

Robert A. W. Fuhrmann, Susanne Voigt

Indikationen manueller Funktionsanalysen vor, während und nach Kieferorthopädie unter forensischen Gesichtspunkten

Teil 1



Robert A. W. Fuhrmann

Univ.-Prof. Dr. Dr.
Universitätspoliklinik für
Kieferorthopädie
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Große Steinstraße 19
06108 Halle/Saale
E-Mail:
info@kiss-orthodontics.de

Susanne Voigt

Zahnärztin
Universitätspoliklinik für
Kieferorthopädie
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Halle/Saale

In den letzten Jahren häufen sich Streitsachen aufgrund unterlassener, unvollständiger oder nicht dokumentierter Kiefergelenksfunktionsprüfung beziehungsweise manueller Funktionsanalyse (MFA) vor, während oder nach einer kieferorthopädischen Behandlung. Vor allem im Rhein-Main-Gebiet wird vermehrt über Verfahren nach kieferorthopädischer Erstbehandlung und anschließendem Patientenwechsel zu erfahrenen CMD-Therapeuten berichtet.

Die Auslöser für diese Streitsachen sind vielfältig. Die Patienten sind nach einer komplexen kieferorthopädischen Erstbehandlung für dentofaziale Störungen sensibilisiert. Auffallende Unterschiede bei der Eingangsanamnese mit der Nachfrage bezüglich vorausgehender Untersuchungen der Kaumuskulatur und Kiefergelenksfunktion lassen den Patienten aufhorchen.

Ergibt sich ein Hinweis darauf, dass im Rahmen der Erstbehandlung auf eine diagnostische Bewertung der kraniomandibulären Funktionsfähigkeit verzichtet wurde, entsteht ein emotionaler Groll bei den betroffenen Patienten. Anschließend kommt es teilweise zu Beschwerden bei der Krankenkasse, der Zahnärztekammer oder zur Nutzung der Deckungszusage einer bestehenden Rechtsschutzversicherung für fachanwaltliche Beratung.

Die bekannte juristische Zusatzqualifikation Fachanwalt für Medizinrecht wird mittlerweile durch die Fülle hochkomplexer Verfahren in der Medizin in einzelne Teilgebiete aufgliedert. Es gibt heute bereits einzelne Fachanwälte, die sich auf ihrer Homepage als Rechtsanwalt für CMD für betroffene Patienten anbieten (www.cmd-rechtsanwalt.de).

Analog zu diesen Patientenanwälten gibt es vergleichbare Fachanwälte, die ausschließlich Verfahren von Ärzten, insbesondere beklagten Kieferorthopäden übernehmen oder ausschließlich im Auftrag von Haftpflichtversicherungen arbeiten.

■ Medizinischer Standard klinischer CMD-Diagnostik

Zur Feststellung eines Behandlungsfehlers in der Medizin bedarf es eines Vergleichs der beklagten Behandlung mit dem fachspezifischen Behandlungsstandard des Fachgebietes. Der Standard in der Medizin repräsentiert den jeweiligen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat. Demnach ist der Standard eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter (Qualitäts-) Anforderungen. (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Glossar Patientensicherheit. Berlin; 2005)^{1,2}.

Der medizinische Behandlungsstandard wird durch Lehrbücher, Leitlinien beziehungsweise Stellungnahmen der Fachgesellschaften und gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse definiert. Die gemeinsamen Stellungnahmen der DGZMK und DGFDT zur CMD-Diagnostik sind als Handlungsmaßstab für die kieferorthopädischen Leistungserbringer anzulegen.

Dieser verbindliche Qualitätsmaßstab wird bei allen Arzthaftungsfragen unabhängig vom jeweiligen



Versicherungsstatus der Patienten bei Gericht angelegt. Abweichungen vom Behandlungsstandard sind immer dann zulässig, wenn es die Krankheitslage beim einzelnen Patienten beispielsweise durch Behinderungen oder durch mangelhafte Mitarbeit in der Kieferorthopädie erfordert.

Die Anwendung und Interpretation des aktuell verbindlichen Standards für kieferorthopädische Leistungserbringer hängt außerdem von der subjektiven Einschätzung des beauftragten Gerichtssachverständigen ab.

Die kieferorthopädischen Leistungsinhalte in der kassenzahnärztlichen Versorgung nach BEMA sind seit dem 1. Januar 2004 unverändert. Das höchste Organ der Selbstverwaltung, der sogenannte gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seitdem keine neuen kieferorthopädischen Leistungen in den BEMA aufgenommen. Innovation blieb bei der GKV-Versorgung außen vor.

Die wachsende Diskrepanz zwischen dem medizinischen Standard und dem Leistungskatalog der GKV in der Kieferorthopädie steigert die Verantwortung der Leistungserbringer. Aufgrund unzureichender Diagnostik und/oder einer absehbaren Gefährdung schonungspflichtiger Gewebestrukturen kann es sein, dass die Einleitung beziehungsweise Weiterführung einer Behandlung vom Kieferorthopäden infrage gestellt wird. Risiken, die zu einer irreversiblen Gewebeschädigung führen können, bedürfen einer diagnostischen Abklärung, einer befundbezogenen Aufklärung und einer hinreichenden Dokumentation.

■ CMD-Screening im Verlauf der Eingangsdiagnostik

Im Rahmen der kieferorthopädischen Eingangsdiagnostik wird in der Regel zunächst der klinisch-zahnärztliche Befund erhoben und eine Einstufung in die kieferorthopädischen Indikationsgruppen vorgenommen. Ein verbindlicher Teil der Eingangsuntersuchung ist auch die diagnostische Bewertung der kranio-mandibulären Strukturen (Kaumuskulatur, Kiefergelenke, usw.). Ergeben sich beim initialen klinischen CMD-Screening auffällige morphologische oder dysfunktionelle Befunde, bedarf es der weiterführenden manuellen Funktionsanalyse und Dokumentation auf einem CMD-Untersuchungsbogen.

Bei morphologischen Prädispositionen, wie beispielsweise einer Kreuzbissverzahnung und/oder einem Zwangsbiss, besteht oft ein funktionelles Gleithindernis. Durch Frühkontakte und Gleithindernisse kann es zu einer Überlastung beziehungsweise asymmetrischen Belastung der Gelenkstrukturen des Kiefergelenks und der Kaumuskulatur kommen.

Nach welchem Zeitraum solche Dysfunktionen beziehungsweise Zahnstellungsanomalien irreversible Schädigungen induzieren, ist individuell verschieden. Es gibt Patienten, die sehr früh eine Kiefergelenksschädigung entwickeln und bei anderen Patienten ist trotz einer lebenslang bestehenden Kreuzbissproblematik keine irreversible Schädigung nachweisbar.

■ Hinweise auf CMD aus dem Anamnesebogen

Bei einzelnen Patienten kommen zu den stomatologischen Befunden allgemeinmedizinische Risikofaktoren hinzu. Immunologische, hormonelle oder rheumatoide Grunderkrankungen und ihre aktuelle Medikation werden in der Regel mit einem umfassenden Fragebogen sondiert. Hat ein Patient alle diese Fragen verneint und zusätzlich die klassische Fragestellung: „Bestehen bei Ihnen Kiefergelenksknacken oder -beschwerden?“ mit „Nein“ beantwortet, sollte dennoch ein klinisches CMD-Screening durchgeführt und dokumentiert werden.

Im Verlauf oder nach einer kieferorthopädischen Behandlung entwickeln sich gelegentlich klinische CMD-Symptome. Solche Neubefunde entstammen oftmals einer Dekompensation einer bisher klinisch unauffälligen Funktionsstörung.

■ Versorgungsniveau der GKV bei CMD-Befunden

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass eine umfassende manuelle Funktionsanalyse nicht zum BEMA-Leistungskatalog der bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Bei einer manuellen Funktionsanalyse (MFA) handelt es sich um ein außervertragliches diagnostisches Leistungsangebot, das man generell allen Patienten unabhängig

vom Versicherungsstatus beziehungsweise Kostenträger mit einem auffälligen CMD-Screening-Befund anbieten sollte.

Eine umfassende funktionstherapeutische Diagnostik ist überwiegend als Privatleistung einzustufen, deren Abrechnung nach GOZ-Ziffer 8000 erfolgt. Der GKV-Versicherte ist auf diese private Behandlungsoption hinzuweisen, sodass ihm die Entscheidung offen steht, ob er diese medizinisch notwendigen Maßnahmen ergreift und hierfür privat zahlt oder nicht (LG Stuttgart, Urteil vom 28.02.1994 – 27 O 578/92).

Das unterbreitete Angebot einer MFA, die Aufklärung über die bestehende medizinische Notwendigkeit und die mögliche Ablehnung einer solchen kostenpflichtigen Zusatzdiagnostik sind dokumentationspflichtig.

■ Beschwerde bei der Krankenkasse

Die Beschwerde eines Patienten bei einer gesetzlichen Krankenkasse führt meist zur Auslösung einer Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK). Die angerufene Krankenkasse kann die gesetzlich Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die aus möglichen Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen und hierzu den MDK einbinden (§ 66 SGB V).

Der MDK begutachtet vertragliche und außervertragliche Leistungen, die weit über den ursprünglich beantragten BEMA-Behandlungsplan hinausgehen. Der MDK-Gutachter prüft, ob die Behandlung gemäß kassenärztlichen Richtlinien durchgeführt und zusätzlich inwieweit der aktuelle medizinische Standard der Kieferorthopädie eingehalten wurde.

Der MDK-Gutachter untersucht, inwiefern ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und einem Gesundheitsschaden besteht. Neben einer kostenlosen gutachterlichen Bewertung für den Versicherten kann die GKV eigene Regressansprüche an den kieferorthopädischen Leistungserbringer stellen, sofern ein kausaler Zusammenhang tatsächlich nachgewiesen wurde (§ 116 SGB X).

Für die betroffenen kieferorthopädischen Leistungserbringer und die beantragende Krankenkasse ist ein abschlägiges MDK-Gutachten nicht bindend.

Bei einem festgestellten Behandlungsfehler sollte nach Eingang des abschlägigen MDK-Gutachtens beim Kieferorthopäden unverzüglich die Berufshaftpflicht informiert werden und ein Schadensformular ausgefüllt werden. Die weitere Schadensaufarbeitung obliegt der Berufshaftpflicht und dem eventuell angerufenen Zivilgericht.

Die Meinung dieser hinzugezogenen MDK-Gutachter ist nicht verbindlich für ein angestrebtes Arzthaftungsverfahren. Die Erkenntnisse einer MDK-Begutachtung werden zumeist als verbindlicher Maßstab in den Beweisbeschluss durch das Gericht aufgenommen. Damit ist der Gerichtssachverständige verpflichtet, auf das vorliegende MDK-Gutachten einzugehen.

■ CMD im Arzthaftungsverfahren

Entscheidungsrelevante Kriterien in Arzthaftungsverfahren in Verbindung mit kranio-mandibulären Dysfunktionen bestehen meistens darin, dass vor der Aufnahme der Therapie keine umfassende Untersuchung, Aufklärung und/oder Dokumentation des Funktionsstatus erfolgte.

Eine dokumentierte Screening-Untersuchung mit Angaben bezüglich des Bewegungsspielraums des Unterkiefers beim Vorschub, bei der Mundöffnung (SKD=Schneidekantendistanz) und der Lateralverschiebung nach rechts und links liegt meist nicht vor. Ebenso wurden reproduzierbare Knackgeräusche nicht dokumentiert oder provozierbare Kompressions- oder Distraktionsbeschwerden der beiden Kiefergelenke nicht untersucht oder dokumentiert.

Das Gericht geht bei einem Dokumentationsmangel von einem Diagnosefehler aus, da keine befundbezogen ausreichende Planung des Diagnoseverfahrens und des Behandlungskonzeptes erfolgt sei. Ebenso seien differenzialtherapeutische Überlegungen mit der Vorschaltung einer Schienentherapie zur Funktionstherapie nicht vorgenommen worden (OLG Stuttgart, 10.02.2009 – 1 U 52/08; OLG Hamm, Urteil vom 04.07.2014, I – 26 U 131/13)³.

Zahnärztliche Behandlungen, die eine vorbestehende CMD-Dysfunktion nicht beachten und nicht in das Therapiekonzept einbezogen werden, können Verletzungen des zahnärztlichen Behandlungsstandards darstellen und zudem allgemeinmedizinische



Beschwerden hervorrufen. Für die Folgen haftet der unsachgemäß handelnde Zahnarzt.

Unterbleiben eine manuelle Funktionsanalyse, eine MRT-Darstellung und eine indizierte Funktionstherapie vor einer zahnärztlichen Therapie kann dies einen groben zahnärztlichen Behandlungsfehler darstellen, wenn Kiefergelenksprobleme oder eine entsprechende Diagnose bereits vor dem Behandlungsbeginn vorlagen (OLG Köln, Urteil vom 23.08.2006 – 5 U 22/04 – MedR 2008, 46; OLG Schleswig, Urteil vom 13.10.1993 – 4U 145/91; LG Braunschweig, Urteil vom 02.05.2001 – 2 S 916/00, AG Baden-Baden, Urteil vom 04.05.2007 – 1 C 24/03).

Eine umfassende Funktionsdiagnostik ist ohne den Verdacht auf eine CMD-Dysfunktion indiziert, wenn im Rahmen einer interdisziplinären oralen Rehabilitation eine vollständige Neuorientierung der Bisslage geplant wird (OLG Düsseldorf, Urteil vom 15.01.1998 – 8 U 57/97).

Wenn im Rahmen der GOZ-Rechnungslegung eine Faktorensteigerung mit dysfunktionaler Kaugewöhnheit oder einer bestehenden CMD-Dysfunktion begründet wird, ist dies trotz subjektiver Befundlosigkeit des betroffenen Patienten ein Nachweis für eine ärztlich diagnostizierte CMD, die eine entsprechende nachweisbare Befunderhebung erforderlich macht.

Tritt hingegen das für eine CMD-Erkrankung typische Beschwerdebild während der Behandlung erstmals auf und war eine umfangreiche Diagnose vor Aufnahme der zahnärztlichen Behandlung nachweislich gestellt worden, so stellt das Unterbleiben einer diesbezüglichen Befunderhebung keine Verletzung des zahnärztlichen Standards dar (OLG Köln, Beschluss vom 02.05.2011 – 5 U 10/11).

Die gerichtliche Feststellung der Folgen einer unterbliebenen CMD-Diagnose und/oder Therapie wird manchmal durch ein orthopädisches Sachverständigengutachten ergänzt, sofern der Kläger Schmerzen oder Schäden an der Wirbelsäule oder am Becken anführt. Für den Nachweis irreversibler Gewebeschäden im Gelenkbereich sind meist ein bildgebendes Verfahren wie die Magnetresonanztomographie für Weichgewebsschäden (MRT) und eine computertomographische Darstellung (CT, DVT) für eine Knochendegeneration unverzichtbar.

■ Abbruch oder Weiterführung einer Behandlung?

In der gesetzlichen Krankenversorgung wird die genehmigungsfähige Therapie auf eine wirtschaftlich ausreichende Behandlung reduziert. Der aktuelle medizinische Standard wird nicht in die Regularien einbezogen und allein aus budgetären Überlegungen heraus gehandelt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die CMD-Funktionsdiagnostik in über 14 Jahren seiner Tätigkeit nicht in den BEMA-Leistungskatalog aufgenommen. Wenn nach einer CMD-Screening-Untersuchung der Verdacht auf eine CMD-Erkrankung besteht, muss der GKV-Versicherte umfassend informiert und über weitere außervertragliche Leistungsangebote nachweisbar aufgeklärt werden.

Lehnt der Versicherte eine weitergehende manuelle Funktionsanalyse (MFA) ab, stellt sich die Frage, ob eine kieferorthopädische Behandlung überhaupt aufgenommen oder weitergeführt werden darf.

Vor einer eventuellen Fortsetzung beziehungsweise Aufnahme der Therapie muss der Zahnarzt die rechtlichen Gebote aus dem Patientenrechtgesetz nach § 630 BGB beachten, da dann in Abweichung vom medizinischen Standard behandelt wird. Das Einvernehmen mit dem Patienten, dass hierbei eine Behandlung gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat erfolgt, sollte schriftlich fixiert und von allen Beteiligten unterzeichnet werden.

■ Schlussfolgerung

Der medizinische Standard in der Kieferorthopädie und die Stellungnahmen der Fachgesellschaften aus der DGZMK erfordern die klinische Durchführung eines CMD-Screening-Tests im Rahmen der Eingangsdagnostik.

Ergeben sich aus dieser dokumentationspflichtigen Untersuchung Hinweise oder ein Verdacht auf eine CMD-Beschwerdeproblematik, sollte allen Patienten nachweislich eine manuelle Funktionsanalyse (MFA) angeboten werden.

Je umfangreicher diese Aufklärung und die Untersuchungsbefunde dokumentiert werden, desto geringer ist das Risiko auf ein abschlägiges Urteil in einem Arzthaftungsverfahren.

Der bestehende medizinische Standard wird im Zivilgerichtsverfahren zur Beurteilung einer Behandlung *lege artis* deutlich höher bewertet, als die wirtschaftlichen Maßgaben der kassenzahnärztlichen Versorgung.

■ Literatur

1. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Glossar Patientensicherheit. Berlin; 2005.
2. Hart PD. Evidenz-basierte Medizin (EBM) und Gesundheitsrecht. *Medizinrecht* 2000;1–5.
3. Knüpper P. Craniomandibuläre Dysfunktionen aus dem Blickwinkel eines Juristen. *ZMK* 2014,30:480–485.

