nicht zu Stereotypisierungen bzw. Diskriminierungen oder zu paternalistischem Verhalten führen; sie sollten vielmehr in die konkrete Ausgestaltung des Aufklärungsgesprächs einfließen, ohne dessen Vollständigkeit und Sorgfalt zu beeinträchtigen.

Was das *Nichtschadensgebot* und das *Fürsorgegebot* (Gebot des Wohltuns) betrifft, so gelten die allgemeinen Standards der Zahnheilkunde. Die Tätigkeiten der Behandelnden müssen am Qualifikationsgrad orientiert sein. Dementsprechend sind Studierende nur entsprechend ihres jeweiligen Ausbildungsstandes einzusetzen. Die arbeitstechnischen Bedingungen (Instrumentarium, Geräte, Diagnostik, Hygiene, Einwegartikel, Stuhlassistenz) und die Gegebenheiten vor Ort (Patientenandrang, Arbeitslast der Helfenden) müssen die Einhaltung von Mindeststandards bezüglich Arbeitsqualität und -sicherheit erlauben; ebenso ist darauf zu achten, dass Behandelnde und (unerfahrene) Studierende keine unnötigen Infektionsrisiken für sich selbst eingehen. Bei hohem Patientenandrang muss es die Möglichkeit geben, Behandlungsbedarfe nach Dringlichkeit zu bewerten (elektive vs. notfallmäßige Maßnahmen) bzw. zu triagieren; hierbei sollten auch bestehende Alternativen (Nichtbehandlung, Behandlung durch Einheimische) geprüft werden. Ebenso gilt es die verfügbaren (stationären) Versorgungsstrukturen vor Ort zu eruieren und in die Planung des Hilfseinsatzes einzubeziehen, da gerade bei suboptimalen und ungewohnten zahnärztlichen Arbeitsbedingungen von einem erhöhten

---

<sup>6</sup> Parallel ist zu prüfen, inwieweit die konkrete Unterstützung lokaler Strukturen des Gesundheitswesens (durch Ausbildungsinitiativen, technischen Support etc.) mittelbar *ebenfalls* zu einer Stärkung der Patientenrechte und damit zu mehr Patientenautonomie führen kann.

Komplikationsrisiko auszugehen ist. Auch kann es geboten sein, auf risikoträchtige Behandlungsmaßnahmen gezielt zu verzichten und ausschließlich Maßnahmen mit geringem Schadenspotential bei gesichertem Nutzen vorzunehmen. Insgesamt müssen Patientenwohl und -sicherheit stets Vorrang vor der Risikobereitschaft und dem möglichen Erfahrungsgewinn des Behandelnden haben. Dies gilt insbesondere auch für den Einsatz von zahnärztlichen Technologien, für die im Heimatland noch keine hinreichenden Fertigkeiten erworben wurden.

Schließlich sind *Gerechtigkeitsaspekte* zu berücksichtigen. Sie lassen sich am besten anhand von Leitfragen überprüfen: Ermöglicht der geplante Hilfseinsatz aus Sicht der Einheimischen einen fairen und gerechten Zugang zur Behandlung (Zugangsgerechtigkeit)? Ist die Belastung für die einheimischen Patienten im bestehenden Rahmen des Hilfseinsatzes angemessen (Wartezeit, Aufklärung, Versorgung, Nachsorge)? Werden einheimische (Fach-)Kräfte im Hilfsprojekt als gleichwertige Partner akzeptiert und ist eine kollegiale Zusammenarbeit gewährleistet? Sind die gestellten Erwartungen an die involvierten Studierenden fair und angemessen? Verbessert die Einbindung von Studierenden in der Summe die Versorgung der zu behandelnden Personen (ohne durch ihren Einsatz Ressourcen zu binden, die an anderer Stelle – z.B. für die Tätigkeit einheimischer Fachkräfte – fehlen und damit in der Patientenversorgung wegfallen würden)? Besagte Fragen sollten jeweils bejaht werden können.

### **Schlussfolgerungen**

Aus den vorgenannten normativen Kriterien lassen sich konkrete Schlussfolgerungen ableiten (1) für die grundsätzliche Ausgestaltung des zahnärztlichen Hilfseinsatzes,

(2) für die Rolle von Studierenden bei derartigen Hilfsprojekten und

(3) für die strittige Frage der Kombination von Hilfseinsätzen mit touristischen Reisen.

Was (1) die *grundsätzliche Ausgestaltung des zahnärztlichen Hilfseinsatzes* betrifft, so sollten alle Aktivitäten von Professionalität und vom Primat des Patientenwohls getragen sein und zudem die Versorgungssituation vor Ort nachhaltig verbessern. Die besagten Maßgaben lassen sich nach Sader<sup>7</sup> in folgende Leitsätze „übersetzen“:

- Sei ein/e Spezialist/in und nicht ein/e Auszubildende/r für das, was Du tust!
- Behandle Deine Patienten und Patientinnen im Hilfseinsatz mit derselben Sorgfalt wie im Inland!
- Führe möglichst viele Eingriffe mit einer lokalen Fachkraft durch, um die Fachkompetenz vor Ort zu stärken!
- Führe ein Follow-Up Deiner Patienten und Patientinnen durch, um Langzeiterfolg und Nachhaltigkeit zu gewährleisten!

---

<sup>7</sup> Leitsätze modifiziert für den zahnärztlichen Einsatz nach: Sader, R.: Dr. Fenton Braithwaites Oration 2007, Medal of Honour der Indian Association of Cleft Lip and Palate/Chandigarh [nicht publiziert].

- Unterstütze mit Deinem Hilfsprojekt die lokale (interdisziplinäre) Infrastruktur und den lokalen Ausbildungsstand, um vor Ort Qualität und zukünftige Autonomie zu entwickeln!
- Motiviere das Team vor Ort, damit es sich als gleichwertigen Partner betrachtet!

(2) *Die Rolle von Studierenden in zahnärztlichen Hilfsprojekten* ergibt sich aus den rechtlichen Gegebenheiten und dem Vorrang des Patientenwohls vor der Risikobereitschaft und dem möglichen Erfahrungsgewinn des Behandelnden: Studierende sollten demnach schwerpunkt-mäßig in den Bereichen Anamneseerhebung, Befundung, Mundhygieneinstruktion, (vorbe-reitende) Aufklärung, (vorläufige) Therapieplanung, Vorbehandlung, Prophylaxe und (Stuhl-)Assistenz eingesetzt werden. Daneben kommen sie – bei entsprechenden Vorkenntnissen – für nichtinvasive Tätigkeiten in Frage, die üblicherweise an ZFA delegiert werden (Provisorien anfertigen und einsetzen, Abdrucknahme, Röntgen, Sterilisieren etc.). In allen genannten Bereichen steht einem großen potentiellen Nutzen ein geringes Schadenspotential gegenüber. Invasive therapeutische Maßnahmen sollten Studierende dagegen *allenfalls zusammen* mit geschulten Zahnärztinnen oder Zahnärzten vornehmen. Überdies sollten Studierende für den Bedarfsfall grundsätzlich auf einen organisierten zahnärztlichen Hintergrunddienst zurückgreifen können.

(3) Was die *strittige Frage eines privat organisierten Hilfseinsatzes im Rahmen einer touristischen Reise in ein Einwicklungsland* betrifft,<sup>8</sup> so ist auf den genuin unterschiedlichen Charakter beider Aktivitäten Rücksicht zu nehmen: Ein *Hilfseinsatz* ist an entsprechende Expertisen und Vorerfahrungen der Akteure gebunden. Er orientiert sich zudem streng an den Kriterien Professionalität und Primat des Patientenwohls und sollte überdies – bezogen auf die lokalen Versorgungsstrukturen – auf Nachhaltigkeit angelegt sein; hierbei sollten persönliche Interessen der Helfenden weitestgehend zurücktreten. Eine *touristische* Reise wiederum dient zuvorderst der persönlichen Erholung und Zerstreuung und dem Ich-Erleben der Reisenden.

Gemäß den vorgenannten Kriterien verbieten sich z.B. unvorbereitete und nicht abgestimmte Besuche bei Einheimischen mit spontanen Prophylaxe- oder Behandlungsangeboten – nicht nur aus Gründen der Professionalität, sondern auch aus Respekt vor den betreffenden Personen und deren Selbstbestimmung. Grundsätzlich ist bei jedem Hilfseinsatz der soziokulturelle und historische (ggf. postkoloniale) Kontext des Partnerlandes zu berücksichtigen; eine kritische Selbstreflexion über ethnozentristische Denkweisen ist dementsprechend auch bei (zahn-)medizinischen Hilfseinsätzen und deren Berichterstattung notwendig.

Wenn entsprechende Vorkenntnisse für einen privat organisierten Hilfseinsatz vorliegen und ein solcher Einsatz mit einer privaten Urlaubsreise verbunden werden soll, ist darauf zu achten, dass die touristische Reise und der eigentliche Hilfseinsatz zeitlich und

---

<sup>8</sup> Vgl. etwa Lenz, R., Schutte, J.: Dentists on bokes. 2 Zahnärzte, 2 Motorräder, 14.000 km, Zahnärztliche Mitteilungen, Band 13, 2020., S.78-79.

koordinativ nicht vermengt werden, sondern klar voneinander getrennt bleiben, um den disparaten Zielsetzungen beider Aktivitäten Rechnung zu tragen.

Sofern im Nachgang über einen derartigen Hilfeinsatz im Kontext einer touristischen Reise öffentlich berichtet wird, sollte die betreffende Darstellung vollständig auf den besagten Einsatz abstellen, die Rolle der Hilfsbedürftigen in angemessener Weise reflektieren bzw. darstellen und zudem keine Anhaltspunkte für Selbstmarketing und persönliche Befangenheiten bieten.

### **Weiterführende Literatur**

Beauchamp T.L., Childress J.F.: Principles of biomedical ethics. 6. Aufl., Oxford, Oxford University Press, 2009.

Berg J.W., Appelbaum P.S., Lidz C.W., Parker L.S.: Informed consent. Legal theory and clinical practice. 2. Auflage, Oxford, Oxford University Press, 2001.

Bleakley A., Brice J., Bligh J.: Thinking the post-colonial in medical education, Medical education, Band 42, Heft 3, 2008, S.266-270.

Carrese J.A., Rhodes L.A.: Western bioethics on the Navajo reservation. Benefit or harm?, Journal of the American Medical Association, Band 274, Heft 10, 1995, S.826-829.

Chiodo G.T., Tolle S.W.: Informed consent across cultures, General Dentistry, Band 45, Heft 5, 1997, S.421-424.

Deklaration von Genf,  
[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration\\_von\\_Genf\\_DE\\_2017.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf)

Downing R., Kowal E.: A postcolonial analysis of Indigenous cultural awareness training for health workers, Health Sociology Review, Band 20, Heft 1, 2011, S.5-15.

Faden R.R., Beauchamp T.L.: A history and theory of informed consent. Oxford, Oxford University Press, 1986.

Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG), <https://www.gesetze-im-internet.de/zhg/BJNR002210952.html>

Hall A.: What the Navajo culture teaches about informed consent. HEC Forum, Band 14, Heft 3, 2002, S.241-246.

Ilkilic I.: Bioethical conflicts between Muslim patients and German physicians and the principles of biomedical ethics, Medicine and Law, Band 21, Heft 2, 2002, S.243-256.

Ilkilic I.: Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten, Deutsche Medizinische Wochenschrift, Band 132, 2007, S.1587-1590.

Kleinman A., Benson P.: Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. PLoS Medicine, Band 3, Heft 10, 2006, S.1673-1676.

Lenz, R., Schutte, J.: Dentists on bikes. 2 Zahnärzte, 2 Motorräder, 14.000 km, Zahnärztliche Mitteilungen, Band 13, 2020, S.78-79.

Müllerschön A., Vollmuth R., Gumprecht N., Oppermann B., Neitzke G., Grassl S., Walter K., Wild E.: Die Klinisch-Ethische Falldiskussion, Hilfsaktionen: Engagement im Rechtsfreien Raum, Zahnärztliche Mitteilungen, Band 6, 2020, S.24-34.

Sader R.: Dr. Fenton Braithwaites Oration 2007, Medal of Honour der Indian Association of Cleft Lip and Palate/Chandigarh [nicht publiziert]

Sullivan N.: International clinical volunteering in Tanzania: A postcolonial analysis of a Global Health business, Global Public Health, Band 13, Heft 3, 2018, S.310-324.

Tiwari T., Jamieson L., Broughton J., Lawrence H.P., Batliner T.S., Arantes R., Albino J.: Reducing indigenous oral health inequalities: A review from 5 nations, Journal of Dental Research, Band 97, Heft 8, 2018, S.869-877

Wiesemann C.: Autonomie als Bezugspunkt einer universalen Medizinethik, Ethik in der Medizin, Band 24, Heft 4, 2012, S.287-295.

---

#### **In die Abfassung formal eingebunden:**

Arbeitskreis Ethik der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Bundeszahnärztekammer, Dentists for Africa, German Dental Carehood International, Ladakhpartners-Partnership Local Doctors, Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte