

Der „Grundsatz der Zahnerhaltung“: ein Planungs- und Autonomiehindernis und ein unerträgliches Relikt

Wo immer ein Verbraucher dem Arzt als Patient gegenübertritt, tut er dies selbstbewusst und autonom. Patientenautonomie und Patientenmitbestimmung prägen den Entscheidungsprozess, welche medizinische Maßnahme durchgeführt wird. Ein Autonomieverzicht, etwa in Gestalt eines Aufklärungsverzichtes, soll gar nicht erst zulässig sein. Es ist alleine der Patient, der über seine körperliche Integrität verfügt, und bei einem Eingriff hierin bedient er sich eines Arztes, der die konsentierete Maßnahme als verlängerter Arm des Patienten und seines Sachverstandes als sog. learned intermediary ausführt.

In der Zahnmedizin wird der Grundsatz der Zahnerhaltung seit längerem in unzulässiger Weise überhöht. Faktisch wird so von interessierten Kreisen versucht, den Patienten daran zu hindern, zielführende Maßnahmen zur Beseitigung seiner Zahnprobleme zu ergreifen. Im Ergebnis wird damit bewirkt, dass ein schrittweiser Verfall von Zahnschubstanz durch wiederholte zahnmedizinische Einzelmaßnahmen möglichst umfassend und möglichst lange zu „behandeln“ sei. Zeitgleich sind die Leistungserbringer in der Zahnmedizin durch ihre Aufsichtsorganisationen, die sogenannten „Kammern“ (in der Schweiz „SSO“) angehalten, es dem Patienten zu verwehren, sich frühzeitig gegen den Verbleib ihrer eigenen Zähne zu entscheiden. Der Patient ist somit faktisch gezwungen seine Zähne selbst wider eigenes besseres Wissen und wider eigene Erfahrungen zu behalten und zu erhalten (im Regelfall unter hohen eigenen finanziellen Aufwendungen). Dabei wird es ihm wo immer möglich verwehrt, eine umfassende Ersetzung durch heute verfügbare besser haltbare, moderne Zahnimplantate zu ermöglichen. Diese Vorstellung von einem Erhaltungsgebot gegen den Patientenwillen stellt rechtlich wie auch medizinisch einen Fremdkörper in der täglichen Versorgungsrealität dar.

1. Patientenautonomie von Kopf bis Fuß: stoßende Beispiele

Schon das beginnende Leben ist das Produkt eines autonomen Entscheidungsprozesses des Patienten, indem die in Deutschland geltende Fristenlösung eine Abtreibung bei Wahrung der dort vorgesehenen Kautelen in die

Entscheidung der Mutter stellt und der Staat seine Wächterstellung auf die Prüfung der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Abtreibung beschränkt. Der Gesetzgeber übersieht dabei völlig, dass die am meisten vom Entscheidungsprozess betroffene Person, nämlich das abgetriebene Kind, sich in keiner Weise wirksam an dem Entscheidungsprozess, welcher schließlich zu seiner Ermordung führt, beteiligen darf. Die Bevölkerung wurde weitestgehend an diesen Zustand der Rechte-Einschränkung bzw. der Rechtlosigkeit einzelner Personen gewöhnt.

Bis zum ca. 10. Lebensjahr besteht ein ideales Zeitfenster für eine klassische kieferorthopädische Funktionsbehandlung mit dem Zweck der Wachstumssteuerung. Später, im Verlaufe und nach der Pubertät, wird mit festsitzenden Spangen in die Morphologie und die Funktion des Kieferbereichs eingegriffen. Mitunter werden im Verlauf solcher Behandlungen im Rahmen der „Extraktionstherapie“ zur Platzschaffung für eine Begradigung aller verbleibender Zähne einzelne gesunde Prämolaren und sogar wichtige Molaren (!) gezogen, auch wenn diese völlig gesund sind. Simple Funktionstherapien im früheren Lebensalter werden hingegen kaum noch angeboten. Die entfernten Zähne teilen dann dasselbe Schicksal wie die Weisheitszähne, deren Entfernung jedoch unter medizinischen Gesichtspunkten sehr häufig oder fast immer indiziert ist. In beiden Fällen wird der Funktion / Ästhetik ein höherer Stellenwert eingeräumt als der Substanzerhaltung.

Im Rahmen einer späten, festsitzenden kieferorthopädischen Therapie werden die so behandelten Zähne regelmäßig gelockert, um sie von A nach B bewegen zu können. Diese Zähne erreichen später nie mehr die Festigkeit im Kiefer, die unbehandelte Zähne behalten. Diese Lockerung aller betroffenen Zähne wird durch die Behandler hingenommen, obgleich bekannt ist, dass Lockerungen von Zähnen gar nicht zahnärztlich behandelt werden können. Damit wird die Haltbarkeit dieser Zähne erheblich eingeschränkt wird: die Haltbarkeit dieser Zähne wird (vom Fachmann geschätzt) 10 - 30 Jahre geringer ausfallen als bei Zähnen in kieferorthopädisch unbehandelten Gebissen. Das die Behandlung rechtfertigende Credo der Kieferorthopäden, dass ihre Behandlung nicht nur die Ästhetik verbessert, sondern auch die langfristige Erhaltung der Zähne sichert, wurde in langfristigen Studien (die z.B. im 50. oder 60. Lebensjahr der Patienten (die vor dem 20. Lebensjahr behandelt wurden) nie bewiesen. Dennoch bezahlen **Krankenkassen** die Therapie.

Mit dem Eintritt der Alterssichtigkeit (Presbyopie) im Zeitfenster ab dem 45. Lebensjahr kann der Patient die Implantation einer Multifokallinse und die Explantation der **völlig gesunden natürlichen Linse** veranlassen, etwa um Brillenfreiheit zu erreichen, mithin einem selbst gewählten Zweck der reinen Ästhetik als einer sog. Verlangensleistung ohne jede medizinische Indikation.

Diese Entscheidung des Patienten gegen die Erhaltung des gesunden Organs des Auges (Augenlinse) wird in ständiger Rechtsprechung als autonom und zulässig bestätigt und zwar selbst dann, wenn keinerlei medizinische Indikation gegeben ist (diese liegt nach dem internationalen Konsensus der Mediziner vor bei einer sog. myopia magna erst ab -6 Dioptrien und mehr). Das refraktive System beider Augen wird so zum Gegenstand einer freien Verfügung des Patientenwillens. Dies sogar in Ansehung des Risikos der totalen Erblindung bei der gleichzeitigen Operation beider Augen.

Auch das Lebensende wird in die autonomen Hände des Patienten gelegt, wenn es in der Formulierung des Bundesverfassungsgerichtes heißt, dass der freibestimmte Tod Ausdruck der allgemeinen Handlungsfreiheit sei und eine dahingehende Patienten-Entscheidung durch das Grundgesetz geschützt werde, sofern nur der autonome Charakter dieser Entscheidung gesichert sei¹. Das Verbot der Selbsttötung und die Erhaltung des Lebens um jeden Preis mag moralisch gefordert worden sein, rechtlich ist ein solches niemals niedergelegt worden, so dass ein Schutz des Lebens um jeden Preis auch vor einer autonomen Entscheidung des zur Selbsttötung entschlossenen Patienten nicht besteht, sondern im Gegenteil die Selbsttötung gerade als Ausdruck der Patientenautonomie durch oberste Verfassungsprinzipien institutionell gewährleistet ist.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Aussage geradezu banal, dass ein Patient über den Verbleib oder die Entfernung von Zähnen autonom entscheiden kann, selbst wenn einzelne, mehrere oder sogar alle Zähne für sich betrachtet gesund ist.

Dennoch wird von interessierten Kreisen die Frage aufgeworfen, ob seine Verfügungsbefugnis wirklich so weit reicht, sich gleich eine Reihe von Zähnen oder alle Zähne entfernen zu lassen. Im Lichte seiner viel weiterreichenden Autonomie zu den Rechtsgütern Leben und Gesundheit wird dies spontan zu bejahen sein; es

¹ Eberbach, Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmung und Bürokratie, MedR 2022, 455

sprechen auch viele rechtssystematische Argumente für eine als so weitgehend verstandene Patientenautonomie.

Vergleicht man diese genannten Beispiele unter pekuniären Gesichtspunkten, so wird schnell eines deutlich: in allen Fällen wird durch die Standesvertreter (die auch den Gesetzgeber beeinflussen) so entschieden, dass es zu Mehreinnahmen der Mitglieder kommt. Selbst die Tötung des ungeborenen Lebens wird ermöglicht, ebenso die Mitwirkung von Medizinern oder Helfern an der Tötung von an sich gesunden Personen. Zugleich und assistierend verbreiten Medien das Märchen der Überpopulation der Erde, welches quasi als Allgemeinrechtfertigung für zahllose medizinische und nicht-medizinische Maßnahmen zu gelten hat.

2. Einzelbetrachtung vereitelt Gesamtabwägung

Das Postulat der unbedingten Erhaltung eines jeden einzelnen Zahns (sog. Erhaltungsgrundsatz), bis keine auch nur denkbare zahnärztliche Erhaltungsbemühung nach der Einschätzung des Behandlers mehr verfügbar ist, überzeugt nicht, denn dieses Postulat führt selbst zu einer langfristigen und unzumutbaren Einschränkung der Patientenautonomie. Denn manch eine umfassende prothetische Gesamtplanung wird gar nicht erst erfolgen können, wenn eine insofern hinderliche Restbeziehung dem Patienten ansonsten leicht verfügbare Planungsoptionen nimmt. Die Befürworter des Postulats der unbedingten Zahnerhaltung lassen eine Abwägung mit anderen Gütern erst gar nicht zu (Ermöglichung anderer Versorgungsformen; Reduzierung von sonst erforderlichen permanenten Erhaltungsversuchen; u.U. auch Kostenersparnis durch eine einmalige umfassende Sanierung nach eingetretenen Sanierungsstau). Dies steht im Widerspruch zur Berufspraxis sowohl des Zahnarztes als auch des Richters: denn der Zahnarzt will den Patienten zur autonomen Entscheidung befähigen und klärt ihn über die Vor- und Nachteile der diversen Versorgungsvarianten auf, was umfassende Güterabwägungen bis hin zur Kostendarstellung umfasst. Der Richter wird in Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes fragen, ob sich dem Patienten Versorgungsalternativen bieten, die die die Entfernung selbst gesunder Zähne rechtfertigen können, weil eine umfassende Sanierung die Verfolgung viel weitgehender Versorgungsziele ermöglicht und sich so sowohl zahnmedizinische wie auch finanzielle Vorteile im Rahmen der Kosten-Nutzenabwägung ergeben können.

3. Einzelzahnbehandlung erschüttert stomatognathes System

Dem Postulat des Erhaltungsgrundsatzes liegt die isolierte Betrachtung eines jeden einzelnen Zahns zugrunde. Das gesundheitliche Interesse des Patienten besteht aber nicht in einer Vielzahl von gesunden Einzelzähnen, sondern an einem insgesamt funktionierenden stomatognathen System als solchem. Dieses System wäre nach dem Postulat der unbedingten Erhaltung aller Einzelzähne permanent neu zu konzipieren und aufzusetzen, durch den fortschreitenden Zahnverfall und den konstanten Abänderungsbedarf der bereits vorhandenen Versorgung. Denn unbestritten kann jede prothetische Einzelmaßnahme an auch nur einem einzigen Zahn die Gesamtokklusion und die Verteilung der Kaufunktion verändern. Jeder Zahnverlust wird die Funktion des Systems verändern. Gerade diese Fülle an Einzelmaßnahmen über viele Jahre hinweg an einer Vielzahl von Einzelzähnen kann als „Flickschusterei“ interessewidrig sein, da bekannt ist, dass spätere Erkrankungen des stomatognathen Systems auf der „Schädigung des Gebisses mit umfangreicher zahnmedizinischer Versorgung in Form von Brücken, Wurzelfüllungen etc.“ beruhen kann². Je mehr repariert wird, umso mehr leidet das Gesamtsystem. Hier klingt an, dass ein so verstandenes Overtreatment schädlich und standardwidrig sein, weil der Blick auf das Funktionieren des Systems verloren gegangen ist.

Inzwischen wird angenommen, dass ca. 3 Mio. Menschen der Bevölkerung in Deutschland eine behandlungsbedürftige cranio-mandibuläre Dysfunktion mit sich herumtragen und an der so induzierten Erkrankung ihres stomatognathen System als chronisch Erkrankten mit weit in die Orthopädie ausstrahlenden Krankheitsbild leiden³. Sicher eine sehr bedenkliche Entwicklung, wenn berücksichtigt wird, dass alle Einzelmaßnahmen an Zähnen und letztlich auch die Gesamtmaßnahmen am stomatognathen Gebiss wie im Rahmen der prothetischen Sanierung oder der Kieferorthopädie häufig ohne eine Funktionsdiagnostik geplant und durchgeführt werden. Diese sind in dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und der öffentlichen Beihilfe gar nicht vorgesehen. Dabei stellen gesetzlich versicherte Kranke immerhin einen Anteil von ca. 92 % z.B. der deutschen

² OVG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.02.2019, 2 S 1352/18

³ Bayerischer VGH, Urt. v. 23.03.2023, 24 B 20.549

Bevölkerung. Es liegt auf der Hand, dass eine Aneinanderreihung von Zahneinzelmaßnahmen und eine Abfolge von Einzelzahnverlusten jeweils Erschütterungen des Systems auslösen und in aller Regel diese permanenten Auswirkungen weder diagnostisch erfasst noch therapeutisch bewältigt werden. Das Postulat der unbedingten Einzelzahnerhaltung kann deshalb selbst nur dann fachlich richtig sein und eine Einschränkung der Patientenautonomie rechtfertigen können, wenn die Einzelmaßnahmen jeweils unter Erfassung und Bewältigung ihrer Auswirkungen auf das Gesamtsystem durchgeführt würden. Dies ist aus den genannten Gründen meist nicht der Fall und führt zu massenhaften CMD-Erkrankungen, die nicht nur durch eine individuelle Belastungssituation des Patienten verursacht sind, sondern Folge der permanenten zahnärztlichen Eingriffe ohne jede Folgenabschätzung auf das System.

Die klinische Realität zeigt, dass ein echter „Reset“ der Kaufunktion im alternden (Rest-)Gebiss gar nicht möglich ist, weil sich im Regelfall zu viele Parameter unabhängig voneinander in negative Richtung entwickelt haben: Zähne elongieren (mit oder ohne dem sie umgebenden Knochen), sie kippen oder intrudieren und hierdurch wird die Kauebene verlagert. Dies kann auf diesen Zähnen im Regelfall gar nicht mehr therapiert werden. Lücken und Freund-Situationen führen zu einem geänderten Kauverhalten und zu einer Neuverteilung der Mineralisation im Knochen. Damit sind weitere Veränderungen, z.B. Zahnlockerungen in Folge von abnehmender Mineralisation des funktionell unterbenutzten Knochens, die logische Folge.

Dies führt am Ende zur Zahnlosigkeit und zur Eingliederung von Totalprothesen: erstaunlicher Weise werden genau diese Totalprothesen nach standardisierten Bauplänen konzipiert, die optimale Funktion garantieren. D.h. sehr häufig stellen Patienten nach jahrzehntelangem Leiden und immer wiederkehrenden Zahnentfernungen fest, dass sie mit der totalen Prothese weitaus besser kauen können als mit den diversen vorhergehenden vom Zahnarzt eingegliederten Hilfskonstruktionen auf dem verbliebenen Zähnen.

An den Universitäten werden diese Zusammenhänge nicht gelehrt, man konzentriert sich auf die Behandlung einzelner Probleme: der Student wird unterrichtet, eine „Sache richtig zu machen“, anstatt „die richtige Sache zu machen“.

Nachdem heute mit der modernen Methode der Corticobasal® Implantologie langfristig haltbare Implantatversorgungen in Sofortbelastung möglich sind, stellt sich immer früher im Leben des einzelnen Patienten die Frage, wann mit der Behandlung und der Wieder-und-wieder-Behandlung der gleichen Zähne aufgehört werden kann. Denn diese mittlerweile langfristig erprobte Methode der Implantologie führt zu langfristig haltbaren Resultaten, die die Notwendigkeit des Erhalts von Zähnen in Frage stellt. Diese Situation existierte nicht, als nur die ältere sogenannte Osseointegrationsmethode zur Verfügung stand.

4. Fazit

Es sind keine sachgerechten Planungen denkbar, in denen sich stets bestimmte (heute überholte) Dogmen durchsetzen. Sie nehmen Freiheiten, indem ihnen eine Geltung a priori zugeschrieben wird. Ein Grundsatz der Zahnerhaltung kann als zahnärztlicher Zielauftrag sinnvoll sein. Dieser Zielauftrag wurde formuliert, um dem Berufsstand der Zahnärzte eine Richtung des Handelns anzuweisen. Der Fortschritt der modernen Implantologie, insbesondere die Entwicklung der modernen Methode der Osseofixation in der Implantologie, hat jedoch Therapieoptionen gebracht, die früher unvorstellbar waren. Es ist somit schon lange fällig, dass der „Grundsatz der Zahnerhaltung“ ersetzt wird durch ein realistisches, patienten-freundliches Behandlungsziel, welches z.B. als „Ziel der festsitzenden Versorgung bis zum Lebensende“ formuliert werden kann. Die Erreichung eines solchen Behandlungsziels ist heute realistisch, bezahlbar und ohne beachtenswerte Risiken zu erreichen.

Da an jedem Zahn stets ein ganzer Mensch hängt, kommt dem Wunsch des Patienten an einer Neuplanung und -versorgung (ohne dogmatischen Schutz des natürlichen Altbestandes an Zähnen) und einem darauf gerichteten Patientenwillen ein besonders hohes Gewicht zu. Unter Berücksichtigung der Möglichkeiten der modernen Implantologie und die wesentlich günstigere Kostensituation für die betroffenen Patienten kann es nicht zugelassen werden, dass den Patienten die Entscheidung für moderne Implantate quasi von „top down“ verwehrt wird.

Zu bedenken ist ferner, dass Zahnärztekammern bzw. der „SSO“ keinerlei gesetzgeberische Funktionen zukommen. Faktisch schaffen die Zahnärztekammern jedoch aus eigenem Antrieb (und in Vertretung vieler ihrer Mitglieder, die nichts

anderes gelernt haben, als Zähne zu reparieren) eine gesetzesgleiche Zwangssituation. Sie versuchen den betroffenen Patienten sowie auch den Implantologen jegliche Entscheidungs- bzw. Handlungskompetenz abzusprechen.

Es muss hingegen umgekehrt in Frage gestellt werden, ob Zahnärzte, die Patienten ab einem mittleren Alter behandeln und die eben nicht in moderner Implantologie ausgebildet sind,- Zahnärzte also, die nur auf Zähnen therapieren oder nur veraltete implantologische Methoden und Theorien anwenden, überhaupt noch zur Versorgung der Bevölkerung in dieser Altersgruppe geeignet sind.

Es ist also an der Zeit, die viel zu weit reichenden „Vorgaben“ der Zahnärztekammern zu beseitigen, denn diese Vorgaben entbehren jeder Gesetzesgrundlage, die Vorstellungen dieser Berufsgruppe sind nicht mehr zeitgerecht und sie entsprechen vor allem nicht dem Stand der heutigen Erkenntnisse.

Damit kann sich dann der freie Patientenwille endlich wirksam entfalten. Leitlinien, die bei der Entscheidungsfindung für oder gegen die eigenen Zähne helfen können, finden sich hier: <https://www.implantfoundation.org/de/if-leitlinien/9-konsensus-betreffend-die-indikationen-fuer-zahnextraktionen-im-rahmen-von-sanierungen-des-kausystems-mit-und-ohne-oralen-implantaten>

Autor

Michael Zach

Rechtsanwalt & Fachanwalt für Medizinrecht

Vorstand der Internationalen Implantatstiftung / München

Volksgartenstrasse 222

DE-41065 Mönchengladbach

info@rechtsanwalt-zach.de