

## Legal aspects of function

### Rechtsfragen zur Funktion

Liebe Leserin, lieber Leser,

wer als Sachverständige/r für Prothetik und/oder für Rechtsfragen zur Funktionsdiagnostik und -therapie tätig ist, hat Einblick in die Abläufe niedergelassener Kolleginnen und Kollegen, erkennt deren Stärken und Schwächen und kann sich auch ein Bild über die Patientinnen und Patienten und die Vorgehensweise der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte machen.

Während früher vorwiegend Patientinnen und Patienten wegen behaupteter Mängel am Zahnersatz gegen ihre Zahnärztinnen und Zahnärzte klagten, so sind es inzwischen immer häufiger Fragestellungen, die ganz allgemein den Ablauf einer Behandlung näher beleuchten wollen und neuerdings Abrechnungsgesellschaften, die nicht zahlungswillige Patientinnen und Patienten verklagen.

Im Zentrum der Rechtsfragen steht jedoch immer: Ist der Patient / die Patientin nach dem Standard der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse behandelt worden oder blieb die Behandlung oder auch das Ergebnis unter dem geltenden Standard (der *lege artis* Behandlung)? Der medizinische Standard ist definiert als: der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und der sich in der Anwendung bewährt hat. Er wird den angehenden Zahnmedizinerinnen und Zahnmedizinern während des Studiums vermittelt und im Laufe des Berufslebens durch Fortbildungen oder Tagungen immer wieder aktualisiert.

Zunehmend formulieren Fachgesellschaften Leitlinien. Darunter versteht man systematisch entwickelte und/oder – je nach Evidenzgrad – durch eine systematische Literaturrecherche und -auswertung basierte Empfehlungen. Diese sollen Entscheidungen von (Zahn)ärztinnen und (Zahn)ärzten sowie Patientinnen und Patienten über die angemessene Gesundheitsversorgung bei spezifischen klinischen Fragestellungen unterstützen. Leitlinien sind nicht rechtlich bindend. Ihnen kommt aber ein wichtiger Stellenwert zu, da sie von hoher fachlicher Expertise geprägt sind. In Rechtsstreitigkeiten ist der durch eine/n Sachver-

Dear readers

Experts on prosthodontics and/or legal matters relating to functional diagnostics and therapy can gain insight into the procedures used by colleagues in private practice, recognize their strengths and weaknesses, and also obtain an overall impression of the patients and the approach taken by lawyers.

In the past, it was mainly patients who took legal action against their dentists regarding alleged defects in dental prostheses. Nowadays, however, in an increasing number of cases, dentists generally wish to scrutinize more closely the course of treatment; more recently, billing companies have been taking legal action against patients who are unwilling to pay.

The focus of the legal issues, however, always concerns the following aspects: Has the patient been treated according to the standard of current scientific knowledge or did the treatment, or even the outcome, fail to match the applicable standard (*lege artis* treatment)? The medical standard is defined as follows: The state of scientific knowledge and the medical experience required to achieve the treatment objective, and which has been proven in practice. This is taught to future dentists during their studies and updated continually in the course of their professional life through continuing education or conferences.

Professional societies are increasingly defining guidelines. These are understood as systematically developed and/or – depending on the degree of evidence – as recommendations based on systematic literature research and evaluation. These are intended to support decision making by clinicians and patients on the appropriate healthcare for specific clinical issues. Guidelines are not legally binding. However, they are important because they are based on a high level of professional expertise. In legal disputes, the medical standard to be determined by an expert at the time of treatment is relevant. Furthermore, experts are oriented toward existing guidelines.

In this regard, you are expected to be familiar with the guidelines and to be able to justify, in the context of a treatment, why you follow, or do not follow, such guidelines.

What is sad is the realization that lawyers often know the guidelines better than the dentists involved in the litigation. Lawyers look for errors and deficiencies in the treatment processes.

As far as function is concerned, these are questions such as:

- Was CMD screening performed before treatment began?
- Was a functional analysis performed?
- Was the duration of splint wearing sufficient?

In 2019, the German Society of Craniomandibular Function and Disorders (DGFDT) developed a simple CMD screening procedure based on scientific findings and forensic experience. It completes the basic diagnosis of patients analogous to the periodontal screening index (PSI) in periodontology. If relevant information or findings are present, it is recommended that clinical functional diagnostics be performed. In addition to questions on pain in the jaw and facial region or movement restrictions, the clinical findings that characterize functional diseases are pain in the masticatory muscles, pain in the temporomandibular joint (TMJ), and limitation of mandibular mobility. From a forensic point of view, examination for TMJ sounds and malocclusion was included in the baseline diagnostics. This serves to secure evidence. Failure to perform CMD screening can be considered a gross treatment error in a legal dispute and can lead to a reversal of the burden of proof.

Clinical functional diagnostics is the first-line diagnostic test in cases of suspected dysfunction. Instrumental functional diagnostics cannot replace it, and is considered an extended examination. Colleagues are consequently mistaken if they perform only an electronic functional analysis in the belief that they have performed functional diagnostics. Equally erroneous is the assumption by patients that a 'measurement' of the TMJs is the prerequisite for setting the 'correct' occlusion. This is where the S2k Guideline on Instrumental Functional Analysis in Dentistry can provide background information.

The splint-wearing duration and/or the question of whether splints are needed at all for pretreatment if bite elevation is intended is a further point of discussion. The DGFDT has published a scientific communication on this subject ("On the therapy of functional disorders of the craniomandibular system"<sup>1</sup>), in which reversible measures are listed for initial therapy, also including splint therapy. The splint-wearing period is not defined precisely, but it is stated that prior to a definitive reconstruction, "a sufficient phase of occlusal try-in and fine adjustment must take place, which can usually be achieved by long-term temporaries. Before starting the definitive therapy, there should have been a symptom-free inter-

ständige/n festzustellende medizinische Standard zum Zeitpunkt der Behandlung relevant. Sachverständige orientieren sich dabei eben auch an bestehenden Leitlinien.

Insofern sollten Sie Leitlinien kennen und im Rahmen einer Behandlung begründen können, warum Sie der Leitlinie folgen oder eben auch nicht. Traurig ist die Erkenntnis, dass Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte Leitlinien oftmals besser kennen als die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die in den Rechtsstreit verwickelt sind. Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte suchen nach Fehlern und Schwächen im Behandlungsverlauf.

Im Rahmen der Funktion sind dies gerne Fragen wie:

- Wurde vor Behandlungsbeginn ein CMD-Screening durchgeführt?
- Wurde eine Funktionsanalyse durchgeführt?
- War die Tragedauer der Schiene ausreichend lang?

Die DGFDT hat 2019 ein einfaches CMD-Screeningformular entwickelt, das auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und auf den Erfahrungen in der Forensik beruht. Es komplettiert die Basisdiagnostik der Patientinnen und Patienten analog zum PSI in der Parodontologie. Liegen relevante Angaben oder Befunde vor, wird die Durchführung einer klinischen Funktionsdiagnostik empfohlen. Neben Fragen zu Schmerzen im Kiefer- und Gesichtsbereich oder Bewegungseinschränkungen sind dies klinische Befunde, die funktionelle Erkrankungen charakterisieren: Schmerzen in der Kaumuskelatur, Schmerzen am Kiefergelenk, Limitation der Unterkiefermobilität. Aus forensischer Sicht wurde die Untersuchung auf Kiefergelenkgeräusche und Okklusionsstörungen in die Basisdiagnostik aufgenommen. Dies dient der Beweissicherung. Das Unterlassen eines CMD-Screenings kann im Rechtsstreit als grober Behandlungsfehler gewertet werden und zur Beweislastumkehr führen.

Die klinische Funktionsdiagnostik ist die primäre Untersuchung bei Verdacht auf eine Funktionsstörung. Eine instrumentelle Funktionsdiagnostik kann sie nicht ersetzen und gilt als erweiterte Untersuchung. Kolleginnen und Kollegen gehen also fehl, wenn sie nur eine elektronische Funktionsanalyse durchführen und damit meinen, sie hätten eine Funktionsdiagnostik gemacht. Ebenso irrig ist die Annahme von Patientinnen und Patienten, eine „Vermessung“ der Kiefergelenke sei die Voraussetzung für die Einstellung der „richtigen“ Okklusion. Hier gibt die s2k-Leitlinie zur instrumentellen zahnärztlichen Funktionsanalyse Hintergrundinformation.

Die Tragedauer von Schienen bzw. die Frage, ob Schienen überhaupt zur Vorbehandlung benötigt werden,

wenn eine Bisshebung intendiert ist – ist ein weiterer Diskussionspunkt. Die DGFDT hat hierzu eine wissenschaftliche Mitteilung publiziert („Zur Therapie der funktionellen Erkrankung des kranio-mandibulären Systems“<sup>1</sup>), in der zur Initialtherapie reversible Maßnahmen aufgeführt sind, wozu unter anderem auch die Schienentherapie zählt. Die Tragedauer ist nicht genau definiert, sondern dargelegt, dass vor einer definitiven Rekonstruktion „eine ausreichende Phase der okklusalen Erprobung und Feinjustierung vorgeschaltet sein muss, die in der Regel durch Langzeitprovisorien zu erzielen ist. Vor Beginn einer definitiven Therapie sollte ein beschwerdefreies Intervall von ca. einem halben Jahr bzw. eine deutliche Besserung des Beschwerdebildes vorliegen.“

Patientinnen und Patienten, die beispielsweise eine Bisshebung benötigen, da die Folgen eines Bruxismus zu beheben sind oder eine prothetische Versorgung ohne Bisshebung gar nicht durchführbar wäre, sind damit nicht beschrieben. In einem narrativen Review konnten Moreno-Hay und Okeson<sup>2</sup> zeigen, dass Patientinnen und Patienten meist gut an eine Bisshebung von <5 mm adaptieren und nur wenige, meist nur vorübergehende, Beschwerden im Sinne eine CMD entwickeln. Da die Studien jedoch von schlechter Evidenz sind, empfehlen auch sie die Erprobung der intendierten Bisshöhe und deren ausreichend lange Stabilisierung mit Langzeitprovisorien, bevor eine definitive Umsetzung erfolgt.

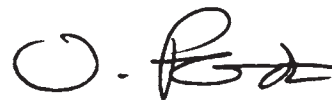
Zusammenfassend möchte ich allen Leserinnen und Lesern ans Herz legen, das CMD-Screening routinemäßig durchzuführen und sich mit Leitlinien zu befassen. Sie müssen deren Empfehlungen nicht einhalten, aber begründen können, warum Sie das nicht tun und dies auch dokumentieren.

Ihre Ingrid Peroz

val of approximately six months, or a significant improvement in the symptoms.”

For instance, this does not include patients who require bite elevation because the consequences of bruxism need to be remedied or because a prosthetic restoration would not be feasible at all without increasing the vertical dimension. As shown in a narrative review by Moreno-Hay and Okeson<sup>2</sup>, patients usually adapt well to a bite elevation of < 5 mm, and only a few patients develop temporary CMD symptoms. However, since the evidence of these studies is of poor quality, the authors also recommend testing the intended occlusal vertical dimension and stabilizing it for a sufficient duration with long-term temporaries before the implementation of definitive treatment.

In summary, I would urge all readers to perform CMD screening routinely and to study the guidelines. You do not have to comply with the recommendations of the guidelines, but you must be able to justify why you have not complied, and document this.



Yours sincerely  
Ingrid Peroz

## References

1. <https://www.dgfdt.de/documents/>
2. Moreno-Hay I, Okeson JP. Does altering the occlusal vertical dimension produce temporomandibular disorders? A literature review. J Oral Rehabil 2015;42:875–882.



**Ingrid Peroz,**  
Prof Dr med dent

### Address/Adresse

Prof Dr Ingrid Peroz, Department of Prosthodontics, Geriatric Dentistry and Craniomandibular Disorders, Charité – Universitätsmedizin Berlin, ABmannshauer Str 4-6, 14197 Berlin;  
Email: [ingrid.peroz@charite.de](mailto:ingrid.peroz@charite.de)