

Zahnarzt Haftung

regelmäßig damit überfordert sind, sich im Straßenverkehr zurecht zu finden. Sie können vor allem Entfernungen und Geschwindigkeiten noch nicht richtig einschätzen.⁴² Kinder in diesem Alter sind wegen ihres Lauf- und Erprobungsdranges, ihrer Impulsivität, ihrer Affektreaktionen, ihrer mangelnden Konzentrationsfähigkeit und ihrem gruppenspezifischen Verhalten oft zu einem verkehrsgerechten Verhalten nicht in der Lage.⁴³ Der Gesetzgeber wollte eine klare „Grenzlinie“ ziehen. Der Regelung kann aber nicht entnommen werden, dass Kinder unter 10 Jahren die erforderliche Einsicht fehlen würde; Grund für die Entscheidung des Gesetzgebers waren nur die noch nicht vollständig entwickelten psychomotorischen Fähigkeiten der Kinder.⁴⁴ Umstritten war deshalb die Frage, ob das Haftungsprivileg auch bei Unfällen mit parkenden Fahrzeugen gilt.⁴⁵ Nach dem BGH⁴⁶ greift § 828 Abs. 2 BGB nur ein, wenn sich bei der gegebenen Fallkonstellation eine typische Überforderungssituation des Kindes durch die spezifischen Gefahren des motorisierten Verkehrs realisiert hat. Für Unfälle mit parkenden Kfz bleibt es deshalb dabei, die Deliktsfähigkeit davon abhängig zu machen, ob die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit notwendige Einsicht vorliegt.⁴⁷ Im Übrigen führt die Schaffung des Haftungsprivilegs nicht zu einer Änderung von Inhalt oder Umfang der Aufsichtspflicht.⁴⁸

42 BGH v. 14.6.2005 – VI ZR 181/04, MDR 2005, 1286 = DAR 2005, 510; BT-Drucks. 14/7752, 16 u. 26.

43 BGH v. 14.6.2005 – VI ZR 181/04, MDR 2005, 1286 = DAR 2005, 510; BT-Drucks. 14/7752, 16 u. 26.

44 So der BGH v. 14.6.2005 – VI ZR 181/04, MDR 2005, 1286 = DAR 2005, 510 weiter.

45 Siehe *Keltsch*, Jura 2005, 398.

46 BGH v. 30.11.2004 – VI ZR 335/03, MDR 2005, 506 = DAR 2005, 146.

47 *Keltsch*, Jura 2005, 398.

48 OLG Hamm v. 9.6.2000 – 9 U 226/99, MDR 2000, 1373.

49 Siehe z.B. BGH v. 30.11.2004 – VI ZR 335/03, MDR 2005, 506.

VII. Fazit

Beschädigt ein Kind ein parkendes Auto, etwa indem es den Lack zerkratzt, durch Steinwürfe eine Beule verursacht oder mit dem Fahrrad gegen das Auto fährt, können direkte Schadensersatzansprüche gegen den Minderjährigen nur gerichtet werden, wenn die erforderliche Deliktsfähigkeit bejaht wird. Eine Haftung von Minderjährigen unter 10 Jahren scheidet allerdings nicht schon wegen § 828 Abs. 2 BGB aus, denn diese Vorschrift gilt nur im fließenden Verkehr. Für Kinder ab 9 Jahren kann man i.d.R. die notwendige Einsicht bejahen, so dass Schadensersatzansprüche direkt auf § 823 Abs. 1 BGB gestützt werden können.⁴⁹ Bei kleineren Kindern ist der Geschädigte i.d.R. darauf angewiesen, die Eltern wegen Verletzung der Aufsichtspflicht zu verklagen. Nach § 832 BGB wird erst einmal vermutet, dass die Eltern ihr Kind nicht ordnungsgemäß beaufsichtigt haben und dass deshalb der Schaden entstanden ist. Die Eltern können sich entlasten, wenn sie nachweisen, dass sie alles Notwendige unternommen haben um der Aufsichtspflicht zu genügen oder dass der Schaden auch bei gehöriger Beaufsichtigung oder wiederholter Belehrung entstanden wäre. Umfang und Intensität der Aufsicht hängen maßgeblich vom Alter des Kindes ab. Bereits ab 4 Jahren ist keine lückenlose Überwachung („auf Schritt und Tritt“) mehr erforderlich. Spielt das Kind im Freien, genügt eine Kontrolle im Abstand von 15 – 30 Minuten. Ab 6 – 7 Jahren werden an die Aufsicht nur mehr sehr geringe Anforderungen gestellt. Zumindest in Wohnstraßen dürfen Kinder unbeaufsichtigt auch mit ihrem Rad fahren. Für einen Geschädigten wird sich also bei Kindern zwischen 7 bis 9 Jahren eine „Haftungslücke“ ergeben: er wird in aller Regel auf seinen Kosten sitzen bleiben.

ZAHNARZTHAFTUNG

Haftung des Zahnarztes für allgemein-medizinische Folgeerkrankungen

RAuFAMedR Michael Zach

In der forensischen Praxis nehmen Zahnarzt haftungssachen auch vor den LG einen immer breiteren Raum ein. Immer häufiger werden dabei auch allgemein-medi-

zinische Schäden – z.B. Allergien, chronische Kopfschmerzen, Kiefergelenk- und Wirbelsäulenschäden – geltend gemacht. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick zu dieser Entwicklung.

▷ Der Autor ist Rechtsanwalt in Mönchengladbach.

1 OLG Oldenburg, Urt. v. 4.7.2007 – 5 U 31/05, MDR 2007, 1192 = GesR 2007, 458: Bläschen an den Lippen, Zahnfleischentzündung, Hautausschläge im Gesicht als Kontaktallergische Erkrankung; Martis/Winkhart, *Arzt haftungsrecht* (2010) G 999 mit weiteren Beispielen; Oehler, *Zahnmedizinischer Standard in der Rechtsprechung* (2009).

2 OLG Frankfurt, Urt. v. 10.4.2003 – 3 U 30/00, GesR 2003, 392: Erkrankung an multipler Sklerose nach Verwendung des Werkstoffs Amalgam.

3 Nach der Patientenaufklärung für das bovine Knochensatzmaterial Bio-Oss sind Unverträglichkeiten und allergische Reaktionen in Einzelfällen nie ganz auszuschließen. In derartigen Einzelfällen konnte mittels LTT-Nachweis eine zelluläre Sensibilisierung auf dieses Produkt durch das Institut für medizinische Diagnostik Prof. Dr. von Baehr, Charité Berlin, nachgewiesen werden. Danach wurde im Einzelfall durch die Verwendung dieses Produktes eine Typ IV Immunreaktion bei dem Patienten ausgelöst.

4 OLG Oldenburg, Urt. v. 4.7.2007 – 5 U 31/05, MDR 2007, 1192 = GesR 2007, 458: Edelmetalllegierung Heraloy U mit Palladiumanteil von 36,4 % als potentielle Ursache einer bakteriellen Urozystis und eines viralen grippalen Infektes.

I. Einleitung

Das Zahnarzt haftungsrecht war in der Vergangenheit darauf beschränkt, die Folgen einer fehlerhaften zahnärztlich-prothetischen (II.) Behandlung auf das stomatognathische System zu ermitteln und durch eine angemessene Rechtsfolge zu erfassen. Es zeichnet sich insofern ein Paradigmenwechsel ab, da immer häufiger entfernte allgemeinmedizinische Fehlerfolgen einer vorangegangenen zahnärztlichen Behandlung kausal zugeordnet werden. Hierzu zählen einerseits die durch Materialunverträglichkeiten ausgelösten allergischen Reaktionen,¹ sowie die potentiell immunschädigende Wirkung einzelner Werkstoffe,² Medizinprodukte³ oder Legierungen.⁴ Diese Fallgruppe könnte im weitesten Sinne als umweltmedizinische Schadensfolgen einer zahnärztlichen Behandlung betrachtet werden (III.). Zum anderen häufen sich recht-

Zahnarztthaftung

liche Auseinandersetzungen zu der Frage, ob orthopädische Krankheitsbilder durch originär zahnärztliche Fehlbehandlungen ausgelöst sein können. Hierbei handelt es sich namentlich um das Krankheitsbild der craniomandibulären Dysfunktion (CMD), wonach regelmäßig eine fehlerhaft eingestellte Okklusion zu einer Schädigung der Kiefergelenke führt, was Fernsymptome im gesamten Stütz- und Bewegungssystem des Patienten auslösen kann (IV.).

II. Typische Fehler einer prothetischen Behandlung

Bei der Planung einer Versorgung aller Quadranten mit Zahnbrücken ist zuvor jedenfalls dann eine Okklusionsprüfung zur Aufdeckung etwa bestehender Hyperbalancen durchzuführen, wenn Beschwerden im Kiefergelenk geäußert werden. Verfehlt ist es dann, die Okklusionsprüfung auf diese Kieferseite zu beschränken. Hier kann entweder von einem groben Behandlungsfehler oder aber von einem Verstoß gegen die Befunderhebungspflicht ausgegangen werden,⁵ was jeweils eine Beweislastumkehr hinsichtlich der orthopädischen Folgen rechtfertigt. Sofern bei einem Knirscher eine prothetische Gesamtanierung und eine Änderung der Bisslage angestrebt werden, ist zuvor eine Funktionsanalyse durchzuführen und es kann angezeigt sein, vor der definitiven Versorgung die therapeutische Bisslage mittels einer Schienenbehandlung herbeizuführen.⁶

Verkennt der Behandler während der prothetischen Behandlung das Auftreten von Fehlfunktionen, z.B. die Diskrepanz der Steilheit der Spee'schen Kurve im Unterkiefer im Vergleich zu der weit flacheren Spee'schen Kurve im Oberkiefer, kann dies eine Abweichung vom medizinischen Standard darstellen. In dieser Situation kommt es zwangsläufig zu einer Distraction im rechten Gelenk mit Lockerung des Bandapparates und zu einer Kompressionsbelastung im linken Kiefergelenk.⁷

Bei einer prothetischen Neuversorgung soll die Höhe der unteren Frontzähne grundsätzlich nicht (durch Beschleifen) angetastet werden, da hierdurch der Gegenbiss verloren geht und so eine Temperatur- und Schmerzempfindlichkeit verursacht werden kann.⁸

III. Umweltmedizinische Schadensfolgen

Bislang sind in der publizierten Rechtsprechung allgemeinmedizinische Schadensfolgen einer zahnärztlichen Behandlung nicht zugerechnet worden. Insofern ist bekanntlich zwischen zahnmedizinischen Primärschäden und allgemeinmedizinischen Folgeerkrankungen zu unterscheiden. Der Kausalzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Primärschaden ist von dem Patienten zu beweisen im Sinne des Strengbeweises. Für den Nachweis, dass der gesundheitliche Sekundärschaden auf der Primärschädigung beruht, gilt für den Patienten die Beweiserleichterung des § 286 ZPO.

Aufgrund des stets gegebenen Risikos der iatrogen verursachten Bakteriämien im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung ist in der Anamnese abzuklären, ob der Patient zu einer Endokarditis-Risikogruppe gehört, da über die Blutbahn ausgeschwemmte Bakterien bevorzugt eine künstliche Herzklappe besiedeln und dort eine häufig letal verlaufende infektiöse Endokarditis auslösen können. Unterbleibt in dieser Konstellation die prophylaktische Gabe eines Antibiotikums wird die ggf. im Mund eintretende Entzündung als Primärschädigung und eine etwa auftretende Endokarditis ohne weiteres als zurechenbare Folgeerklärung anzusehen sein.⁹

Der präprothetische Verwendung eines aus Rinderknochen gewonnenen Knochenersatzmaterials hatte zumindest im Jahr 1999 der Hinweis voranzugehen, dass ein Restrisiko hinsichtlich der Erkrankung an BSE/Creutzfeld-Jakob¹⁰ und des Hervorrufens immunologischer Reaktionen bestehe.¹¹ Im konkret entschiedenen Fall hatte die Patientin glaubhaft darlegen können, dass sie bei Kenntnis dieser Risiken sich für ein anderes Verfahren des Knochenaufbaus entscheiden hätte. Auf die Möglichkeit immunologischer Reaktionen wird seitens einzelner Berufsvertretungen¹² hingewiesen und letztlich durch den Hersteller selbst im Rahmen seiner Produktinformation.¹³ Tatsächlich lässt sich in Einzelfällen durch einen LTT-Test zelluläre Sensibilisierungen ggü. den Kontaktallergenen im Sinne eine Typ-IV-Immunreaktion nachweisen. Pflichtwidrig und mitunter auch grob fehlerhaft¹⁴ ist der Verzicht des Behandlers auf eine Verträglichkeitsabklärung hinsichtlich der zur Verwendung vorgesehenen Werkstoffe oder Metalllegierung. Trotz groben Behandlungsfehlers wegen zu hohen Palladiumanteils bei bekannter Palladiumallergie entging der Behandler der Haftung, weil er nachweisen konnte, dass die behaupteten allgemein-medizinischen Krankheiten mit weniger als 10 % Wahrscheinlichkeit auf der fehlerhaften Werkstoffauswahl beruhten.

Bei der Planung einer Bracketbehandlung wird häufig nicht bedacht, dass eine metallfreie Alignerbehandlung für den Patienten nicht nur im Hinblick auf den Zahnschmelz und sonst drohende Wurzelresorptionen weniger invasiv ist, sondern auch aus allgemeinmedizinischen Gründen vorzugswürdig sein kann: für einen Nahrungsmittelallergiker können geringe Speiserückstände an einer festsitzenden Multibandbehandlung Schockreaktionen auslösen und bei absehbarer Kernspinuntersuchung kann die Verwendung metallfreier Kunststoffschienen vorteilhaft sein.¹⁵

Bei der Planung einer zahnärztlichen Implantatbehandlung kann für den Patienten bedeutsam sein, ob präoperativ eine Knochentransplantation aus der Hüftregion durch spezielle Behandlungsansätze vermieden werden kann.¹⁶

IV. Schädigung des craniomandibulären Systems

1. Verletzung des funktionsanalytischen Standards

Zur Vermeidung einer CMD-Erkrankung kann es für den behandelnden Prothetiker obligat sein, eine Funk-

5 LG Aachen, Urt. v. 16.12.2009 – 11 O 490/07.

6 LG Braunschweig, Urt. v. 2.5.2001 – 2 S 916/00.

7 LG Wels, Urt. v. 4.9.2006 – 4 CG 133/02 d-100 aus Österreich.

8 OLG Oldenburg, Urt. v. 26. 1.1999 – 5 U 160/98, NJW-RR 1999, 1328.

9 Sofern eine Entzündung im Mund nicht feststellbar ist, kann die Endokarditis auch als Primärschaden anzusehen sein.

10 Bovine Spongiforme Enzephalopathie.

11 LG Stuttgart, Urt. v. 15.2.2005 – 20 O 389/03, OLG Stuttgart, Urt. v. 12.8.2005, GesR 2005, 465; zu derselben Thematik OLG Stuttgart, Urt. v. 29.7.2008, 1 U 148/07; allerdings wurde hier eine Haftung verneint, weil die Patientin nicht pausibel dargelegt hatte, dass sie im Falle der ordnungsgemäßen Aufklärung über die Alternativen zur Verwendung von Bio-Oss, sich wirklich für eine Beckenkammtransplantation entschieden hätte.

12 Zahnärztekammer Karlsruhe (dzw-online.de DZW 17/01).

13 Patientenaufklärungsbogen: Unverträglichkeit und allergische Reaktionen sind nie völlig auszuschließen. Aufgrund der hohen Produktreinheit sind solche Reaktionen auf Einzelfälle beschränkt.

14 OLG Oldenburg, Urt. v. 4.7.2007 – 5 U 31/05, MDR 2007, 1192 = GesR 2007, 458.

15 Deutsche Gesellschaft für Aligner Orthodontie (DGAO).

16 Zach, Rechtsprobleme der zahnärztlich-implantologischen Behandlung, MDR 2007, 931 (933).

Zahnarzt Haftung

tionsdiagnostik durchzuführen, um das Zusammenspiel von Ober- und Unterkiefer mit der dort jeweils vorgesehenen prothetischen Zahnrestauration zu gewährleisten und insbesondere im Hinblick auf die Kiefergelenke und die Bedeutung der Okklusion für den Gesamt-Organismus und den orthopädischen Apparat zu optimieren. Dabei kann es erforderlich sein, dass die funktionstherapeutische Behandlung vor Einleitung der prothetischen Versorgung abgeschlossen ist und insbesondere auch die Ausgangsbefunde auf diese Weise erhoben und gesichert sind. Fehlt eine solche Diagnostik, kann ein einfacher Behandlungsfehler¹⁷ oder ein grober Behandlungsfehler¹⁸ vorliegen. Eine durch Funktionsdiagnostik eingestellte Schlussdisposition und Maßnahmen zur Bisslagenrelation sind insbesondere bei implantatgestützten Rekonstruktionen von größter Bedeutung und können zur Fehlerhaftigkeit der Implantat- und auch der Prothetikplanung führen.¹⁹ Zwischen folgenden Konstellationen ist haftungsrechtlich unterscheiden:

a) Der Behandler trifft ein restaurationsbedürftiges Gebiss mit bestehender Okklusion an. Im Rahmen der prothetischen Planung und Versorgung bestehen keine Besonderheiten. Nach dem Beschleifen der Zähne wird ein Abdruck genommen, der der Herstellung der Prothetik (Brücken, Kronen) durch das zahntechnische Labor dient. Führt die Eingliederung der Prothetik nicht zu einer von dem Patienten tolerierten Okklusion, kann durch nachträgliches Beschleifen der Kauflächen der Prothese oder der Prothesenbasis²⁰ nachgearbeitet werden. Selten sitzt die so eingebrachte Prothese „auf Anhieb“. ²¹ Oft lässt sich so nachträglich ein zufriedenstellendes Ergebnis herstellen.

b) Der Behandler löst eine bestehende Okklusion durch die Einbringung einer Totalrestauration völlig auf. Hierbei hat der Behandler zu gewährleisten, dass die vorbestehende, intakte Okklusion gespeichert wird, um im Falle von Unverträglichkeiten des neuen Zahnersatzes den Weg zurück in die Ausgangslage finden zu können. Dies kann einerseits –diagnostisch – dadurch erfolgen, dass eine initiale klinische Funktionsprüfung erfolgt. Es kann – therapeutisch – durch ein sukzessives Vorgehen erfolgen, indem nicht sogleich die gesamte ursprüngliche Prothetik und die vorhandenen Stützzonen aufgelöst wird, sondern stets gewährleistet wird, dass in (wech-

selnden) Teilbereichen zur Abstützung und Festlegung der vorherigen Bisshöhe die bisherige Prothetik als „Platzhalter“ bestehen bleibt.²²

c) Der Behandler trifft einen prothetischen Befund mit Malokklusion an. Im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit entscheidet der Behandler, ob er versucht, die Okklusion durch die Eingliederung einer neuen Prothetik sogleich herzustellen. Er kann sich zuvor einer Schienentherapie mit diagnostischer Zwecksetzung bedienen: Die Benutzung einer individuell für den Patienten hergestellten Zahnschiene ermöglicht die Testung, ob eine Lageveränderung des Unterkiefers und der Kiefergelenksköpfchen (Kondylen) – so wie sie mit der geplanten prothetischen Versorgung eintreten würde – für den Patienten verträglich ist bevor die Zähne beschliffen werden. Derselbe Zweck wird verfolgt mit der zunächst nur provisorischen Eingliederung der von dem Zahntechniker hergestellten Prothese auf die dann bereits beschliffenen Zähne. Gelingt dennoch die Herstellung einer tolerierten Okklusion nicht, so kann eine nachträgliche Schienentherapie²³ angezeigt sein. Fehlerhaft ist es jedoch, von einer initialen Schienentherapie vor der Eingliederung der Prothetik abzusehen, wenn schwerwiegende funktionelle Störungen im Bereich der Kiefergelenke vorliegen oder die Okklusion vollständig „zusammengebrochen“ ist.²⁴

d) Der Behandler restauriert das Gebiss eines Patienten mit vorbestehender cranio-manidulärer Dysfunktion und behandlungsbedürftiger Beschwerdesymptomatik. Hier ist vor jeder restaurativen Maßnahme eine funktionsanalytische Diagnostik der Kiefergelenke durchzuführen.²⁵ Für die Auswertung der objektiven Befunde wird es maßgeblich auf die Auswertung der Röntgendiagnostik ankommen.²⁶

2. Der funktionsanalytische Standard bei dem gesetzlich-versicherten Patienten

Bei der Behandlung eines gesetzlich versicherten Patienten besteht zwar keine Verpflichtung zur Durchführung einer Funktionsdiagnostik, da diese Maßnahmen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nicht vorgesehen sind. Der behandelnde Zahnarzt ist aber dennoch verpflichtet, auf die Möglichkeit und die Sinnhaftigkeit dieses diagnostischen Ansatzes hinzuweisen und die Durchführung entsprechender Maßnahmen anzuraten, wenn dies die Anforderungen des medizinischen Standards an die anstehende Behandlung erfordern. Der Patient hat sodann selbst zu entscheiden, ob er diese Kosten auch ohne Erstattung seiner Krankenkasse tragen will. Der Behandler ist verpflichtet, den Hinweis auf das Erfordernis einer Funktionsanalyse seinem Patienten zu erteilen, wenn er selbst einer Haftung entgegen will²⁷. Im Zweifel sollte der behandelnde Zahnarzt von einer Behandlung des Patienten absehen, wenn er eine Funktionsdiagnostik für erforderlich hält, der gesetzlich Krankenversicherte aber auf deren Durchführung verzichten möchte, insbesondere weil er den Kostenaufwand hierfür nicht tragen will.

3. Typische Schadensfolgen

Bemerkenswert weitgehend ist eine Entscheidung aus Österreich des LG Wels v. 4.9.2006 – 4 CG 133/02 d-100, in der der Klägerin Schadensersatz und Schmerzensgeld i.H.v. 159.061,35 € nebst Zinsen zugesprochen worden ist, sowie weiterhin festgestellt wurde, dass der behandelnde Zahnarzt für sämtliche zukünftigen Schäden und Folgen seiner fehlerhaften prothetischen Behandlung haftet. Dem lag eine gescheiterte prothetische Behandlung zugrunde, die zu einer akuten Kiefergelenksblockade bei vollständig dekompensiertem Kausystem führte.

17 LG Braunschweig, Urt. v. 2.5.2001 – 2 S 916/00.

18 OLG Köln, Urt. v. 23.8.2006 – 5 U 22/04, MedR 2008, 46.

19 OLG Düsseldorf, Urt. v. 23.4.1998 – 8 U 187/95.

20 Der Bereich, mit dem die Prothese auf dem Zahnfleisch aufliegt.

21 OLG Düsseldorf, Urt. v. 27.10.1994 – 5 U 31/94.

22 OLG Düsseldorf, Urt. v. 20.12.2001 – 8 U 147/99, AHRS III 2150, 303: die Bissauflösung durch das Entfernen einer Brücke war nicht fehlerhaft, da im OK noch die hinteren Seitenzähne als Stützpfiler zur Verfügung standen zur Sicherung des Ausgangsbefundes. SV-Gutachten LG Köln – 3 O 105/09: „In der gesamten Behandlungsakte ist keinerlei Vermerk zu finden, dass vor und während der gesamten prothetischen Therapie eine funktionsanalytische Behandlung durchgeführt wurde. Dies stellt einen Behandlungsfehler dar, da durch die Neuversorgung des Unterkiefers die bestehenden Stützzonen aufgelöst wurde.“

23 Hierdurch sollen direkte Zahnkontakte verhindert und Reflexmechanismen einer gestörten Verzahnung (Muskelverspannung, Abnasion und Schmerzen) unterbunden werden.

24 OLG Düsseldorf, Urt. v. 18.6.2001 – 8 U 97/00, AHRS III 2695, 308.

25 OLG Düsseldorf, Urt. v. 15.1.1998 – 8 U 57/97: Ein pathologischer Kiefergelenksbefund, so wie er in der Diagnose einer „Myoarthropathie“ vorlag, erforderte eine Vorbehandlung mit einer Bissführungsplatte zur Ausschaltung der Muskelverspannungen und Einstellung der therapeutischen Okklusion.

26 Keine hinreichende Indikation soll nach *Martis/Winkhart*, Arzthaftungsrecht, T 237 bestehen, wenn sich auf dem OPG „auf der linken Seite des Kiefers eine diskrete Formabweichung des Kiefergelenks in Form einer geringfügigen Abflachung des Kiefergelenkkopfes zeigt“.

27 LG Stuttgart, Urt. v. 28.2.1994 – 27 O 578/92.

Zahnarzthaftung

a) Der Zahnbehandlung zurechenbare Sekundärschäden

Der orthopädische Sachverständige bejahte, dass ein oberes Cerikalsyndrom mit cervikocephaler Symptomatik und ein unteres Cervikalsyndrom mit pseudoartikulärer Ausstrahlungssymptomatik in beide Arme, Dorsalgie, rezidivierende Lumbalgie bei Blockierung der ISG und variabler Beinlängendifferenz.²⁸ Es wurde ein Schmerzensgeld von 16.000 € zugesprochen.

b) Erwerbsschaden und Haushaltsführungsschaden

Die gelernte Industriekauffrau und Finanzbuchhalterin verlor dauerhaft ihre vollwertige Erwerbsfähigkeit und konnte nur noch in Teilzeit einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Der Einkommensverlust, abzgl. der Leistungen einer Erwerbsunfähigkeitsrente ist ein der Zahnbehandlung zurechenbarer Fortkommensschaden, soweit eine Kompensation durch soziale Ersatzbezüge nicht erfolgt. Insgesamt wurde ein Verdienstentgang von 101.761,35 € zugesprochen. Behandlungsbedingte Einschränkungen bei Haushaltsführung (Wäschepflege, keine Tragelasten von mehr als 10 kg, Grundreinigungsarbeiten, Überkopfarbeiten, Gartenarbeiten) sind mit einem Stundensatz von 10 € zu entschädigen. Insgesamt wurde ein Haushaltsführungsschaden von 41.300 € zugesprochen.

c) Privatärztliche Folgebehandlungskosten

Die nachträgliche Herstellung einer einwandfreien Okklusion bedarf oft einer klinischen Funktionsdiagnostik und kieferorthopädischer Maßnahmen, die zumindest in der Erwachsenenbehandlung nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.²⁹ Im Rahmen des Haftungsrechts kann der geschädigte gesetzlich Versicherte freilich die erforderlichen privatärztlichen Behandlungen als Schadenspositionen liquidieren.³⁰ Insofern kommt insbesondere die Kostenerstattung einer kieferorthopädischen Schienentherapie (Aligner-Behandlung) zur Therapie der CMD in Betracht.

4. Unterbrechung des Zurechnungszusammenhangs

Zuweilen unterbleibt die Zurechnung orthopädischer Folgen einer prothetischen Versorgung mit der Überlegung, dass es sich um Vorschädigungen des Patienten handele und sich nicht klären lasse, ob und in welchem Umfang diese auf der zahnärztlichen Behandlung beruhen. Sofern eine jahrzehntelang vorbestehende Schädigung des Kiefergelenkes - bei gleich bleibender Symptomatik - zwischen den Parteien unstreitig ist, kann dann kaum anders entschieden werden.³¹ Sofern etwaige Vorschädigungen streitig sind, wird hierüber Beweis zu erheben sein auf der Grundlage der Dokumentation des Behandlers zu den anamnestischen Feststellungen im Zeitpunkt der Behandlungsplanung. Sofern derartige Feststellungen nicht getroffen oder dokumentiert sind und dies auf zutreffenden Angaben des Patienten beruht, kann eine Vorschädigung nicht angenommen werden. Zuweilen liegt schon langjährig eine subakute CMD vor, die sich durch eine prothetische Maßnahme erst in Beschwerden und orthopädischen Behandlungsbedarf manifestiert.³²

Nur ausnahmsweise kann das Verhalten des Patienten den Zurechnungszusammenhang unterbrechen: Sofern eine jahrzehntelang bekannte Kiefergelenksschädigung festgestellt ist und die Patienten nach - festgestellt - gescheiterter prothetischer Erstversorgung trotz dringenden ärztlichen Rates des Nachbehandlers die Beseitigung von Okklusionsstörungen durch Hyperbalancen über einen Zeitraum von vier Jahren verabsäumt, soll die während dieses Zeitraumes eingetretene Schadensvertiefung nicht mehr dem Erstbehandler zugerechnet werden können.³³

Das Gericht brauchte so ein orthopädisches Gutachten zur Feststellung der Genese der Wirbelsäulenbeschwerden nicht mehr einzuholen.

5. Sachverständigenproblematik

Das Krankheitsbild der CMD lässt sich einer speziellen zahnärztlichen Verrichtung nicht zuordnen. Es ist bezeichnend, dass zur Therapie der funktionellen Erkrankung des craniomandibulären Systems eine wissenschaftliche Stellungnahme verfasst ist unter Mitwirkung von sechs Fachgesellschaften.³⁴ Aus diesem Grunde erweist es sich regelmäßig als besonders problematisch, einen gerichtlichen Sachverständigen auszuwählen, da je nach Fachgebietszugehörigkeit dieses Sachverständigen auch sein Begutachtungsansatz und letztlich sein Begutachtungsergebnis differiert.

Zur Feststellung eines Verstoßes gegen den prothetischen und funktionsanalytischen Standard und zur Frage, ob hierdurch eine dentale Primärschädigung eingetreten ist, wird die Begutachtung durch einen Zahnarzt mit Schwerpunktsetzung in diesen Fachgebieten zu erfolgen haben. Für die Begutachtung der Schadensfolgen auf das orthopädische System einschließlich Halswirbelsäule und Kiefergelenk wird regelmäßig ein Orthopäde zu befragen sein.

V. Ausblick

Die historisch bedingte Trennung von Medizin und Zahnmedizin ist im haftungsrechtlichen Kontext aufgehoben. Immer häufiger wird der Frage nachgegangen, ob und welche allgemein-medizinischen Schadensfolgen haftungsrechtlich der gescheiterten Zahnbehandlung noch zugerechnet werden können. Diese Zurechnung erfordert regelmäßig die Einholung eines auch allgemeinmedizinischen Sachverständigenutachtens und führt zwangsläufig zu einer Erhöhung der Schadenssummen.

28 Nicht sicher der Zahnbehandlung zurechenbar war die deutliche Zunahme degenerativer Veränderung der LWS und die Spondylolistese L4/L5 mit Progredienz der Gleitstrecke sowie eine zunehmende Diskopathie sowie zunehmende Spondylarthrose und Spondylose des lumbosakralen Überganges.

29 § 29 SGB V (kieferorthopädische Behandlung); Pos. 800 GOZ (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen).

30 BGH, Urt. v. 6.7.2004 – VI ZR 266/03, NJW 2004, 3324: Die Haftpflicht des Schädigers kann die Übernahme der Kosten einer privatärztlichen Behandlung für einen geschädigten Kassenpatienten umfassen, wenn nach den Umständen des Einzelfalles feststeht, dass das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung nur unzureichende Möglichkeiten zur Schadensbeseitigung bietet.

31 LG Aachen, Urt. v. 16.12.2009 – 11 O 490/07.

32 SV-Gutachten v. 7.9.2010 für das LG Köln – 3 O 105/09.

33 LG Aachen, Urt. v. 16.12.2009 – 11 O 490/07.

34 Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie, Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie und Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. www.dgzmk.de/uploads/tx_sdzgmkdocuments/Zur_Therapie_der_funktionellen_Erkrankungen_des_kraniomandibulaeren_Systems_2005.pdf.