



Prof. Dr. Johannes Einwag

Mundgesundheit und (Eigen)Verantwortung ...

„Als Eigenverantwortung (auch Selbstverantwortung) bezeichnet man die Möglichkeit, die Fähigkeit, die Bereitschaft und die Pflicht, für das eigene Handeln, Reden und Unterlassen Verantwortung zu tragen. Das bedeutet, dass man für sich selbst sorgt und dass man für die eigenen Taten einsteht und die Konsequenzen dafür trägt ...“ (Wikipedia, 1. Januar 2013).

Na prima, damit wären wir Ärzte ja eigentlich fein heraus. Der Patient ist selber schuld und muss die Konsequenzen seines Verhaltens tragen – zumindest bei Erkrankungen, die auf eigenes Verschulden zurückzuführen sind: Fangen wir beim Rauchen und Trinken an, gehen über Motorrad- und Autofahren weiter und hören beim Skifahren und Drachenfliegen auf (viel bleibt dann gar nicht mehr übrig). Das Leben ist ein Risiko. Am besten man stirbt gleich – dann hat man keine Probleme mit Juristen, Versicherungen, Krankenkassen ...

Natürlich, ich habe jetzt überzeichnet. Aber ... betrachten wir uns einmal die Diskussion um die Verantwortung für die Mundgesundheit aus diesem Blickwinkel. Die zentrale Frage lautet: Sind Erkrankungen der Zahnhartsubstanz und der Weichgewebe allein durch „angemessenes Mundhygieneverhalten“ in jedem Einzelfall vermeidbar?

Die Antwort ist ein klares Nein – zumindest gilt dies für „Volkskrankheiten“ wie Karies und Parodontitis, die heute ganz bewusst nicht mehr als Biofilm-Erkrankungen, sondern als Biofilm-„induzierte“ Erkrankungen bezeichnet werden. Die Reaktion auf die Anwesenheit des Biofilms ist interindividuell einfach zu unterschiedlich.

Diese Erkenntnisse stellen keinen „Freifahrtschein“ für unzureichende häusliche Mundhygiene dar. Bakterielle Biofilme sind nachgewiesenermaßen „ein Risikofaktor“ – aus diesem Grund ist es sinnvoll, sie zu reduzieren. Nur: Sie sind nicht der einzige Risikofaktor. Wir kennen inzwischen auch eine „große Zahl“ verhaltensunabhängiger Risikofaktoren – insbesondere die individuelle Immunabwehr. Deswegen erleben wir es ja auch im Klinikalltag immer wieder, dass Patienten trotz „guter Mundhygiene“ eine Progression ihrer Erkrankung erfahren oder trotz „schlechter Mundhygiene“ stabile Verhältnisse eintreten. Für seine Immunlage ist der Patient aber nicht verantwortlich.

Aus diesem Grund ist es auch unsinnig, einen Grenzwert für einen „Plaque-Index“ zu definieren, der die Patienten in „gute“ und „schlechte“ Putzer trennt. Ein derartiges Denken ist fachlich antiquiert. Wir sollten davon ausgehen, dass nur den wenigsten Patienten eine 100%ige Entfernung des Biofilms allein mit häuslichen Maßnahmen möglich ist. *Schlagenhauf* [4] hat beispielsweise in diesem Zusammenhang bereits 2006 formuliert: „Parodontitis ist keine Erkrankung, die primär auf mangelnde Mundhygiene zurückzuführen ist“. Und er fügte hinzu, dass „eine lebenslange professionelle Betreuung parodontal erkrankter Patienten ... selbst bei bester Mundhygiene unverzichtbar“ sei.

Diese Entwicklung findet auch in der modernen Rechtsprechung ihren Niederschlag: Sowohl der Patient als auch das zahnärztliche Team werden in die Pflicht genommen. So enthält die Literatur eindeutige Hinweise auf eine Pflicht des Zahnmediziners zur Beratung hinsichtlich der Prävention von Zahn- und Zahnfleischerkrankungen: „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 Patienten überhaupt für das Prophylaxeprogramm des Zahnarztes zu gewinnen“ [1].

Andererseits wird ausgeführt, dass ein Zahnarzt nicht verpflichtet ist, seinen Patienten nachträglich und wiederholt auf die zu wählende Mundhygiene hinzuweisen. Dies unterliege der Eigeninitiative der (erwachsenen) Patienten. Etwas anderes könne nur dann gelten, wenn der Patient – für den Zahnarzt erkennbar – zu eigenverantwortlichem Handeln nicht in der Lage sei [3]. Weitere Ausnahme: Der Patient lehnt das professionelle Betreuungsangebot – aus welchen Gründen auch immer – ab. „Der Arzt muss dieses Veto selbst bei großer Unvernunft respektieren“ [2].

Fazit (sowohl aus fachlicher als auch juristischer Sicht): *Patient und Team sind gefordert!* Wenn „beide Seiten“ sich ihrer „Verantwortung“ (für die Mundgesundheit) bewusst sind und „Bereitschaft“ zeigen, ihre „Fähigkeiten“ auf der Basis der „Möglichkeiten“ der modernen Zahnheilkunde einzusetzen,

dann kann als „Konsequenz“ eine Förderung der Mundgesundheit erwartet werden.

Also: arbeiten wir dran!

Ihr

Prof. Dr. Johannes Einwag

Literatur

1. Bastendorf KD, Kögel A: Die Haftung des Zahnarztes für unterlassene Individualprophylaxe, Dentalhygiene Journal 2003;6: 32–38
2. Kögel A: Die Haftung des Zahnarztes für unterlassenen Individualprophylaxe, Shaker-Verlag, Aachen 2002
3. OLG Düsseldorf, -I-8 U120/06 – 04.04.2007 <http://www.arzthaftung-aktuell.de/47/index.html>
4. Schlagenhaut, U: Therapie und Prophylaxe parodontaler Erkrankungen. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 2006,34: 22–25

Aufruf für Anträge an die Hauptversammlung der DGZMK

Die Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde findet am **Freitag, den 08. November 2013**, von 17.30 bis 19.00 Uhr im Congress Center der Messe Frankfurt statt.

Hierzu laden wir alle Mitglieder herzlich ein und bitten um zahlreiches Erscheinen. Anträge an die Hauptversammlung sind bis zum 13. September 2013 per Einschreiben an die

Geschäftsstelle der DGZMK
Liesegangstr. 17 a
40211 Düsseldorf
zu richten.

Düsseldorf, den 30. April 2013

Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake
Präsident der DGZMK