

Die DGZMK definiert neue Zuständigkeit der Zahnheilkunde

Teil II

„Haftungsfalle Aufklärungsmangel“

Chance für den Fachzahnarzt für Kieferorthopädie durch Aufklärung über Alternativbehandlungen

„Selbstbestimmungsrecht des Patienten darf nicht missachtet werden“ (DZW 16/06)

G. Risse

Der Rechtsanwalt Ralf Großbölting, Berlin, schrieb in der DZW 16/06 einen auch für Kieferorthopäden bemerkenswerten Artikel: „Haftungsfalle Aufklärungsmangel“.

„Auch eine ordnungsgemäße Versorgung des Patienten schützt vor einer möglichen Haftung des Zahnarztes nicht. Erhebt der Patient die Rüge, er sei im Vorfeld der Behandlung über Chancen und Risiken sowie Behandlungsalternativen nicht hinreichend oder nicht rechtzeitig informiert gewesen, so kann der Zahnarzt zum Schadensersatz verurteilt werden.“

(DZW 16/06, A z: 1U. 105/03)

Dieses Urteil ist zwischenzeitlich eines von vielen Urteilen mit gleichem Ergebnis, wobei die Bedeutung dieser Urteile darin liegt, dass besonders auch über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden muss, damit der Patient sein Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen kann. Bei unzureichender Aufklärung tritt automatisch eine Beweislastumkehr ein. Der Schadensersatz besteht nach einem Urteil des Oberlandesgericht Stuttgarts neben einer direkten Schadensersatzzahlung in einer Haftung für alle *„vergangenen und zukünftigen materiellen wie immateriellen Schäden“*. (LG Stuttgart, Az. 1 U 25 /05)

Da zwischenzeitlich von der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie, DGZMK, u. a. Trigeminusneuralgie und auch sogar Migräne als mögliche Folge von falsch stehenden Zähnen anerkannt ist, kann es für den Kieferorthopäden bei mangelhafter Aufklärung teuer werden.

I Allgemeine Übersicht, Aufklärung

„Haftungsfalle Aufklärungsmangel“:

1) Diagnostik, Krankheitsbeschreibung, Eingriffsumfang

Die erste „Haftungsfalle Aufklärung“ trifft zu, wenn keine klinische Funktionsdiagnostik betrieben wurde, und der Patient nicht über seine medizinischen Probleme bzw. sein Krankheitsbild aufgeklärt wurde. Schwere Krankheitsbilder der CMD treten nicht erst u.a. nach einer Stufe von 6 mm ein, sondern - im Gegenteil - häufig bereits überwiegend durch Zwangsbissführungen auch unterhalb dieser 6 mm u.a. in Verbindung mit einem tiefen Biss ohne das Charakteristikum: „Traumatischer Gingivaeinbiss“. Dieser „Traumatische Einbiss“ in die Gingiva ist in seiner Krankheitsbedeutung verschwindend gering gegenüber den komplexen Schäden an Gelenken und Muskeln durch Zwangsbissführungen, häufig oder meistens ohne traumatischen Einbiss – somit eine Fehlorientierung.

„Die Erteilung einer forensisch wirksamen Zustimmung hängt davon ab, dass der Patient das Notwendige über den Eingriff weiß, er sich über die Dringlichkeit und mögliche Gefahren bewusst werden und abwägen konnte, ob die vorgeschlagene Behandlung für ihn in Betracht kommt oder er doch eher eine andere Behandlung - möglicherweise auch bei einem anderen Arzt – wünscht.“

2) Selbstbestimmungsrecht des Patienten

„Aufklärung über Behandlungsalternativen brisant

Ist der Patient nicht im Groben und Ganzen über Behandlungsalternativen aufgeklärt worden, so wird nach der Rechtsprechung der höchsten deutschen Gerichtsbarkeit angenommen, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten missachtet wurde, und die „Haftungsfalle“ schnappt zu. Erschwerend kommt für den Arzt hinzu, dass er in der forensischen Auseinandersetzung beweisbelastet für die ordnungsgemäße Aufklärung ist.“

Für den kieferorthopädischen Patienten ist es von sehr großer Bedeutung, ob eine Behandlung mit Extraktionen oder ohne Extraktionen erfolgt, ob er große Schmerzen ertragen muss und was eine Behandlung insgesamt bewirkt.

Unter „Behandlungsalternativen“ sollte zunächst darüber aufgeklärt werden, was eigentlich behandelt wird oder behandlungsbedürftig ist. Aus der Neuausrichtung der Zahnmedizin zur Behandlung von CMD-Erkrankungen ergeben sich völlig neue Behandlungsalternativen. Es wird nicht nur ein schief stehender Zahn „begradigt“, sondern die CMD-Erkrankung durch „den schief stehenden Zahn“ therapiert.

Näheres siehe im folgenden Kapitel, spezielle Aufklärung, Anatomie.

3) Behandlungstechniken, Alternativen

Unterschiedliche Behandlungstechniken / Belastung des Patienten:

Der Zahnarzt hat über „unterschiedliche Behandlungstechniken, die aus ex-ante-Sicht des Zahnarztes eine gleichwertige Versorgungschance bieten, aber insbesondere eine deutlich unterschiedliche Beanspruchung des Patienten durch die Behandlung zur Folge haben, seinen Patienten über diese Behandlungsalternative aufzuklären und die Therapiewahl unter Berücksichtigung der subjektiven Gründe des Patienten vorzunehmen.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird dadurch verletzt, dass der Zahnarzt eigenmächtig eine bestimmte Behandlungsmethode wählt, selbst wenn dabei dem Zahnarzt ein Behandlungsfehler nicht nachgewiesen werden kann.“

4) Medizinische / zivilrechtliche Haftung, Dokumentation

„Eine ausführliche Dokumentation des Aufklärungsgesprächs hilft dem Arzt, die Erfüllung seiner Aufklärungspflicht zu beweisen, denn sie stellt ein Indiz für die erfolgte Aufklärung dar.

Eine sich hierauf berufende Aussage des gerichtlich vernommenen Arztes kann dann sogar zur exculpierenden Beweisführung ausreichen. Ein solches vorbeugendes Handeln ist in einer Zeit, in der aus nahezu jedem KZV-rechtlichen Vertragswandel-Verfahren ein zivilrechtlicher Haftungsfall wird, nötiger denn je.“

II Spezielle Aufklärung

1) Die anatomische Ausrichtung, das Behandlungsziel

Die klinische Funktionsdiagnostik definiert den erweiterten Therapierahmen des Kieferorthopäden über die sog. Kieferorthopädischen Indikationsgruppen, KIG, hinaus.

Dadurch erhalten „falsch stehende Zähne“ eine deutlich erweiterte medizinische Bedeutung der Therapie von Kopf- und Nackenschmerzen sowie von Gelenkschäden und deren Verhütung.

Umso mehr muss der Patient darüber aufgeklärt sein, was dann falsche Zahnstellungen sind.

Hierzu gehören die übliche Angle-Klassifizierung, Fehlbeziehungen der Zähne über den KIG hinaus, die Darstellung richtiger Zahnangulationen, mögliche Frühkontakte, Abrasionen, Zwangsbissführungen und ganz besonders die Darstellung und Bedeutung von Zahnkippen und falscher Zahnangulationen während des Wachstums und nach dem Wachstum.

Der Patient muss darüber aufgeklärt sein,

- **dass es in der Kieferorthopädie/Orthodontie zwei sich in wesentlichen Bereichen widersprechende Definitionen der Okklusionsanatomie und Zahnangulationen vorliegen:**
 - a) die offizielle Ausrichtung in der Orthodontie nach Andrews
 - b) die Ausrichtung nach der offiziellen Funktionellen Anatomie nach G.-H. Schumacher.
 - Der Patient sollte wissen, dass die sechs Schlüssel der Okklusion und Zahnangulationen nach Andrews an Hand von 120 Gipsmodellen im Rahmen der Straight-Wire-Technik entwickelt wurden.
 - Der Patient sollte wissen, dass die Anatomie die offizielle Disziplin zur Orientierung anatomischer Ausrichtung ist und weniger eine Doktorarbeit an 120 Gipsmodellen. In der offiziellen Anatomie wurden klare Definitionen der Zahnangulationen wie der Okklusionskurven gemacht, denen in zentralen Bereichen die Zahnangulationen der Schlüssel I und II nach Andrews gravierend widersprechen. So ist auch nach der Evolutionslehre eine gerade Kauebene nach Schlüssel VI von Andrews ein charakteristisches Merkmal von prähistorischen Hominiden. Der Homo sapiens hat eine gekrümmte Kaukurve, die sog. Kompensationskurve, oder Spee´-Kurve. Dieses wurde bereits 1963 auch in den Fortschritten der Kieferorthopädie veröffentlicht, stellt somit eine verbindliche Orientierung dar. Von der Funktionellen Anatomie wird diese Kompensationskurve in Verbindung mit achsialer Belastung der Zähne besonders im Molarenbereich und korrekten Funktionsbeziehungen der Kiefer zu den Gelenken und Muskelvektoren gebracht.
- Die gravierenden Unterschiede der offiziellen Anatomie zu der offiziellen Orthodontie nach Andrews wurden auch auf der 77. Wissenschaftlichen Jahrestagung der DGKFO, 2004, vorgetragen und u.a. in der UOO/COO der Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden veröffentlicht. Die Bio-Funktionelle Orthodontie definiert zusätzlich zur offiziellen Funktionellen Anatomie altersbezogene Zahnangulationen besonders der ersten oberen Molaren „age adapted angulations“, (aaa) als „Schlüssel der Funktionellen Okklusion.“ (G. Risse 1-2, UOO/COO, 2004/2005)

Hier nochmals die bildliche Übersicht, welche dem Patienten zur einfachen Darstellung gezeigt werden sollte:

Anatomische Aufklärung des Patienten

Evolutionslehre

P. Andrik, die Entwicklung der Bissanomalien vom Neolithikum bis zur Gegenwart
 „Fortschritte der Kieferorthopädie“ Bd. 24 H. 1 (1963)

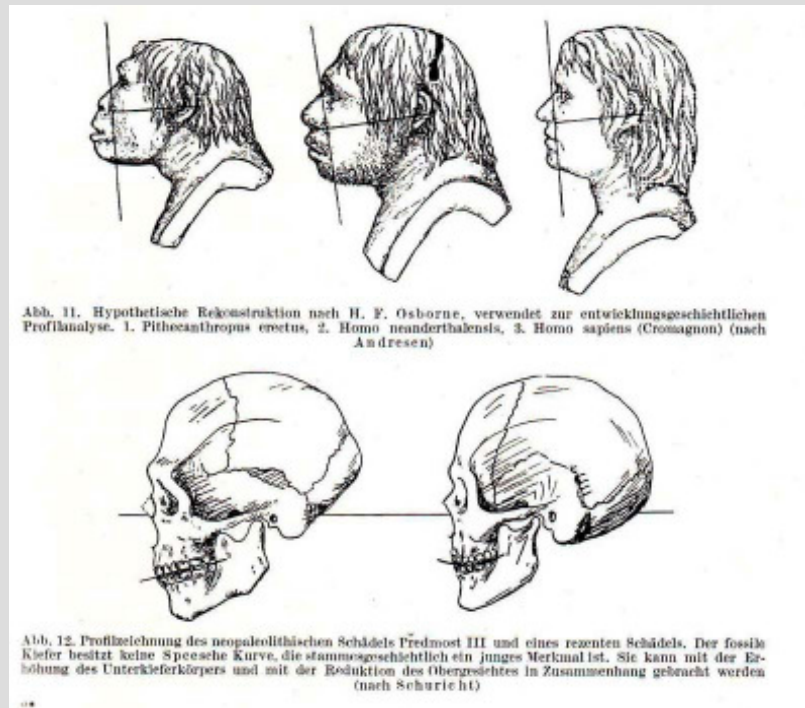


Abbildung 1 Gegenüberstellung der geraden Kauebene prähistorischer Hominiden zur Kompensationskurve des Homo sapiens mit entsprechender Profilgestaltung.

Okklusionskurve, Kompensationskurve, Zahnangulation und Mesialdrift durch Ausrichtung nach Andrews

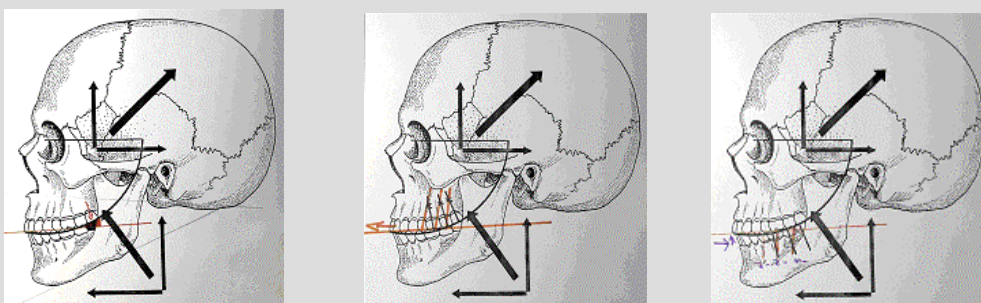


Abbildung 2 Die Okklusionskurve und Muskelzugrichtungen.

Widersprüchliche Zahnangulationen zwischen offizieller Anatomie / Schumacher und Orthodontie / Andrews der Kieferorthopädie

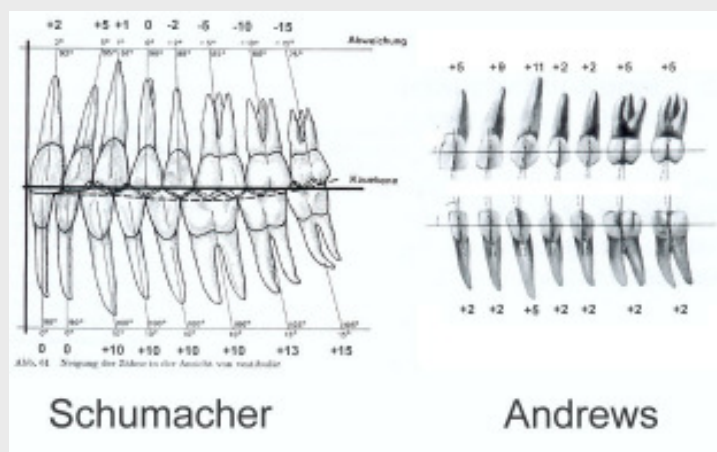


Abbildung 3 Falsche Zahnstellungen nach Andrews, vielfach Voraussetzung für unnötige Zahnextraktionen, Parodontose durch Diagonalbelastung der Zähne, komplexe Dysfunktionen, Ursache für CMD-Erkrankungen

Hebelmomente im Molarenbereich durch Begradigung der Kompensationskurve mit Distalbelastung der Gelenke mit Überbelastung der Bilaminären Zone der Gelenke mit Möglichkeit zum Diskusvorfall und Tinnitus.

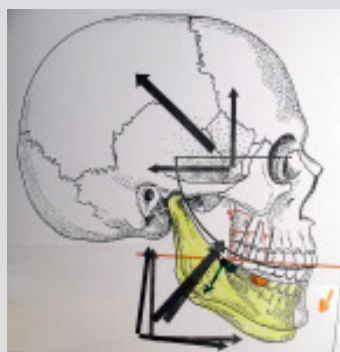


Abbildung 4 Begradigung der Okklusionskurve als Ursache komplexer Dysfunktion der Zähne, Okklusion, der Kiefergelenke und Muskeln (CMD)

Hebelmomente durch Frühkontakte in verschiedenen Bereichen der Okklusion nach P. Ludwig (Habilitationssarbeit)

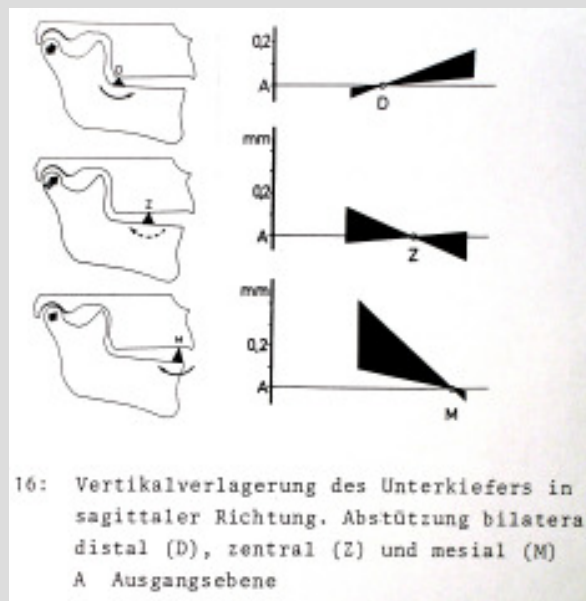


Abbildung 5

Nähere klinische Informationen sind aus den Artikeln in der UOO/COO 1-2 / 2004 und 1-2 / 2005, G. Risse zu entnehmen.

- *Die funktionelle und pathologische Kiefergelenkbelastung in Abhängigkeit von okklusalen Belastungsparametern* (Ausgabe 1-2, 2004)

- *Qualitätsstandards (QS) in der Orthodontie/Multibandtechnik Lehrmeinung, Ausbildung, Evidenz, Behandlung* (Ausgabe 3-4, 2004)

- *Die Angulation der ersten permanenten oberen Molaren, der Schlüssel zur funktionellen Okklusion* (Ausgabe 1-2, 2005)

- Der Patient sollte darüber aufgeklärt sein, dass die Ausrichtung der Zahnangulationen die zentrale Weichenstellung, besonders bei einem jungen Patienten, ist, da altersentsprechende Zahnangulationen der oberen ersten Molaren mit ca. -10° im Gegensatz zu Andrews und der offiziellen Lehre der Kieferorthopädie/Orthodontie von $+5^\circ$ eine völlig unterschiedliche Bewertung der Behandlungsbedürftigkeit und der Schwierigkeit bedeuten.
- Darüber hinaus bedeutet eine Molarenangulation von $+5^\circ$ nach Andrews neben einer Mesialdrift der oberen Zähne in eine mesialere Verzahnung auch gleichzeitig eine wesentlich häufigere Extraktion von Zähnen als bei der Einstellung nach der offiziellen Anatomie notwendig.

- Nicht achsial belastete, mit der Krone nach mesial angulierte Zähne im (+)-Bereich neigen zu Parodontalschäden durch nicht achsiale Belastung.
- Eine begradigte Kompensationskurve ist eine von vielen Ursachen für fehlbelastete Gelenke.
- Insgesamt bedingt eine Behandlung mit der anatomischen Ausrichtung nach Andrews und der offiziellen orthodontischen Lehre einen völlig anderen, durch viele unnötige Extraktionen begleiteten Behandlungsverlauf, gesteigerter Invasivität, Gefährdung der Stabilität, der Zahnparodontien und der Kiefergelenke mit Folgen für Muskelverspannungen und CMD-Erkrankungen.

Haftungsfalle Lehrmeinung

Die offizielle Lehre der Okklusion nach Andrews durch die Vorgabe der Hochschulen allein stellt keinen Schutz vor Haftung dar, nur weil sie z.Zt. kieferorthopädische Lehrmeinung ist. Die Lehrmeinung der offiziellen Anatomie ist maßgeblich. Zumindest muss der Patient – und dieses zwingend – über die Okklusionsanatomie der offiziellen Anatomie aufgeklärt sein, da andernfalls das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in einem ganz entscheidenden Bereich der Diagnostik und klinischen Therapie und Ausrichtung gröblichst verletzt wird!

Letztendlich muss der Patient über diese beiden Versionen aufgeklärt sein und entscheiden. Dem Verfasser ist kein Patient bekannt, der sich nach Aufklärung für die Version der offiziellen Kieferorthopädie nach Andrews entschieden hat. Klärt der Behandler nicht über diese Grundzüge der Zahnstellungen und Anatomie auf, so tritt eine komplexe Beweislastumkehr für alle möglichen Folgeerkrankungen des Kopf-Schulterbereiches ein.

Dieser Beweislastumkehr unterliegen selbst Universitätskliniken, wenn sie ihre Patienten unzureichend aufklären. Unzureichende / falsche Ausbildung von Studenten und Assistenten (siehe auch Wissenschaftsrat) kann für Hochschullehrer sogar dienstrechtliche Folgen haben. Auch die Universität ist kein rechtsfreier Raum.

2) Die Behandlungsalternativen

Die unterschiedliche anatomische Ausrichtung definiert neben unterschiedlichen Behandlungszielen völlig unterschiedliche Behandlungswege der Steuerung des Zahnwechsels mit deutlich reduzierten Extraktionen und geringerer Invasivität und Belastung des Patienten. Hier sei die sog. zweiphasige versus einphasige Behandlungsweise beispielhaft erwähnt. Die Straight-Wire-Technik verursacht automatisch mesiale Drehmomente der OK-Kronen, welcher als „Ruderbooteffekt“ bekannt ist. Dieser Effekt verursacht bereits beim ersten geraden Nivellierungsbogen eine Schwenkung der Verzahnung in Richtung der Kl. II über die Angulation und über die Kaudalschwenkung / Begradigung der Kompensationskurve im oberen Molarenbereich.

3) Behandlungstechniken / Alternativen

Der Paradigmawechsel in der Zahnmedizin und Orthodontie von 2000 / 2003, COE, bedeutet besonders für die Multibandtechnik eine völlig neue Ausrichtung. Sie muss – wie die Funktionskieferorthopädie – ebenfalls funktionell / biologisch ausgerichtet

sein, und sie muss individuell präzise steuerbar sein, um gezielt komplexe CMD-Erkrankungen differenziert behandeln zu können. Um dieses umsetzen zu können, fehlen der rezenten Multibandbehandlung praktisch alle technischen wie theoretischen Voraussetzungen:

- Nach Burstone ist die rezente Orthodontie nach den sog. „reactive members“, der technischen Verankerung definiert. Dieses erfordert nach Burstone hohe Slotvolumina für dicke Drähte zur rigiden Verankerung. („reactive members based orthodontics“)
- Die Bio-Funktionelle Orthodontie ist nach den sog. „active members“, den zu bewegenden Elementen mit niedrigen Slotvolumina und sehr dünnen Flachdrähten nach dem biologischen Bedarf ausgerichtet.
- Der Patient sollte wissen, dass in der üblichen Orthodontie Stahldrähte verwendet werden, welche über ihre Dicke zu große Kräfte verursachen, die klinisch kaum beherrschbar sind. (Fuck, Drescher, 2005/2006)
- Als Folge hieraus sind superelastische Legierungen entwickelt worden mit sog. „light forces“: Diese wiederum haben den Nachteil, dass sie praktisch nicht individuell gestaltbar sind und in der Regel als Straight-Wire eingesetzt werden und praktisch keine gezielte Therapie ermöglichen. Jegliche Fehlanguktion z.B. eines oberen 3ers nach mesial oder distal oder jegliche Diskusverlagerung oder CMD-Erkrankung wird immer mit dem selben Straight-Wire oder zu dicken Drähten behandelt. Es ist ausgeschlossen, dass dieses Vorgehen als gezielte Therapie definiert werden kann.

[Diplomphysiker F. Sernetz, Firma Dentaurum, Physikalische und technische Eigenschaften von Drähten für die Kieferorthopädie und Orthodontie – Teil 1-4, Quintessenz-Zahntechnik, Sonderdruck, 5-8/ 99, 25. Jahrgang, Mai – August]:

„Nachteilig ist bei diesen superelastischen Drähten, dass der Kieferorthopäde weder Bögen, Torque oder Loops in solche Drähte selbst biegen kann, weil die Elastizität zu groß ist.“ „Ein „Einbrennen“ von Biegungen wie sie Miura und Sander vorschlagen, ergibt vielfach nicht die gewünschten Werte.“

- Der Patient muss ebenfalls darüber informiert sein, dass diese superelastischen Ni Ti-Drähte eine sog. nichtlineare Wirkung besitzen d. h. mit größerer Auslenkung bleibt die entstehende Spannkraft praktisch gleich groß, jedoch auch umgekehrt!

Besonders durch diese gleichbleibende Kraft entsteht nach Weiland für das belastete Gewebe keine ausreichende Erholungsmöglichkeit - mit der Folge von 140% größeren Wurzelschäden als bei Stahldrähten mit linear abnehmenden

Spannkräften. [Habilitationssarbeit von Frank Weiland, 2001, „Kontinuierliche versus nicht-kontinuierliche Kräfte in der Kieferorthopädie“ – „Constant versus dissipating forces in orthodontics“ // Literaturübersicht Giganti et al 1997: „The effect on initial tooth movement and root resorption“, European Journal of Orthodontics, 25 (2003) 335-342)].

Diese superelastischen Ni Ti-Drähte wegen besonders schonender Wirkung von sog. „light forces“ anzupreisen und ihre besonderen Nachteile und Schädigungsmöglichkeiten durch ihre

Unkontrollierbarkeit und nichtlineare Wirkung zu verschweigen, könnte sogar als Betrug ausgelegt werden.

- **Der Behandler sollte wissen, dass unkontrollierbare Drähte eine unkontrollierbare Therapie bedeuten.**
- **Der Behandler sollt auch wissen, dass eine Begradigung der Kompensationskurve im OK-Molarenbereich Fehlstellungen der Gelenke und Muskelzüge verursacht.**
- **Der Behandler sollte wissen, dass in der rezenten Orthodontie Kenntnisse über Bogensteifigkeit und Systemsteifigkeit sowie ihre differenzierte Gestaltung und Gestaltbarkeit fehlen.**
- **Der Behandler sollte wissen, dass das Aneinanderreihen von Zähnen auf einen „geraden Bogen“ keine funktionelle Therapie ist und der offiziellen Funktionellen Anatomie widerspricht.**
- **Der Behandler sollte Alternativbehandlungen und Alternativtechniken kennen.**

Zusammenfassung

Die Neuausrichtung der Zahnmedizin und Kieferorthopädie/Orthodontie bedeutet einerseits eine wesentlich gesteigerte Verantwortung; jedoch stabilisiert gerade die enorme Gefährdung durch komplexe Haftung die qualitätsorientierte Fachzahnarztpraxis.

Durch die Neuausrichtung der Zahnmedizin auf CMD-Erkrankungen und Migräne wird besonders die Kieferorthopädie/Orthodontie auf der Basis der Bio-Funktionellen Orthodontie zur eigenständigen Disziplin. Die Bio-Funktionelle Orthodontie, BFO, ist eine komplexe Neuausrichtung der Multibandbehandlung in Anatomie, Gerätekonstruktion, Steuerung, Verankerung und Dimensionierung. Nach der Neudefinition der Zahnheilkunde durch die DGZMK und das Council on Education, COE, 2003, hat die rezente Orthodontie wegen ihrer anatomischen und mechanischen, unzureichend kontrollierbaren Ausrichtung sowie wegen gravierender Wissensdefizite keine ausreichende, klinische und medizinische Indikation und stellt vielfältige Vorbedingungen für komplexe Haftungen. Unzureichendes Wissen und demzufolge unzureichende Aufklärung führt unweigerlich in die „Haftungsfall“. Konsequenter und wesentlich über Jahre unzureichende bzw. überholte und damit falsche Ausbildungsinhalte zu verbreiten, und den wissenschaftlichen Dialog zu verweigern kann für Hochschullehrer dienstrechtliche Folgen haben, oder die Schließung von Abteilungen nach Vorgabe des Wissenschaftsrates bedeuten. Die Hochschule ist kein rechtsfreier Raum.

Ergänzende Quellenangaben:

Siehe Artikel: „Die DGZMK definiert neue Zuständigkeit der Zahnheilkunde“, Teil I