

## Eigenverantwortlichkeit des Patienten – Was wissen wir wirklich?

PN Fortsetzung von Seite 1

kommen viele Fragen auf: Bleibt ein sauberer Zahn wirklich gesund? Schützt häusliche Mundhygiene vor Parodontitis? Können wir wirklich mit professioneller Zahnreinigung das Risiko für Frühgeburten, Herzinfarkte, Schlaganfälle etc. senken? Welche Zusammenhänge sind eindeutig? Welches Wissen, welche Fertigkeiten können bzw. müssen wir vom Patienten wie auch vom zahnärztlichen Team erwarten?

Die Beantwortung dieser Fragen aus fachlicher Sicht ist schon schwierig genug. Und welche juristischen Konsequenzen ergeben sich aus der Eigenverantwortung, der „Mündigkeit“? „Als juristischer Begriff bezeichnet Mündigkeit die Handlungsfähigkeit, Volljährigkeit, Geschäftsfähigkeit, Deliktfähigkeit.“<sup>41</sup> Die Begriffe „Mündigkeit“, „mündig“ oder „unmün-

dig“ werden in Österreich und der Schweiz gleichwertig benutzt, treten in deutschen Gesetzen jedoch nicht als Rechtsbegriff auf.

Ein weites Feld für Diskussionen, das letztlich fachliche und juristische Aspekte berücksichtigen muss.

### Das Problem

#### Fachliche Aspekte

Sind Erkrankungen der Zahnhartsubstanz und der Weichgewebe allein durch angemessenes Mundhygieneverhalten vermeidbar? Um es gleich vorwegzunehmen, muss auf der Basis der wissenschaftlichen Datenlage diese Frage heute selbst für die sogenannten „biofilm-induzierten Erkrankungen“ mit einem klaren Nein beantwortet werden.

Zwei Beispiele sollen dies veranschaulichen:



Abb. 2: Allein die Vielzahl des Angebotes an häuslichen Mundhygieneprodukten (hier nur Aufsätze für eine elektrische Zahnbürste) zeigt: Ein ideales Hilfsmittel für die häusliche Prophylaxe existiert (noch) nicht.

#### Ein Beispiel aus dem Bereich der Parodontologie

Es besteht Konsens darüber, dass das Erscheinungsbild einer chronischen Parodontitis im Wesentlichen (lt. Page 1997) von der individuellen Immunlage und weniger von der Art und Menge der beteiligten Bakterien bestimmt wird. Für seine Immunlage ist der Patient aber nicht verantwortlich.

Schlagenhauf hat in diesem Zusammenhang bereits 2006 formuliert: „Parodontitis ist keine

Erkrankung, die primär auf mangelnde Mundhygiene zurückzuführen ist! Eine Behandlungsverweigerung allein aufgrund schlechter Mundhygiene ist medizinisch nicht begründet“ und „eine lebenslange professionelle Betreuung parodontal erkrankter Patienten ist selbst bei bester Mundhygiene unverzichtbar!“<sup>2</sup> (Abb. 1 und 2)

#### Ein Beispiel aus dem Bereich der Kariologie

Auch hier ist offensichtlich kein direkter Zusammenhang zwischen Mundhygiene und Kariesbefall erkennbar. Eine aktuelle Publikation „Genetic and Environmental Factors Associated with Dental Caries in Children: The Iowa Fluoride Study“ (2012) kommt z. B. zu dem Schluss, dass Gene die Empfänglichkeit für Karies modifizieren.<sup>3</sup>

Diese Erkenntnisse stellen keinen Freifahrtschein für unzureichende Mundhygiene dar. Bakterielle Biofilme sind nachgewiesenermaßen ein Risikofaktor – aus diesem Grund macht es Sinn, sie zu reduzieren. Nur sind sie nicht der einzige Risikofaktor; es sind inzwischen auch eine große Anzahl verhaltensunabhängiger Faktoren bekannt.

Somit ist es faktisch möglich – und das erleben wir auch im Klinikalltag immer wieder –, dass Patienten trotz guter Mundhygiene eine Progression ihrer Erkrankung erfahren oder trotz schlechter Mundhygiene stabile Verhältnisse eintreten.

Welche Grenze für einen Plaque- oder Gingiva-Index, der die Patienten in „gute“ und „schlechte Putzer“ trennt, soll dann aber gelten? Und wenn eine solche Grenze definiert würde, sollte sie für alle Altersgruppen gelten? Soll sie gleichermaßen für Patienten mit/ohne Parodontitis, für Patienten mit/ohne Restaurationen und für Patienten mit/ohne körperliche Handicaps gelten?

Ein derartiges Denken ist meines Erachtens auch fachlich antiquiert. Wir sollten – und auch das ist ein Ergebnis sowohl der wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxisalltags – davon ausgehen, dass nur den wenigsten Patienten eine hundertprozentige Entfernung des Biofilms allein mit häuslichen Maßnahmen möglich ist. Je höher das individuelle Risiko, umso wichtiger ist eine intensive Betreuung durch das Praxis-

team. Moderne, angewandte Prävention ist immer Teamarbeit zwischen Patient und Praxisteam. Die Verantwortung für die Mundgesundheit des Patienten liegt somit auf zwei Schultern. Eine Ausnahme wäre selbstverständlich, dass der Patient das professionelle Betreuungsangebot – aus welchen Gründen auch immer – ablehnt. „Der Arzt muss dieses Veto selbst bei großer Unvernunft respektieren.“<sup>44</sup> (Abb. 3a–c und 4a–c)

#### Juristische Aspekte

a) Rechtsprechung und Literatur enthalten eindeutige Hinweise auf eine Pflicht des Zahnmediziners zur Prävention von Zahn- und Zahnfleischerkrankungen, die die Entwicklung einer Pflicht des Zahnarztes zu den Maßnahmen der Individualprophylaxe zulassen.

Kögel und Bastendorf<sup>5</sup> kommen beispielsweise bei Auswertung unterschiedlicher Gerichtsurteile in einer Übersichtsarbeit zum Thema: „Die Haftung des Zahnarztes für unterlassene Individualprophylaxe“ aus dem Jahre 2003 in diesem Zusammenhang zu folgenden Ergebnissen:

„Die eher beratenden Tätigkeiten der Individualprophylaxe, also die Beratung des Patienten über die häusliche Mundhygiene, die Ernährungsberatung und die Beratung für die häusliche Fluoridierung sind Unterfälle der sog. therapeutischen Beratung, die der Arzt dem Patienten aufgrund des Behandlungsvertrages schuldet. Im Zuge dieser therapeutischen Beratung ist der Mediziner verpflichtet, seinen Patienten im Hinblick auf dessen künftiges Verhalten aufzuklären, ihn also zu unterrichten und zu unterweisen und alles in seinen Kräften stehende zu tun, um ihn vor Schaden zu bewahren.

Er hat die mitwirkende Vorsorge des Patienten zu fördern und muss insbesondere auch über die Notwendigkeit einer nur vorbeugenden Maßnahme aufklären. Diese Pflicht zur Beratung besteht bei der Individualprophylaxe als Unterfall der therapeutischen Beratung insbesondere auch bei der grundsätzlichen Beratung des Patienten über die Maßnahmen der Individualprophylaxe, in der versucht werden soll, den

ANZEIGE

## Spezialisten-Newsletter

Fachwissen auf den Punkt gebracht



Anmeldeformular  
Spezialisten-Newsletter – [www.zwp-online.info/newsletter](http://www.zwp-online.info/newsletter)  
QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen  
(z. B. mit dem Reader Quick Scan)

[www.zwp-online.info](http://www.zwp-online.info)

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online



Abb. 3a–c und 4a–c: Die häusliche Prophylaxe im Bereich von Implantaten erfordert mitunter motorische Fähigkeiten, die nicht von allen Patienten erwartet werden können. Dies gilt insbesondere dann, wenn auch parodontologische „Herausforderungen“, z. B. das Reinigen von Furkationen, durchgeführt werden sollen. – Abb. 5a und b: Prophylaxe ist Teamarbeit – in allen Altersgruppen! Vereinfacht ausgedrückt gilt folgende Regel: Häusliche Prophylaxe führt nur in den seltensten Fällen zum Erfolg – professionelle Hilfe in unterschiedlicher Intensität (abhängig vom individuellen Erkrankungsrisiko) ist erforderlich.

Patienten überhaupt für das Prophylaxeprogramm des Zahnarztes zu gewinnen. Ein möglicher Einwand, dass der Patient für seine Mundgesundheit selbst verantwortlich sei, steht der Annahme einer Pflicht des Zahnarztes zur Individualprophylaxe nicht entgegen. Ein derartiger Einwand der Selbstverantwortlichkeit des Patienten aufgrund allgemein voraussetzender Kenntnis bzgl. der richtigen Maßnahmen für die Verhinderung von Karies und Parodontose greift nicht. Ein weit überwiegender Teil der Bevölkerung ist hinsichtlich der richtig durchzuführenden Mundhygiene, der zahngesunden Ernährung und der häuslichen Fluoridierung ungenügend informiert. Allgemeine Grundkenntnis, aus der sich herleiten ließe, dass es für den Zahnmediziner keinen Anlass zum

Tätigwerden gibt, gibt es somit nicht.“

b) Wenige Jahre später ist – zumindest laut OLG Düsseldorf – bereits eine andere Tendenz ersichtlich. In einem Urteil vom 4.4.2007 wird u. a. ausgeführt, dass „ein Zahnarzt nicht verpflichtet ist, seinen Patienten nachträglich und wiederholt auf die zu wahrende Mundhygiene hinzuweisen und ihn über die Ausführung einer ordnungsgemäßen Mundhygiene detailliert zu beraten. Dies unterliege der Eigeninitiative eines erwachsenen Patienten, der sich ausreichende Kenntnisse über den Umfang und die Durchführung der zu treffenden Maßnahmen selbst verschaffen könne und müsse. Etwas anderes könne nur dann gelten, wenn der Patient – für


den Zahnarzt erkennbar – zu eigenverantwortlichem Handeln nicht in der Lage sei.“<sup>6</sup>

Figgner kommentiert dieses Urteil im Newsletter des Interdisziplinären Arbeitskreises für forensische Odonto-Stomatologie 2010 folgendermaßen: „Dieses Urteil ist in ungewöhnlicher Weise patientenkritisch und nimmt die Patientin selbst bemerkenswert in die Verantwortung [...]. Fraglich ist allerdings, ob andere Gerichte die Patienten in vergleichbaren Fällen ebenso streng in die Eigenverantwortung nähmen. Möglicherweise würden andere Gerichte davon ausgehen, dass der behandelnde Zahnarzt konkretere Hinweise im Hinblick auf die Mundhygiene jedenfalls dann geben muss, wenn diese offensichtlich unzureichend ist. Auch, wenn bei regelmäßigen

Kontrollen über mehrere Jahre eine schlechte Mundhygiene gegeben ist, könnte eine entsprechende Hinweispflicht durchaus naheliegend sein. [...] Selbst wenn im Hinblick auf die Therapieaufklärung (oder im juristischen Terminus Sicherungsaufklärung) im Gegensatz zur Risikoaufklärung der Patient beweibelastet ist, sollten entsprechende Gespräche dokumentiert werden.“<sup>7</sup>

**Fazit**

Eine Beantwortung der anfangs gestellten Fragen ist pauschal nicht möglich – weder fachlich noch juristisch. Ob die Eigenverantwortung des Patienten entgültig oder das Ärzteteam beratend zur Seite stehen sollte, welche Risiken allein durch häusliche Maßnahmen beherrschbar

sind und welche professionelles Eingreifen erfordern und wann Beratungsfehler überwiegen oder das Verschulden des Patienten dominiert, ist letztlich nur im Einzelfall zu klären (Abb. 5a und b). 

**PN Adresse**

Prof. Dr. Johannes Einwag  
Zahnmedizinisches  
Fortbildungszentrum (Zfz)  
Herdweg 50  
70174 Stuttgart  
Tel.: 0711 2271-616  
Fax: 0711 2271-641  
j.einwag@z fz-stuttgart.de



Prof. Dr. Johannes Einwag  
[Autoreninfo]

ANZEIGE

parodur Gel & parodur Liquid  
Parodontitisprophylaxe für die Praxis und zu Hause

lege artis Pharma GmbH + Co. KG, D-72132 Dettenhausen, Tel.: +49 (0) 71 57 / 56 45 - 0, Fax: +49 (0) 71 57 / 56 45 50, E-Mail: info@legeartis.de

www.legeartis.de