



Mike Jacob¹, Dominik Groß²

Gutachterliche Anforderungen an die Beurteilung von Behandlungsfällen unter Berücksichtigung professionsethischer Standards



Dr. Dr. Mike Jacob, M.A. (Foto: privat)

Requirements for ethical standards in expert opinions about treatment cases

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten? / Why should you read this article?

Der vorliegende Beitrag analysiert die dilemmatischen Aspekte in der zahnärztlichen Begutachtung von Misserfolgswfällen systematisch sowie deren Grundlagen, Begleitumstände und Folgen professionsethisches wie -theoretisch
This paper analyses the challenges and dilemmas in medical expert opinions about dental failures and reveals associated circumstances and critical assessments of ethical issues.

Einleitung: Der vorliegende Beitrag verfolgt das Ziel, die dilemmatischen Aspekte in der zahnärztlichen Begutachtung von Misserfolgswfällen systematisch zu analysieren sowie deren Grundlagen, Begleitumstände und Folgen professionsethisches wie theoretisch zu hinterfragen.

Methode: Der Beitrag fußt methodisch (1) auf einer prototypischen Fallanalyse und (2) einer professionstheoretisch erweiterten Fallanalyse.

Ergebnisse: Im Sachverständigengutachten zur Klärung eines zahnmedizinischen Misserfolgs bedarf es der Berücksichtigung aller relevanten Faktoren, die zu einem erfolgreichen Behandlungsablauf beitragen und somit das gleichzeitige Berücksichtigen von fachlichen, ethischen sowie Beziehungsaspekten bedingen. Ein Gutachterwesen, das den Fokus allein auf die „handwerklich-technische“ Perspektive eines strittigen Falles richtet, wird modernen professionellen und berufsethischen Ansprüchen nicht gerecht.

Schlussfolgerungen: Rein handwerklich ausgerichtete Gutachten wirken als juristisch legitimierte Handlungsanweisung. Es entsteht ein Paradoxon, wenn die gutachterliche Bewertung eines zahnmedizinischen Misserfolgs auf eine lediglich technisch kompetent ausgeführte Handlung reduziert

Introduction: The aim of this paper is a systematic analysis of challenges and dilemmas in medical expert opinions regarding dental failures, associated circumstances, and critical assessments of ethical issues.

Methods: The methodological approach is twofold, combining (1) a prototypical case study with (2) a theoretical expansion of this case analysis.

Results: Expert opinion to clarify any dental failure must consider all relevant factors contributing to a successful course of treatment. It has to question aspects of technics, ethics and relationship. A reduction of expert opinions to a view of pure “craftsmanship” does not meet modern professional and ethical standards.

Conclusions: Reductionistic expert opinions result in legitimized instructions. It leads to a paradox reducing dental health to technical skills and disregarding the (equally important) doctor-patient relationship. Considering these complexities will therefore be of a high value for both patients and dentists.

Keywords: doctor-patient relationship; failure; double bind; expert opinion; ethics; professional theory

¹ Maximinstr. 45, 6763 Dillingen/Saar

² Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, RWTH Aachen University, Medizinische Fakultät, MTI II, Wendlingweg 2, D-52074 Aachen

Peer-reviewed article: eingereicht: 22.10.2015, revidierte Fassung akzeptiert: 16.01.2016

DOI 10.3238/dzz.2017.4763

wird, während die (gleichermaßen bedeutsame) Arzt-Patienten-Beziehung unbeachtet bleibt. Die Berücksichtigung ebendieser Zusammenhänge ist folglich von großer Bedeutung für den Patienten wie auch für den Zahnarzt.
(Dtsch Zahnärztl Z 2017; 72: 34–45)

Schlüsselwörter: Arzt-Patienten-Beziehung; Misserfolg; Double Bind; Gutachten; Ethik; Professionstheorie

1 Einleitung

Nach den offiziellen statistischen Angaben der Bundeszahnärztekammer ist für zahnmedizinische Behandlungen ein relativ geringer Anteil an fehlerassoziierten Fällen belegt. So wurden etwa für das Jahr 2014 lediglich 0,00062 % aller über 90 Millionen Behandlungen im GKV als fehlerhaft dokumentiert [32].

Ungeachtet dieser vergleichsweise geringen Fehlerquote besteht für jeden Einzelfall ein Aufklärungsbedarf – sowohl aus der Sicht des betroffenen Patienten als auch aus der Perspektive der Öffentlichkeit. Aber auch der zahnmedizinischen Profession selbst muss daran gelegen sein, diesen Fällen nachzugehen. Dies ergibt sich aus der fachlichen Verpflichtung des Zahnarztes auf das Wohl des Patienten, aber auch aus ethischen Gründen. Damit geraten die 4 ethischen Grundprinzipien in den Blick [13] – namentlich (1) der Respekt vor der Patientenautonomie, (2) das Benefizienz-Prinzip (Gebot der ärztlichen Fürsorge), (3) das Prinzip der Nonmalefizien (Nichtschadensgebot) und (4) das Kriterium der Gerechtigkeit.

Im Falle eines zahnmedizinischen Misserfolgs stehen insbesondere die Prinzipien *beneficence* und *non-maleficence* im Fokus. Gleichzeitig wird aber auch die Patientenautonomie maximal eingeschränkt, indem das ursprüngliche Problem des Patienten nicht gelöst werden konnte. Auch im Falle eines Abbruchs der Behandlung, die ja eigentlich zur Lösung des ursächlichen Problems hätte führen sollen, wird der Patient stark verunsichert. Hier ist die zahnmedizinische Profession nicht nur gefordert, im Einzelfall für Aufklärung zu sorgen, sondern Verantwortung zu tragen und den gesellschaftlich zentralen Wert der Gesundheit bestmöglich zu sichern [26].

Im Falle fraglicher Behandlungsfehler verlagert sich die Handlungsebene

von der direkten Zahnarzt-Patient-Beziehung zumeist auf die Ebene des professionellen Gutachterwesens. Bezogen auf den dargestellten Hintergrund berücksichtigen Gutachten gleichsam aktuelle fachliche wie öffentliche Anforderungen. Hier zeigt sich, dass die Profession im Gutachterwesen prinzipiell dazu bereit ist, das zweiseitige, selbstständige Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient (zeitweilig) aufzuheben. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt darin, dass die Wechselwirkung zwischen öffentlichem Vertrauen und Integrität der Profession erhalten werden soll. Die gutachterliche Tätigkeit wird zumeist in einem sehr vulnerablen Kontext durchgeführt, nämlich dort, wo das Verhältnis zwischen Patient und Behandler durch einen Misserfolg belastet ist. Gleichzeitig erhöht sich dadurch das Belastungsrisiko zwischen Profession und Öffentlichkeit. Diesen Anforderungen muss das Gutachterwesen gewachsen sein, da sowohl „Mängel“- als auch Gerichtsgutachten (und der daraus resultierenden juristischen Urteile) in der öffentlichen Diskussion als Bewertungs-, Argumenta-

tions- und Entscheidungsgrundlage herangezogen werden [17]. Der Gutachter steht vor der Aufgabe, das Ergebnis und auch den Verlauf der zahnmedizinischen Behandlung zu bewerten. Diese Aufgabe kann ebenso problematisch sein wie die eigentliche Rekonstruktion des Fallverlaufs, da das Misserfolgs-geschehen retrospektiv, d.h. aus einer zeitlich zurückliegenden Sicht, aufzuarbeiten ist. Somit wird klar, dass der Ausdruck „nach den Regeln der Kunst“ nicht nur den zahnmedizinischen Behandler verpflichtet, sondern auch den diesen im Zweifelsfall bewertenden Gutachter. Die jährlichen Statistiken weisen aus, dass lediglich etwa ein Drittel aller begutachteten Fälle mit einem Fehler einhergehen [36, 37]. Im Umkehrschluss ist somit bei Weitem nicht jeder Misserfolg auf einen Fehler zurückzuführen. Nichtsdestotrotz werden auch die restlichen Fälle von den Patienten als Misserfolg empfunden. Die Profession muss sich darüber im Klaren sein, dass auch diese Patienten eine Lösung ihres Problems wünschen und erwarten.

Quelle	Informant	Sachvortrag
Gerichtsakte	Richter	Beweisbeschluss
Gerichtsakte	Rechtsanwalt des Patienten	Beschwerdevortrag im selbstständigen Beweisverfahren
Patientenakte	Behandelnder Zahnarzt	Art, Umstände und Anzahl der Behandlungstermine
Persönliche Untersuchung	Patient	Angaben zur Fallanamnese
Telefonat	Behandelnder Zahnarzt	Angaben zu subjektiv empfundenen Fallbedingungen

Tabelle 1 Auflistung der Quellen in Bezug auf den Misserfolgsverlauf

Table 1 List of resources with respect to the failure history



Abbildung 1 Intraoraler Befund, Sekundärkonstruktion, 1. Quadrant palatinal

Figure 1 Intraoral findings, secondary construction, 1. Quadrant palatal



Abbildung 2 Intraoraler Befund, Sekundärkonstruktion, 2. Quadrant vestibulär

Figure 2 Intraoral findings, secondary construction, 1. Quadrant vestibular

Wie aber unterscheidet sich ein Misserfolg von einem Fehler? Allgemein definiert bezeichnet Misserfolg den negativen Ausgang eines Ereignisses, das zuvor positiv bewertet wurde [18]. Auf Grundlage dieser Ausführungen wird nun ersichtlich, dass die Beteiligung des Gutachters viel mehr umfasst als lediglich anzugeben, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Denn aus professionsethischer und gesellschaftlicher Perspektive steht der Patient im Zentrum – und damit eine Person, die Antworten und Lösungen erhalten will, damit ihr gesundheitliches Problem beseitigt werden kann und wird. Es gibt indessen im Gutachten nur 2 Bewertungspole: Entweder wurde der Misserfolg durch einen Behandlungsfeh-

ler verursacht oder eben nicht. Im ersten Fall wird dem Empfinden des Patienten durch das Votum entsprochen. Aber im zweiten Fall? Was ist mit den Fällen, in denen der Patient das Ergebnis als negativ bewertet, der Gutachter aber keinen Verstoß gegen die Regeln der Kunst erkennen kann? Erhält der Patient durch eine solche Erklärung eine Antwort, die der Lösung seines Problems zuträglich ist? Spätestens an dieser Stelle bleibt das ethische Gebot der Gerechtigkeit aus der Perspektive des begutachteten Patient auf der Strecke: Auf der einen Seite war die Behandlung nicht erfolgreich und auf der anderen Seite bietet auch das professionelle Gutachterwesen keine zufriedenstellende Antwort und Lösungsmöglichkeit. Nach-

folgend soll die geschilderte Problemlage anhand eines prototypischen Fallbeispiels näher erläutert und fallbezogen diskutiert werden (Abschnitt 2). Es folgen eine systematisierende fallübergreifende professions-theoretische Erweiterung der Fallanalyse (Abschnitt 3), eine Diskussion (Abschnitt 4), normative Schlussfolgerungen (Abschnitt 5) sowie ein kurzgefasstes Fazit (Abschnitt 6).

2 Prototypische Fallanalyse

Im nachfolgend geschilderten Fall wurde ein Sachverständigengutachten im Rahmen eines richterlichen Beweisbeschlusses angefordert, nachdem es bei einer prothetischen Versorgung zu einem Behandlungsabbruch gekommen war. Dem Gerichtsgutachten war bereits eine KZV-Begutachtung durchgeführter prothetischer Leistungen vorangegangen (das sogenannte „Mängelgutachten“), mit dem jedoch keine Lösung des Konflikts erzielt werden konnte. Daher wurde zur weiteren Klärung des Sachverhalts die juristische Profession herangezogen, was gleichzeitig das Ende einer Misserfolgskaskade markiert [7, 18]. Die zur Fallanalyse herangezogenen Quellen in Bezug auf den Misserfolgsverlauf sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

2.1 Falldarstellung

Ausgangspunkte des Auftrages zur Erstellung des Sachverständigengutachtens waren in der gerichtlichen Beschlussanordnung folgende Fragestellungen:

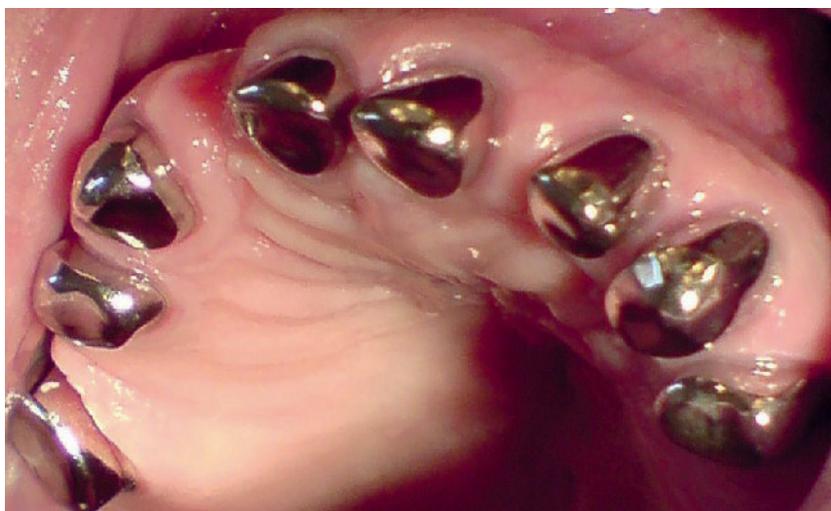


Abbildung 3 Intraoraler Befund Primärteleskope 16–24

Figure 3 Intraoral findings, primary telescopes 16–24



Abbildung 4 Röntgenbefund 13-16
Figure 4 Radiographic findings 13-16



Abbildung 5 Röntgenbefund 13, 14
Figure 5 Radiographic findings 13, 14

1. Ist die seitens des Antragsgegners im Oberkiefer des Antragstellers durchgeführte prothetische Zahnbehandlung gem. Befund und Behandlungsplan für Zahnersatz Plan Nr. 1/XXXX/5 v. X.Y.20XX mangelhaft?
2. Ist die Zahnprothese im Oberkiefer des Antragstellers passgenau oder belegen die Bissstörung, der Spannungsschmerz im Oberkiefer sowie das wechselseitige Wippen der Prothese beim Zubeißen die Mangelhaftigkeit des Zahnersatzes?
3. Welche Maßnahmen sind zur Herstellung eines mangelfreien Zahnersatzes im Oberkiefer des Antragstellers erforderlich?
4. Mit welchem Kostenaufwand kann eine mangelfreie Zahnprothese im Oberkiefer des Antragstellers hergestellt werden?

Der Gerichtsakte konnte laut Heil- und Kostenplan (HKP) folgender, den Festzuschuss auslösender, Befund festgestellt werden: siehe Zahnstatus 1

Die geplante und anschließend auch durchgeführte prothetische Therapie lautete: siehe Zahnstatus 2

Im selbstständigen Beweisverfahren wurden dem Wortlaut nach folgende Beschwerden des Patienten vorgetragen:

„Bereits unmittelbar nach Beendigung der Behandlung durch den Antragsgegner musste der Antragsteller feststellen, dass die Prothese nicht passte. Nach seinem Gefühl stimmte der Biss nicht und die Prothese wippte beim Beißen. Zu-

dem bestehen permanente Spannungsschmerzen im Bereich des Oberkiefers. Nach Auffassung des Antragstellers war die prothetische Behandlung bis heute mangelhaft, da kein zufriedenstellender Sitz der Zahnprothese erreicht werden konnte. Dies führte dazu, dass der Antragsteller ab August 2008 zumindest jede Woche, mit Ausnahme einer ca. 4-wöchigen, krankheitsbedingten Unterbrechung, jeweils mittwochs nochmals in die Behandlung des Antragsgegners gehen musste. Zudem suchte der Antragsteller auf Anraten des behandelnden Arztes auch 3 Mal das Labor auf. Zunächst einmal musste festgestellt werden, dass der letzte Zahn rechtsseitig wohl nicht

griff. Dieser musste erneuert werden. Hiermit waren allerdings die Probleme nicht beseitigt. Es wurde ständig aufgefüllt, abgeschliffen, der Zahn im Labor herausgeschnitten, aufgefüllt und eingesetzt. Die diversen Nachbesserungsversuche an der Zahnprothese verliefen negativ, wenngleich die Nachbesserungsversuche mehrfach modifiziert und verändert worden waren. Allerdings konnte bis zum heutigen Zeitpunkt noch kein zufriedenstellender Prothesensitz erreicht werden. Anlässlich des letzten Besuches eröffnete der Antragsgegner dem Antragsteller, dass die Prothese nunmehr 100%-ig passe und keine weiteren Eingriffe seinerseits notwendig seien. Er forderte

f	f	kw	ew	kw	kw	f	kw	kw	kw	tw	tw	ew	ew	ew	ew	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
K	k	b	k	k)	(k	f

Zahnstatus 1

E	E	TV	E	TV	TV	E	TV	TV	TV	TV	TV	E	E	E	E	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
K	k	b	k	k)	(k	f

Zahnstatus 2

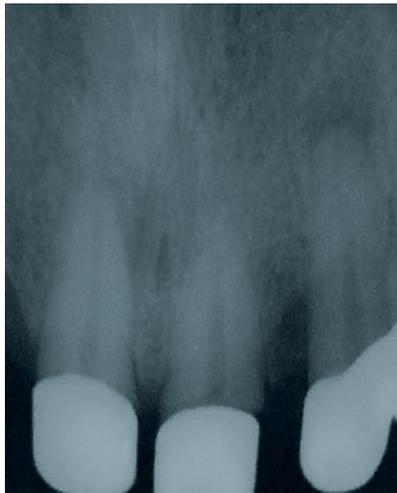


Abbildung 6 Röntgenbefund 11–22
Figure 6 Radiographic findings 11–22

den Antragsteller auf, die Rechnung nunmehr auszugleichen. Bis zum heutigen Zeitpunkt sind die Probleme in der Prothese aber nicht beseitigt. Die Prothese sitzt nach wie vor nicht richtig, der Biss stört von Beginn an und auch die Spannungsbeschwerden konnten im Verlauf der Nachbehandlungen nicht beseitigt werden.“

Der Aktenlage war darüber hinaus zu entnehmen, dass nach Einsetzen des fertigen Zahnersatzes noch etwa 40 Nachbehandlungen und Kontrolltermine durchgeführt worden waren.

Im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung ließ sich als fallrelevant folgende Befundsituation zusammenfassen:

Bei der extraoralen Inspektion zeigten sich keine Schmerzempfindungen an der gnathologisch beteiligten Muskulatur. An beiden Kiefergelenken ergab sich kein Anhalt für ein entzündliches oder degenerativ verändertes Geschehen.

Intraoral (s. Abb. 1–3) zeigte sich eine im Rahmen der erkennbar durchschnittlichen Mundhygiene unauffällige Gingiva ohne Fallrelevanz. Das Lückengebiss war planungsgemäß mit einem teleskopierenden Zahnersatz bei gaumenfreier Sekundärkonstruktion prothetisch rekonstruiert. Die Zahnmorphologie war für jeden Zahn in den wesentlichen funktionellen Kriterien dargestellt. In der statischen Okklusionsbeziehung zwischen Ober- und Unterkiefer lag an jedem Zahn zumindest ein antagonistischer Kontakt vor. Die dynamische Okklusion ging beidseits nach einer initialen Gruppen-



Abbildung 7 Röntgenbefund 22–24
Figure 7 Radiographic findings 22–24

führung über Prämolaren und Molaren frei in eine Eckzahnführung über. In Protrusion gelangten die Frontzähne in einen gleichmäßigen Kontakt bis zur Kopfbissituation.

Die Zähne 16, 14, 13, 11 und 21 reagierten vital. Bei den Zähnen 22, 23 und 24 fiel die Vitalitätsprobe auf Kältereiz negativ aus, wobei 23 und 24 bereits zu Behandlungsbeginn endodontisch behandelt gewesen waren. Beim Abklopfen reagierte Zahn 22 mit einer Schmerzreaktion im Gegensatz zu den übrigen Zähnen. Dieser Klopfschmerz war in transversaler wie axialer Vektorierung auslösbar. Alle Primärkronen im Oberkiefer endeten subgingival. Beim Unterfahren der Oberkieferkronen ergab sich für die Kronen 21 und 22 jeweils distal eine Inkongruenz mit etwa 400–500 µm Toleranz.

Der primäre Halt des herausnehmbaren Teils des Zahnersatzes zeigte sich fest und ließ sich nur unter forciertem Zug lösen. Das Einsetzen des Zahnersatzes war spannungsfrei möglich. Bei Druck auf die Frontzähne blieb die Prothese unbeweglich in situ. Im Backenzahnbereich zeigte sich allerdings, dass es bei Kompression des Freundsattels im 2. Quadrant zu einem Absinken gemäß der Nachgiebigkeit der Alveolarkammerschleimhaut (Resilienz) kam. Gleichzeitig ließ sich feststellen, dass sich der Sekundärkonus an Zahn 24 einen knappen Millimeter auf den Primärkonus absenkte, um dann bei nachlassendem Druck auf den Freundsattel wieder in seine Ausgangsposition zurückzufedern. An Zahn 23 war dieser Effekt

nicht auffällig. In gleicher Weise verhielten sich die Sekundärkronen rechts an den Zähnen 14 und 16. Auch hier federnten diese auf Druck und Entlastung in einem Bereich von einem knappen Millimeter über dem Primärkonus auf und ab. Wie links war dieser Spielraum auch rechts an Zahn 13 nicht vorhanden.

Röntgenologisch (s. Abb. 4–7) war zu erkennen, dass auf den kurz vor der Begutachtung vorgenommenen Einzelaufnahmen und einem OPG als pathologischer Befund eine etwa erbsengroße apikale Aufhellung an Zahn 22 vorhanden war, die aber auf den Röntgenbildern vor Behandlungsbeginn noch gefehlt hatte. Des Weiteren zeigten sich auf den Röntgenbildern zum Zeitpunkt der Begutachtung leichte Inkongruenzen der jeweils distalen Kronenränder zur Präparationsgrenze an 21 und 22.

2.2 Falldiskussion

Wie passen nun die gefundenen Sachverhalte mit den geklagten Beschwerden zusammen? Der Patient berichtete, dass er unter einem störenden Bissgefühl und unter Spannungsschmerz leide sowie durch das Wippen der Prothese beeinträchtigt werde. Dem stehen die technischen und somatischen Befunde gegenüber, wonach die Konstruktion hinsichtlich Einschub und Sitz spannungsfrei passt und die Kronen zumindest als im Rahmen des Standards der Praxisqualität zu bewerten sind [21, 23]. Es bleiben eine feststellbare Behinderung an Zahn 22 und die beschriebene Spielpassung an rechtem und linkem Sattel distal der jeweiligen 3er. Letzterer Befund passt zum vorgetragenen Problem des Wippens der Prothese, allerdings lassen sich die Bissstörung und die andauernde Spannung hierdurch nicht objektivieren. Denn sonst wären alle derartigen Konstruktionen, die Freundsättel distal der 3er zum Zahnersatz benötigen, durch die natürliche Regulation der Schleimhaut (Schleimhautresilienz) von vornherein unbrauchbar und nicht funktionell. Diese Bewertung gilt unabhängig davon, ob sich mit der vorliegenden Situation eine nicht optimale Ausführung feststellen lässt, die zu korrigieren ist. Unter den Voraussetzungen einer schlicht handwerklichen Fallbetrachtung lässt sich also eine ursächliche Begründung der Beschwerden des Patienten nicht nachvollziehen. Allerdings scheint es geboten, den Blick

winkel auf den Fall an dieser Stelle zu erweitern und die Beziehungsebene einzubeziehen.

3 Professionstheoretische Erweiterung der Fallanalyse

An dieser Stelle gilt es zunächst, die Bedingungen der Arzt-Patienten-Beziehung in den Blick zu nehmen, so wie sie auf Basis der Professionsforschung (als Teilgebiet der Soziologie) beschrieben werden. Professionstheoretisch betrachtet ist die Beziehung zwischen Professionellem und Klient ein selbständiges, zweiseitiges Arbeitsbündnis [26, 28]. Dieses ist nach Parsons mit 2 gleich bedeutenden Seiten einer Medaille vergleichbar – sowohl in der Experten-Laien-Beziehung als auch in seiner sog. „diffusen Sozialbeziehung“ [29]. In der Experten-Laien-Beziehung ist das Handeln rollenhaft und austauschbar, während sich die diffuse Sozialbeziehung in der individuellen Interaktion zwischen 2 Menschen abspielt. Watzlawik stellte weiter fest, dass die Beziehungsebene sogar die Sachebene bestimmt [31]. Die Arbeitsbeziehung ist von einem Ungleichgewicht geprägt. Darin muss der Professionelle die Führung der Behandlung übernehmen, da der Laie nicht über das nötige Fachwissen verfügt, um sein Problem selbst lösen zu können [1]. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird dabei mehrfach vermittelt [5]: (1) offen, das heißt, auf einer medizinischen, administrativen und alltäglichen Ebene, (2) verdeckt, das heißt mittels psychodynamischer Vermittlungen, die in der Interaktion ablaufen und nicht offen kommuniziert werden und (3) durch (nicht explizierte) Erwartungen, die in Beziehungen immer auch mitschwingen. So wird nachvollziehbar, dass psychosoziale Probleme Misserfolge auf der Beziehungsebene zwischen Arzt und Patient erzeugen können. Dabei würde man unter technisch basierten Vorstellungen annehmen, dass durch die fachkundige Behandlung des Patienten die Probleme gelöst werden müssten.

Im vorliegenden Fall konnten nun über die klassisch zahnmedizinischen Befunde (quantitativ) hinaus auch gerade solche Sachverhalte protokolliert werden, die dem Bereich der Befindlichkeiten der Beteiligten zuzuordnen sind (qualitativ). Dadurch konnte eine Aussage über Konstitution und Gebundenheit in der Be-

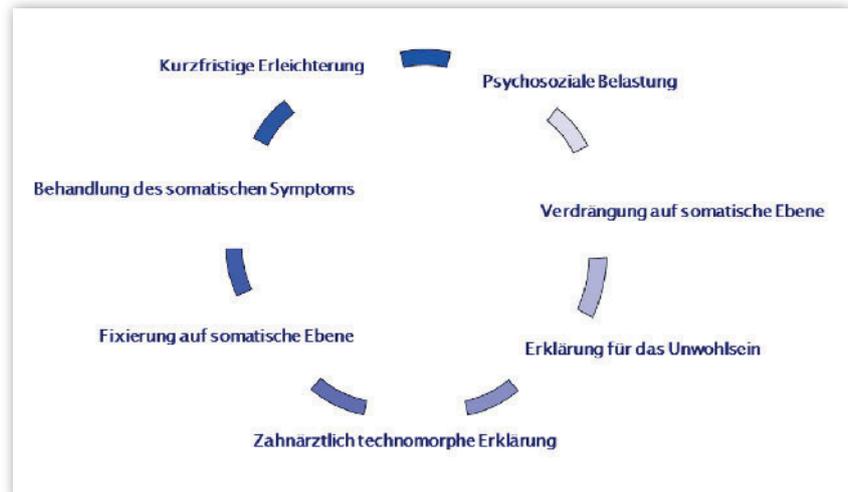


Abbildung 8 Teufelskreis des Double Bind in Dentistry – eingeleitet auf der Ebene zwischenmenschlicher Interaktion vor Behandlung, fixiert auf der Ebene somatisierter Beschwerden nach Eingliedern des Zahnersatzes und letztlich endend in einer Spirale des Misserfolgs, da die Spielräume der Behandlung immer enger werden

Figure 8 The vicious circle of a double bind in dentistry – initiated at the level of interpersonal interaction before treatment, fixed at the level of somatic complaints after insertion of the denture and ending in a spiral of failure, because the leeways for treatment become closer step by step

handlungssituation ermöglicht werden. Bei der persönlichen Untersuchung hatte der Patient darauf hingewiesen, dass sein auffallend humpelnder und angestrebter Gang von einer Behinderung im Fuß stamme, die ihrerseits aus einer angeborenen Verkürzung und Missbildung resultiere. Aufgrund dessen sei er auch seit mehreren Jahren in chronischer Schmerzbehandlung wegen Problemen mit der Wirbelsäule. Er nehme permanent Schmerzmittel ein und müsse phasenweise auch auf Beruhigungsmittel zurückgreifen. Hier gab er als Medikament Musaril an, ein Muskelrelaxanz, das zur Gruppe der Psychopharmaka mit Abhängigkeitspotenzial zählt. Auf Nachfrage räumte er zudem die Einnahme von Schlaftabletten ein. Dazu ergänzte er: „Das macht mich eh schon alles fertig und jetzt kommen die Zähne noch hinzu. Ich halt’s nicht mehr aus.“

Auf Grundlage dieser Aussage und fachbezogener Studien von Müller-Fahlbusch [27], Adler [2] oder Forberger [9] erscheint es naheliegend, im vorliegenden Fall eine psychosoziale Komponente in Betracht zu ziehen. Im Zusammenhang mit den beschriebenen Beschwerden kommen auch einige ähnliche Krankheitsbilder in Frage. Dies trifft insbesondere auf das „Phantom-Bite-Syndrom“ zu, das erstmals von Marbach [25] be-

stimmt und vorgestellt und zuletzt von Jagger [20] aufgearbeitet wurde und gerade aktuell wieder verstärkte Berücksichtigung findet [33]. Parallel zu dieser klassischen Nomenklatur setzt sich in der wissenschaftlichen Literatur indes verstärkt der Begriff der Occlusal Dysaesthesia [27, 32] durch. In der Sache beschreiben Phantom-Bite-Syndrome und Occlusal Dysaesthesia parallel, dass die betroffenen Patienten über eine mangelhafte Okklusion klagen, die sie als falschen Biss oder Spannungsschmerz erleben. Es handelt sich um eine Abwehrhaltung gegen eine psychische Erkrankung. Weder gibt es konventionelle Lösungen noch führt eine okklusale Behandlung zur Verbesserung – eher zur weiteren Verschlechterung. Ähnlich beschreibt Graber [12] mit seinem Begriff der Okklusionsneurose, dass es bei larvierten Depressionen (depressive Episoden, die gleichsam mit körperlichen Beschwerden auftreten) zu einem „Konvertieren“ der Angstimpulse in den Orofazialbereich komme. Auf diesem Wege führten psychische Spannungszustände zu unspezifischen Anpassungsreaktionen mit Hypertonizität und Hypermobilität. Als somatische Symptome komme es zu Zahnersatzunverträglichkeit und Okklusionsneurose. Eine wichtige Schaltstelle zwischen psychischen Vorgängen, z.B. einer Emotion, und somati-



Abbildung 9 Die zwei Strukturwege des zahnärztlichen Misserfolgs

Figure 9 The two-way structure of dental failure

schen Prozessen liegt im Stammhirn, wo in den Strukturen des limbischen Systems die Umschaltung stattfindet [22]. In direktem Zusammenspiel sind mit dem limbischen System die Formatio reticularis und die Basalganglien von besonderer Bedeutung [30]. Sie beeinflussen tiefgreifend den Grad der muskulären Kontraktilität. Über diesen zentralnervösen Mechanismus werden die Spannungszustände der Kiefermuskulatur gesteuert.

Zudem konnte eine Vielzahl von Aussagen des Zahnarztes protokolliert werden, die dieser im Rahmen eines Telefonats gemacht hatte. Dem Wortfluss nach war auch dem Behandler ein anhaltendes Gefühl von Unverständnis, Druck und eine psychische Stresssituation anzumerken:

- „... die Arbeit war einwandfrei, hat gegessen, gut ausgesehen ...“
- „... Aber den hat's hier gestört, da gedrückt, mal war's hier zu dick, dann woanders zu hoch. Immer was anderes ...“
- „... Und dann noch die Sache mit dem Spannungsgefühl. Ich hatte nichts sehen können, was da sein soll ...“
- „... Wir hatten den Biss überprüft, Röntgen gemacht, ich habe ihn sogar 3 Mal in's Labor geschickt ...“
- „... Geändert haben wir dann dort, wo er sagte, dass ihn was störe ...“
- „... Der hat uns verrückt gemacht, schon wenn wir ihn im Buch sahen ...“
- „... Am Schluss war die Arbeit vielleicht nicht mehr so toll wie zu Beginn. Ich wusste auch nicht mehr, was ich noch hätte tun sollen ...“

• „... ich hätte auf meine Helferin hören und den sein lassen sollen ...“
Hält man sich diese Aussagen vor Augen, gewinnt der vorige Hinweis auf ein mögliches Geschehen im Sinne eines Phantom-Bite-Syndroms bzw. einer Occlusal Dysaesthesia umso mehr an Fallrelevanz, nachdem die Therapie der Bissbeschwerden eher zu einer Verschlechterung als zu einer Verbesserung geführt hatte. Im vorliegenden Fall war es nach Aktenlage zu 40 Nachbehandlungen und Kontrollen gekommen. Durch die Aussagen des Behandlers wird nachvollziehbar, dass für ihn der Fall in seinem Verlauf unverständlich blieb.

Es ist weithin bekannt, dass ein zahnärztlicher Misserfolg auch ohne erkennbar fehlerhaftes Handeln eintreten kann [18]. Endet ein Misserfolg in einem Mängel- oder Gerichtsgutachten, sind sehr häufig die Beziehungsmuster eines „Double Bind in Dentistry“ verantwortlich, [18]. „Double Bind“ bezeichnet eine zweideutige, potenziell krankmachende Form der Kommunikation – im spezifischen Fall zwischen Patient und Zahnarzt (Abb. 8).

Double-Bind-Situationen finden sich in fast allen Lebens- und Arbeitsbereichen. G. Bateson beschrieb sie 1956 erstmals für Familiensysteme, in denen durch wiederholte Muster von paradoxen, widersprüchlichen oder inkonsistenten Botschaften Zugzwänge entstehen. Diese sind nach Bateson verantwortlich für die Entstehung psychogener Störungen bis hin zur Schizophrenie [3].

Auch in der Zahnarzt-Patienten-Beziehung bleiben die problematischen Interaktionsmuster häufig unerkannt und werden auf die professionelle Handlungsebene verlagert [15]. Ihren Ausgang nimmt der Beziehungsverlauf, indem sowohl der Zahnarzt als auch der Patient von Beginn an offene als auch verdeckte Botschaften senden. Auf beiden Ebenen entsteht ein Kreislauf: Einerseits verschiebt der Patient eine psychosoziale Belastung auf die somatische Ebene, andererseits übernimmt der Zahnarzt für sich dessen somatische Attribution und verspricht Hilfe auf dieser Ebene. Somit wird der Patient in seiner somatischen Attribution bestärkt, indem der Zahnarzt behandelt. Der Patient erfährt auf diesem Wege aber nur kurzfristige Erleichterung und seine Beschwerden tauchen erneut auf, denn die wahre Ursache wurde durch die technomorphe Behandlung des Zahnarztes keinesfalls behoben. Im Weiteren will der Zahnarzt den Fallverlauf nicht entgleiten lassen und er weicht samt dem ganzen Team von der Routine ab. Schließlich droht eine Chronifizierung in der Beschwerdesituation und letztlich im Interaktionsmuster. Zahnarzt und Patient binden sich gegenseitig, was den Kern der Doppelbindung darstellt. Es entsteht im zeitlichen Verlauf eine Spirale des Handelns, wodurch die Spielräume der Behandlung immer enger werden und der Misserfolg vorprogrammiert ist.

Zwischen einem fehlerbasierten und – dem hier skizzierten – beziehungs-basierten Misserfolg unterscheiden sich die ablaufenden Muster grundlegend (Abb. 9).

Beziehungs-basiert werden auftretende Beschwerden zunächst vielfältig auf der technisch somatischen Ebene nach- oder neu behandelt, denn die klassische zahnärztliche Tätigkeit ist ja gerade die zentrale Kompetenz des Professionellen, allerdings ohne dass diese Maßnahmen in diesen Fällen zum Erfolg führen können: Der Patient fordert wiederholt (implizit oder explizit) die Beseitigung seiner Beschwerden ein, woraus die immer gleichen Behandlungen resultieren. Der Behandler sieht in diesen quasi externen Handlungsanweisungen des Patienten die einzige Möglichkeit, die Probleme noch zu lösen, obwohl sie jedoch auf diesem Wege nicht gelöst werden können; denn selbst erkennt er ja keinen Anhalt, wo er sinnvoll nacharbeiten soll. Dies entspricht im professionstheoretischen Fachterminus der sog. externen Attribuie-

rung bzw. Exterritorialisierung der Fallbedingungen [18] (Abb. 10).

An diesem Punkt ist eine asymmetrisch verschobene Interaktion entstanden: Der Patient bestimmt, wie der eigentlich professionelle Experte zu handeln hat; letzterer sieht seinerseits aber keine Handlungsoptionen. Nachdem dann die Handlungsspielräume immer weiter verengt sind und die Situation schließlich nicht mehr in der zweiseitigen Arzt-Patienten-Beziehung behandelbar erscheint, werden weitere Personen eingebunden.

Infolgedessen bemühen sich die Professionellen darum, vorrangig unbeteiligte Personen einzubeziehen, um den Fall zu retten. Im vorliegenden Fall lassen sich zumindest die Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) und die Zahntechniker im Labor in dieser Funktion identifizieren (Abb. 11).

Versagen auch diese „Rettungsversuche“, so wird der Fall schließlich gänzlich exterritorialisiert bzw. erweitert, indem er durch den Gutachter bearbeitet werden soll. Strukturell ist jedoch klar, dass der Fall an dieser Stelle für den Patienten keinesfalls beendet ist, denn dieser erwartet eine finale Lösung seines Problems. Somit ist der Gutachter auch wesentlicher Bestandteil im weiteren Verlauf des gesamten Falls. Die Exterritorialisierung des realen Falls bleibt dagegen für den ursprünglichen Behandler das vorerst letzte Mittel zur Beendigung eines Double Binds, der zunächst zum Gutachter und zumindest kurzzeitig wechselt (Abb. 12).

4 Normative Schlussfolgerungen

Wie weit der Grad der Professionalisierung in der Zahnmedizin reicht, zeigt sich im reflektierten Umgang mit Problemen. Somit ist es das Ziel dieses Beitrages, die Umstände und möglichen Folgen gutachterlichen Handelns exemplarisch am vorliegenden komplexen Fall professionsethisch zu hinterfragen. Der zahnmedizinisch-ethische Diskurs beschäftigt sich mit der Frage, wie die grundlegenden Ziele der Prinzipienethik gewährleistet werden können [13]: (1) Respekt vor der Patientenautonomie, (2) Benefizienz (Gebot der ärztlichen Fürsorge) (3) Nonmalefizienz (Nichtschadensgebot) und (4) Gerechtigkeit. Diese 4 generellen Aspekte dienen im



Abbildung 10 Frühe Entwicklung im beziehungsbasierten Misserfolg

Figure 10 Early development in the relationship-based failure

Folgenden dazu, die gutachterlichen Entscheidungsräume offenzulegen, um nicht nur der Formalität eines Votums, sondern vielmehr dem einzelnen Patienten und auch den gesellschaftlichen Erwartungen gerecht zu werden. Mit der Prinzipienethik stehen effektive Werkzeuge zur Verfügung, um die Beziehungs-, Klärungs- und Problemlösungsperspektive in die gutachterliche Beurteilung als professionelles Handeln miteinbeziehen zu können [11]. Sie erweist sich dabei insbesondere auch in zahnprothetischen Kontexten als wirksame Methodik [19, 24].

Die nahe Beziehung der Zahnheilkunde zur Technik kann dazu führen, zahnärztliche Tätigkeiten nach technischen Parametern zu beurteilen. Dabei wird ignoriert, dass zahnärztliche Kunst zwar technisch beschrieben wird, aber letztendlich nur durch das Ausmaß ihrer physischen und psychischen Auswirkungen auf den Patienten bewertet werden kann [14]. Unter den beschriebenen Umständen wird klar, dass es einem Gutachter aus einer rein technischen Perspektive nicht gelingen wird, diese Aspekte einzubeziehen. Daher muss gewährleistet sein, dass der Gutachter über die eigentlichen fachlich-technischen Aspekte hinaus auf alle Zusammenhänge verwiesen wird, die in Verbindung mit den Beschwerden des Patienten stehen können.

Mit anderen Worten: Da der Gutachter für den Patienten in seiner speziellen Situation eine herausragende Bedeutung

hat, ist es professionsethisch bedeutend, die spezifischen Bedingungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses abzufragen und einzubeziehen – nur so kann er dem Gebot der Patientenautonomie gerecht werden.

Hieran knüpft auch das Gebot der ärztlichen Fürsorge an, das vom zahnärztlichen Gutachter berücksichtigt werden sollte. Der Gutachter führt in einer hochsensiblen Situation einen Auftrag durch, der für den Patienten und auch für den Behandler mit einer hohen Tragweite verbunden ist. Denn für den Patienten wäre es nicht hilfreich, wenn die gutachterliche Bewertung nur die fachliche Sachebene und die Behandlung des beherrschten Zahn 22 sowie eine Korrektur der passungsgenauen Freireisssättel thematisieren würde. Die beschriebenen Bissprobleme und das Spannungsgefühl würden dadurch weder erklärt noch behoben. Es bleibt somit nichts anderes übrig als dem Patienten die vorgenannten Zusammenhänge zu erläutern und darauf im Gutachten expliziten Bezug zu nehmen. Nur das schafft für den Patienten die nötigen autonomen Entscheidungsgrundlagen im Umgang mit seiner eigenen Situation. Werden diese Zusammenhänge demgegenüber (fahrlässig) ignoriert und rein zahnmedizinisch-technische Bewertungskategorien angelegt, so hat dies Auswirkungen auf das ethische Gebot des Nicht-Schadens (Non-Malefizienz). Wird dem Patienten nämlich mit einem unzulänglichen Gutachten eine weitere Be-

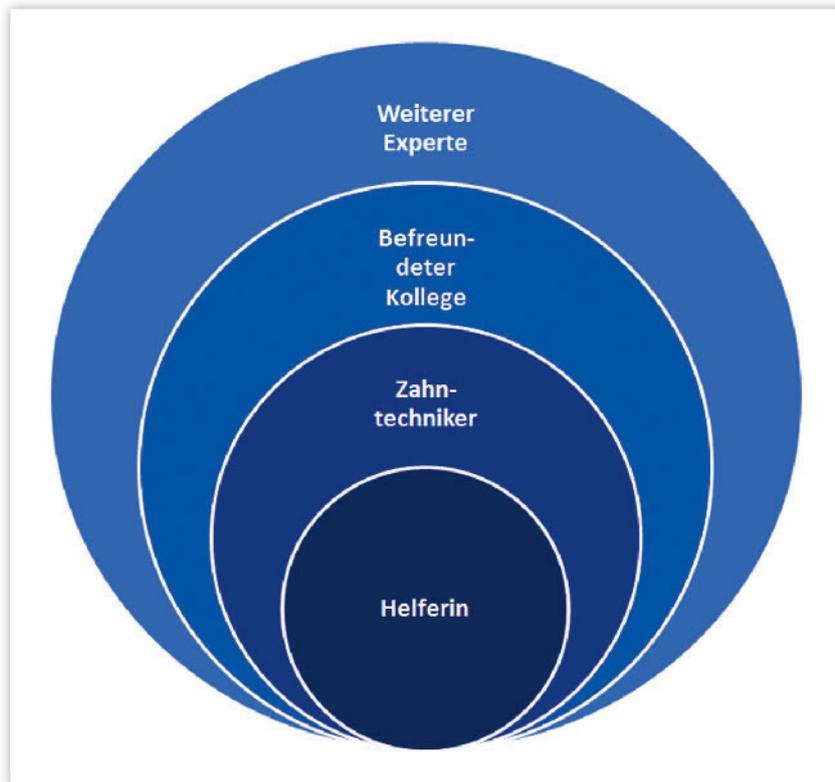


Abbildung 11 Sukzessives Einbeziehen anderer Beteiligter in die duale Beziehung
Figure 11 Successive inclusion of other participants in the dual relationship

handlungsrichtung vorgegeben, die ihn in seinen somatoformen Beschwerden weiter belastet, ist dies letzten Endes die Inkaufnahme eines Schadens am Patienten. Jede zahnärztliche Handlung, auch die des zahnmedizinischen Gutachters, unterliegt zudem den ethischen Forderungen nach Fairness und Gerechtigkeit – dem vierten ethischen Prinzip. Daher sollte es das Ziel einer Begutachtung sein, sowohl den einfachen technisch basierten Fehler als Misserfolg aufzudecken als auch die Strukturen in einem beziehungs-basierten Misserfolg zu thematisieren. Denn auch die psychische Verfasstheit eines Patienten und die (ggf. frustranen) Reaktionen seines Zahnarztes sind hier Teil des zu begutachtenden Krankheitsgeschehens.

Festzuhalten bleibt: Die Beschwerden über Spannungsschmerzen lassen sich im vorliegenden beispielhaften Gutachtensfall über die intraoralen Befunde nicht nachweisen und auch nicht aus dem Mangel an der prothetischen Arbeit ableiten [16]. Zwar senken sich die Sättel des Zahnersatzes über den passungsgenen Teleskopen gemäß der Schleimhautresilienz im hinteren (dorsalen) Kieferkamm-

bereich ab, jedoch bietet dieser Befund keine Erklärung für einen Spannungsschmerz. Diese Phasen fallen erstens nur beim Kauen an und zweitens ist ein teleskopierender Zahnersatz, auch bei einer theoretischen Restbeziehung in Form der frontalen Zähne, ein anerkanntes und unproblematisches Vorgehen. Trotz der immer vorhandenen Schleimhautresilienz im Bereich der Prothesensättel wäre auch in solchen Fällen zu erwarten, dass die Probleme in der hier geschilderten Symptomatik nicht auftreten. Zudem war eindeutig festzustellen, dass die Sekundärteleskope zwischen 13 und 23 festsaßen. Es gilt wissenschaftlich allerdings als gesichert, dass bei Spannungsschmerzen durch ein idiopathisches Schmerz-dysfunktionssyndrom meist zentralnervöse Strukturen als Ursache mitauslösend sind [8, 10]. Dabei wird im Regelmechanismus von *Formatio reticularis* und dem limbischen System bei neurologischen Spannungszuständen dieser Nervtonus auf die orofaziale Bahn versetzt. Auf diesem Wege werden dort dann Spannungs- und Schmerzzustände ausgelöst [22, 30]. Diese Mechanismen entstehen insbesondere nach größeren, zahnmedizinischen

Restorationen und sind als Phantom Bite Syndrom [20, 25, 33], Okklusionsneurose [12] oder in der neueren Literatur auch als *Occlusal Dysaesthesia* [27, 32] bekannt. Die beschriebene zahnmedizinische Komplikation an Zahn 22 lässt sich dagegen endodontisch/chirurgisch mit einer hohen Erfolgsaussicht korrigieren. Gleichzeitig ist die Passungsgenauigkeit der Freundsättel distal von 13 und 23 mit einer adäquaten zahnmedizinisch/zahntechnischen Korrektur durch Abtrennen, Neufixieren und Verlasern ohne größeren Aufwand zu beheben.

5 Diskussion

Mit der vorliegenden Studie wird die Erfüllung neuer Anforderungen an zahnmedizinische Gutachten begründet, deren Notwendigkeit sich aus dem hier analysierten Fall erschließt. Über die tradierte Vorstellung einer zweckgebundenen, formalen Aussage als Entscheidungshilfe für einen oft juristischen Akt hinaus muss sich der Gutachter darüber im Klaren sein, dass er de facto eine weitaus tiefreichendere Verantwortung übernimmt. Die Forderungen einer Bewertung des Falls nach prinzipienethischen Maßgaben erschließt sich dabei aus dem Grundsatz des professionsethischen „Nicht-Schadens“ Gebots, das bei einer unzureichenden Fallbewertung aber gerade schädigende Auswirkungen auf den Patienten entfalten würde. Wie der vorliegende analysierte Fall nachvollziehbar werden lässt, kann ein Gutachten, das die realen Fallbedingungen ausblendet, den Patient geradezu in eine noch tiefere Beschwerdesituation manövrieren bzw. dort fixieren und ihm die Möglichkeit seiner autonomen Entscheidungsräume weiter einengen anstatt ihm diese wie prinzipienethisch gefordert zu erweitern oder wieder zu geben. Die Neufassung der Musterberufsordnung (MBO) von 2014 verpflichtet im §2, Abs. 2.a den Zahnarzt erstmals auf den ethischen Bezug, „*seinen Beruf gewissenhaft und nach den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit auszuüben*“ [35]. Die neugefasste MBO gilt für den Gutachter mit der Vornahme seiner zahnmedizinisch professionellen Leistung in selbstverständlich gleicher Weise. Der vorliegende Beitrag strebt somit auch eine Neubestimmung der Rolle des Gutachters an, indem er die ethischen Implikationen herausarbeitet, die durch seine

Beurteilung eines zahnärztlichen Eingriffs entstehen. Der Gutachter muss sich unbedingt im Klaren darüber sein, dass er im Ablauf eines Misserfolgsverlaufs ein Teil des Geschehens ist, welches vom Patienten vor dem Hintergrund seiner anfänglichen, positiven Erwartungen als negativ qualifiziert wird und das nach der Begutachtung noch keinesfalls zu einem für ihn positiven Ende gekommen wäre. Sachverständigengutachten können somit nicht nur als zweckgebundene Bearbeitung eines technischen Sachverhaltes betrachtet werden, die eine administrative bzw. juristische Entscheidung möglich machen sollen, sondern vielmehr als eine zahnärztliche Stellungnahme, die Einfluss auf das Schicksal und das Wohlbefinden des Patienten nehmen. Als solche unterliegen sie den hier beschriebenen ethischen Anforderungen, die denen gleichzusetzen sind, welche dem Arzt-Patienten-Verhältnis zuzuordnen sind.

Kritischerweise ist jedoch gleichzeitig darauf hinzuweisen, dass dem vorliegenden Erklärungsmodell des Misserfolgs zentrale Aspekte aus dem Bereich psychosozialer Zusammenhänge zugrunde liegen, für die die Mehrzahl der zahnmedizinischen Gutachter zumindest bislang über keine nennenswerte Expertise verfügen. Liegt darüber hinaus eine tatsächliche psychosomatische Grunderkrankung dem Problem zugrunde, das in letzter Konsequenz zu einem Misserfolg in der zahnmedizinischen Behandlung führte, ist es erfahrungsgemäß schwer zu realisieren, dem Patient eine adäquate Diagnose zu unterbreiten. Doch gerade diese müsste er für sich als vorhanden akzeptieren, um dann in autonomer Entscheidung notwendige Maßnahmen in Anspruch nehmen zu können. Wenn bereits psychosomatische Fachärzte in solchen Fällen an ihre Grenzen stoßen, wird offenbar, mit welchen Herausforderungen zahnärztliche Gutachter mitunter konfrontiert sind; dies gilt umso mehr, wenn man deren Begrenztheit an Aufwand und Zeit eines Falls berücksichtigt, die maximal für ihre gutachterliche Tätigkeit zur Verfügung steht. Auch wenn dieser Sachverhalt aktuell ein Dilemma ist und es möglicherweise nicht gelingen wird, beim Patienten Einsicht in die zugrunde liegende Problematik zu erlangen, so bleibt es aber eine unbedingt notwendige Aufgabe des Gutachters, bei einem Misserfolg, wenn er nicht auf einem Behandlungsfehler beruht, auch deutlich zu ma-



Abbildung 12 Fallbeendigung im beziehungs-basierten Misserfolg

Figure 12 Case terminating in the relationship-based failure

(Tab. 1, Abb. 1-12: M. Jacob)

chen, dass er nicht dem Zahnarzt anzulasten ist. Aus der prototypischen und erweiterten Fallanalyse des vorliegenden realen Gutachterfalls bleibt nur die schlussfolgernde Ableitung, dass eine Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung durch den Gutachter erfolgen muss, um den ethischen Anforderungen an ein Gutachten gerecht zu werden. Dabei sind gerade auch die zugrunde liegenden Modalitäten der Interaktion in den Blick zu nehmen und eben nicht nur technisch somatische Parameter der Behandlung. Bleibt demgegenüber eine Beurteilung der Gesamterfordernisse aus, besteht die Gefahr, dass das ethische Gebot des „Nicht-Schadens“ verletzt wird. Indem die Verantwortlichen und Ausführenden diese Anforderungen anerkennen, stellt sich das Gutachterwesen einem bislang nicht ausreichend beschriebenen Problem der real existierenden Versorgung.

6 Fazit

Michael Heners bemerkte bereits 1991 [14]: „Indem wir den zahnärztlichen Eingriff in seiner wirklichen Kompliziertheit beschreiben und nicht in seiner technischen Vereinfachung, geben wir Praxis und Wissenschaft eine zukunfts-trächtige und emotionsfreie Basis.“ Die Profession ist im Rahmen des Patientenberatersystems vor Realisation eines Misserfolgs bemüht, erneutes Vertrauen in eine belastete Zahnarzt-Patienten-Beziehung zuzuführen [7]. Gelingt dies nicht, steht der

Fall am Übergang von der zahnmedizinischen zur juristischen Profession. Professionalisierung meint aber gerade auch die Vermeidung der Problemdelegation an außen stehende Dritte, etwa an Richter oder den Gutachter (als Scharnier zum Richter); die autonomen Handlungsräume der Profession sollen erhalten bleiben – oder besser – erweitert werden [6]. Die letzte Option, um die Fähigkeit der Profession im Umgang mit den eigenen Grenzfällen noch unter Beweis zu stellen, liegt somit im Handeln des Gutachters. Die Profession signalisiert durch die Struktur und Strukturierung des Gutachterwesens ihren handlungsfähigen Umgang mit Krisen, was letztlich mit dem Interesse der Gesellschaft an der Gesunderhaltung ihrer Individuen einhergeht. Die gutachterliche Verantwortung gilt somit sowohl dem zu begutachtenden Patienten wie auch dem fachlich in Frage gestellten Behandler. Wie es für die Behandlungs- oder Nicht-Behandlungsoptionen des praktisch tätigen Kollegen wichtig ist, Sachkenntnisse im therapeutischen Vorfeld zu erhalten, so ist es aus berufsständischem Interesse wichtig, dass der Gutachter alle Fallbedingungen berücksichtigt wird. Einerseits soll er in der Lage sein, fachliche Fehlleistungen aufzudecken, aber andererseits auch ungerechte Unterstellungen, die auf die zahnärztliche Profession übertragen werden, zurückzuverfolgen und richtigzustellen.

Der Gutachter hat eine herausragende Bedeutung in der Feststellung und Bewertung von Misserfolgen. Er ist Teil

des Interaktionsmusters und gleichzeitig Teil der Ausstiegsoption. Hieraus ergibt sich für ihn eine Mitverantwortung für den Patienten, da ein weiterer Schaden dessen über ein einseitiges Gutachten angerichtet werden kann. In gleichem Maße muss er sich aber auf der anderen Seite auch über die Mitverantwortung für Kollegen im Klaren sein, da die Problematik in der „diffusen Sozialbeziehung“ [29] ein gleichwertiger Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung darstellt. Dieser hochsensible Hand-

lungsbereich der zahnmedizinischen Profession darf nicht mal „eben so“ bearbeitet werden oder nebenher mitlaufen, sondern muss auf einer professionalisierten Grundlage erfolgen. Das Bestreben der Profession muss es sein, die vielfältigen zahnmedizinisch professionellen Anforderungsprofile zu verdeutlichen, um dem zentralen Wert der Patientensicherheit und -zufriedenheit ebenso gerecht zu werden wie dem Schutz der professionellen Integrität und Autonomie [17].

Interessenkonflikte: Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Korrespondenzadresse

Dr. Dr. Mike Jacob, M.A.
Maximinstr. 45
66763 Dillingen/Saar
dr.mikejacob@t-online.de

Literatur

- Abbott A: The system of professions. An essay on the division of expert labor. The University of Chicago Press, Chicago 1988
- Adler R: Schmerz. In: von Uexküll T, Adler R, H J: Psychosomatische Medizin, Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban und Schwarzenberg, München 1986, S 537–547
- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J: Towards a theory of schizophrenia. Behavioral Science 1956; 1: 251–264
- Carlsson GE: Dental occlusion: modern concepts and their application in implant prosthodontics. Odontology 2009; 97: 8–17
- Dick M, Jacob M: Das zahnmedizinische Gutachten – Ausweg oder Abstellgleis? Vortragsskript aus: Training für den erfahrenen Sachverständigen, Upgrade Praxis der Begutachtung (20.11.2009–21.11.2009). Akademie für zahnärztliche Fortbildung, Karlsruhe 2009
- Dick M, Jacob M: Vom Misserfolg jenseits des Fehlers: das entdeckende Potenzial des Triadengesprächs. Wirtschaftspraxispsychologie 2010, S 67–77
- Dick M, Wagner I, Gerhardt M: Stellenwert der Empowerment-Perspektive bei der institutionalisierten Patientenberatung zahnärztlicher Körperschaften in Deutschland – Ergebnisse einer qualitativen Studie zur aktuellen Beratungspraxis IDZ-Information 2/15. [http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/30c7c7caef1fb54ce8c12573380037acd9/2c2286bdfc09cb2fc1257c4300486339/\\$FILE/IDZ_0215_WEB.pdf](http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/30c7c7caef1fb54ce8c12573380037acd9/2c2286bdfc09cb2fc1257c4300486339/$FILE/IDZ_0215_WEB.pdf); (letzter Zugriff am 21.12.2015, 19:40h)
- Egle U-T: The benign chronic pain syndrome. Diagnostic subgroups, screening parameters, biographical disposition. PpMP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 1992; 42: 261–272
- Forberger E: Biographische Entwicklung und Lebensbewältigung als pathogene Faktoren bei Myoarthropathie. In: Müller-Fahlbusch H: Der psychopathologische Fall in der zahnärztlichen Beratung und Behandlung. 2. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der DGZMK. Quintessenz, Berlin 1990, 111–116
- Frick E, Seidl O: Assessing psychosomatic aspects of chronic orofacial pain syndrome (COS). PpMP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2005; 55: 191–199
- Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 1994
- Graber G: Psychische Einflüsse auf die Funktion des Kausystems. Dtsch Zahnärztl Z 1992; 47: 155–156
- Groß D: Ethik in der Zahnmedizin. Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten Fällen. Quintessenz, Berlin 2012, 232–234
- Heners M: Die Bedeutung allgemein anerkannter Regeln und ihrer Kriterien für die Qualitätsdiskussion in der Zahnmedizin. Dtsch Zahnärztl Z 1991; 46: 262–266
- Jacob M: Psychogene Zahnersatzunverträglichkeit – eine Fallrekonstruktion zur Exploration von Frühindikatoren, Master-Arbeit 2006 (Integrated Practice in Dentistry), Universität Magdeburg, 38–41
- Jacob M, Dick M, Walther W: Double Bind in Dentistry – Frühindikatoren psychogener Zahnersatzunverträglichkeit. Dtsch Zahnärztl Z 2008; 93: 175–180
- Jacob M: Professionalisierung im Gutachterwesen zur Patientensicherheit und Integrität der Profession. Zertifikatsarbeit (zum „Manager in Health Care Systems“), AS-Akademie Berlin im Studiengang „Freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement“. Berlin 2011
- Jacob M: Die reflexive Bearbeitung des Misserfolgs als Beitrag zur Professionalisierung – Empirische Rekonstruktion von Misserfolgen im Triadengespräch am Beispiel der zahnmedizinischen Profession. Budrich, Leverkusen 2012
- Jacob M, Groß D: Fallstricke und dilemmatische Aspekte in der zahnärztlichen Behandlung von Angehörigen und (emotional) Verwandten. Pitfalls and ethical dilemmas in the dental treatment of relatives and other close relations, Dtsch Zahnärztl Z 2014; 69: 552–555
- Jagger R G, Korszun A: Phantom bite revisited. Brit Dent J 2004; 197: 241–243
- Kerschbaum T: Kronen und Brücken – Langzeitergebnisse und Konsequenzen. In: Koeck B: Praxis der Zahnheilkunde, Band 5, Kronen und Brückenprothetik. Urban & Fischer, München 1999, 379–391
- Kluge A-M, Blumenthal-Barbie G: Psychosomatische Reaktion, Störung und Erkrankung – Orale Parafunktionen und ihre Folgen. In: Serl HG: Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1999, 215–242
- Leempoel P: The survival rate of bridges. A study of 1674 bridges in 40 dutch general practices. J Oral Rehabil 1995; 22: 327–330
- Leisenberg D, Bettin H, Spassov A et al.: Der klinisch-ethische Fall: Exaktion eines erhaltungswürdigen Zahnes. Zahnärztl Mitt 13/2013
- Marbach JJ: Phantom-bite-syndrome. Am J Psychiatry 1978; 135: 476–479
- Melis M, Zawawi K: Occlusal dysesthesia: a topical narrative review. J Oral Rehabil 2015; 42: 779–785
- Mieg HA: Professionalisierung. In: Rauner F: Handbuch Berufsbildungsforschung. Bertelsmann, Bielefeld 2005, 342–349
- Müller-Fahlbusch H: Der psychopathologische Fall in der zahnärztlichen Beratung und Behandlung. Quintessenz, Berlin 1990

29. Oevermann U: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe A, Helsper W: Pädagogische Professionalität. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1996, 70–183
30. Parsons T: Social systems. In: Parsons T: Social systems and the evolution of action theory. Free Press, New York 1977, 177–203
31. Storey AT: Kontroversen im Zusammenhang mit der Ortho- und Dysfunktion des Kiefergelenks. In: Zarb GA, Carlsson GE: Physiologie und Pathologie des Kiefergelenks: Grundlagen und Praxis von Diagnose und Therapie. Quintessenz, Berlin 1985, 487–514
32. Tsukiyama Y, Yamada A, Kuwatsuru R, Koyano K: Bio-psycho-social assessment of occlusal dysaesthesia patients. J Oral Rehabil 2012; 39: 623–629
33. Watanabe M, Umezaki Y, Suzuki S et al.: Psychiatric comorbidities and psychopharmacological outcomes of phantom bite syndrome. J Psychosom Res 2015; 78: 255–259
34. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 10. Auflage, Huber Hans, Bern 2000
35. www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/recht/mbo.pdf; (letzter Internet-Zugriff am 27.06.2015 um 20:15h)
36. www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Behandlungsfehler/6_-_Jahresstat-BHF-Begutacht_2014-MDS-MDK.pdf; (letzter Zugriff 02.01.2015, 20:35h)
37. Zahnärztekammer des Saarlandes: Mitteilungen Mai 2015: Fehlerquote bei Zahnärzten liegt bei 0,00062 %, MDK weist 556 Behandlungsfehler bei 90 Mio. Patientenkontakten nach. <http://www.zahnaerzte-saarland.de/zaek/index.htm>; (letzter Zugriff am 21.12.2015 um 19:45h)



37. Internationale Dental-Schau Köln, 21. - 25. März 2017 Fachhändlertag: 21. März 2017

Erleben Sie die Zukunft der Dentalmedizin!

Die Zukunft findet in Köln statt: Mehr als 2.400 Aussteller aus rund 60 Ländern präsentieren im März auf der Weltleitmesse IDS die wichtigsten Produkte und Themen für Ihre Praxis.



Koelnmesse GmbH
Messeplatz 1 | 50679 Köln | Deutschland
Telefon +49 180 577-3577* | ids@visitor.koelnmesse.de

*0,20 EUR/Anruf aus dem dt. Festnetz; max.0,60 EUR/Anruf aus dem Mobilfunknetz