

Juristische Probleme in der restaurativen Zahnheilkunde

C. Crasselt, M. Hülsmann, Göttingen

III. Auswertung gutachterlicher Stellungnahmen und Schlussfolgerungen

Die Unzufriedenheit von Patienten mit den Ergebnissen einer zahnärztlichen Behandlung resultiert u. U. in einer nachfolgenden juristischen Auseinandersetzung. In Abhängigkeit vom behaupteten Schaden des Patienten kann es sich durchaus um Verfahren mit beträchtlichem Streitwert handeln.

In diesem dreiteiligen Artikel wird auf der Basis einer Auswertung von über 100 Urteilsbegründungen der letzten Jahre ein Überblick über die häufigsten Klagegründe im Bereich der restaurativen Zahnheilkunde (ohne Endodontie), die Argumentation der Gutachter sowie die Entscheidungen und Entscheidungsgründe der Gerichte gegeben. Im abschließenden dritten Teil werden einige gutachterliche Stellungnahmen vorgestellt und Schlussfolgerungen diskutiert.

Schlüsselwörter

Gerichtsverfahren – restaurative Zahnheilkunde – Behandlungsfehler

Die Darstellung der folgenden Gutachten erfolgt gesondert, da diese Gutachten nicht in Verbindung mit einem Urteil vorlagen; möglicherweise wurden sie außergerichtlich erstellt. Eine Gutachtenerstellung erfolgt in allen gerichtlichen Auseinandersetzungen. Sie beinhaltet eine wissenschaftliche und neutrale Betrachtungsweise der derzeit herrschenden Situation. Dem Gutachten kann lediglich entnommen werden, ob ein Behandlungsfehler vorlag und ob es im Anschluss daran zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung oder einem Vergleich kam. Eine juristische Entscheidung ist nicht zu entnehmen. Die Einteilung der Gutachten erfolgte analog der Unterteilung der Gerichtsurteile in Fallgruppen, die sich an den Therapiemaßnahmen der restaurativen Zahnheilkunde orientieren.

■ Füllungstherapie

In den untersuchten Sachverhalten wurden als Klagegründe insuffiziente Kunststofffüllungen (verschlossene Interdentalräume, scharfkantige Kunststoffreste, frakturierte Füllungen und Schmerzen nach konservierender Behandlung) bzw. Füllungen ohne besondere Angabe ihrer Art beschrieben.

Antragssteller war in 3 Gutachten der Patient.

GZ

GKZ 833 vom 28.1.1998

Gutachterkommission

LZÄK Baden-Württemberg

Antragssteller

Patient

Sachverhalt/Ursache

Kunststofffüllungen im Frontzahnbereich; Inzisale Verlängerung des Frontzahnes; Verschließen der Interdentalräume; Labialflächen von Zahn 13 und Zahn 23 weisen scharfkantige Kunststoffreste auf; Palatinalflächen sind rau und inzisal scharf; Eckzahnführung an Zahn 23 fehlt; Funktion der Front ist gestört.

Zahnärztliche Untersuchung/Behandlungsfehler

Zähne 12, 13, 21, 22, 23: Füllungen abstehend, mit der Sonde unterfahrbar; Zahnzwischenraum stark verengt; Zahn 11 Füllung überkonturiert, Zahnzwischenraum geschlossen; Füllung mit Randspalt; Eckzahnführung fehlt, palatinal deutliche Schleifspuren erkennbar.

Ergebnis des

Gutachtens/Beurteilung

Füllungen müssen nachgearbeitet werden und sind in dem vorliegenden Zustand als mangelhaft anzusehen. Ein Nachbesserungsrecht ist im Hinblick auf das nicht durch die Einwilligung des

Antragstellers gedecktes Vorgehen beim Aufbau der Frontzähne zu verneinen, worin ebenfalls ein Behandlungsfehler im Sinne der Gutachterkommission zu sehen ist. Fehlende Eckzahnführung ist ebenfalls auf einen Behandlungsfehler des Zahnarztes zurückzuführen.

Key Word

Füllungstherapie

GZ

GKZ 924 vom 13.1.1999

Gutachterkommission

LZÄK Baden-Württemberg

Antragssteller

Patient

Sachverhalt/Ursache

aus dem Gutachten nicht ersichtlich

Zahnärztliche

Untersuchung/Behandlungsfehler

frakturierte Füllung des Zahnes 48; Krone an Zahn 47 ist noch nicht definitiv einzementiert

Ergebnis des

Gutachtens/Beurteilung

Vergleich: Der Zahnarzt verpflichtet sich, ein Schmerzensgeld von 500,- DM zu zahlen

Key Word

frakturierte Füllung

GZ

GKZ 840 vom 30.9.1998

Gutachterkommission

LZÄK Baden-Württemberg

Antragssteller

Patient

Sachverhalt/Ursache

Anfertigung eines Röntgenbildes der Zähne; Konservierende Versorgung der Zähne 35, 36 und 37, 45, 46 und 47; Kariesvermerk an den Zähnen 17, 16, 15, 25 und 26; Schmerzen auf beiden Seiten des Unterkiefers.

Zahnärztliche

Untersuchung/Behandlungsfehler

Fehlerhafte Behandlung der Zähne im Unterkiefer, sodass die Versorgung der Zähne mit 3 Goldinlays erforderlich geworden ist; fehlerhafte Aufklärung über die Behandlungsbedürftigkeit der Molaren im Oberkiefer.

Ergebnis des

Gutachtens/Beurteilung

Aus den vorgelegten Röntgenaufnah-

men ergibt sich, dass die Zähne 36 und 46 überstehende Füllungsänder aufwiesen, dies ist auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen; Reizung des Zahnfleisches durch abstehende Füllungsänder.

Key Word

Füllungstherapie

■ **Inlays/Teilkronen**

Ursächlich für die Auseinandersetzungen in dieser Fallgruppe waren ein verstärktes Heiß-Kalt-Empfinden nach der Eingliederung von Inlay- und Teilkronenversorgungen, insuffiziente Keramikinlays und -teilkronen, die Befestigung von Keramikinlays mit Silikatzement mit der Folgeerscheinung, dass „Kanten“ zwischen dem einzementierten Inlay und dem Zahn entstanden, welche zu schmerzhaften Stellen führten. Schmerzen und mangelhafte Cerec-Inlayversorgungen kamen als weitere Kausalitäten hinzu.

5 Patienten stellten einen Antrag auf eine gutachterliche Überprüfung.

GZ

GF 22/98 vom 30.12.1998

Gutachterkommission

LZÄK Baden-Württemberg

Antragssteller

Patient

Sachverhalt/Ursache

Einsetzen einer Teilkrone am Zahn 16 und eines Inlays am Zahn 24. Am Zahn 16 wurde eine 2-flächige Füllung gelegt; Auftreten von Schmerzen an selbigem Zahn.

Zahnärztliche

Untersuchung/Behandlungsfehler

Nach einem 3/4 Jahr wurde an den Zähnen 16 (Teilkrone) und 24 (Inlay) eine Caries profunda festgestellt, was sehr ungewöhnlich ist und auf einen Behandlungsfehler schließen lässt.

Ergebnis des

Gutachtens/Beurteilung

Es wird festgestellt, dass der Patient infolge eines schuldhaften Behandlungsfehlers des Zahnarztes einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

Key Word

Teilkrone, Inlay

GZ

GKZ 921 vom 3.2.1999

Gutachterkommission

LZÄK Baden-Württemberg

Antragssteller

Patient

Sachverhalt/Ursache

insuffizientes Keramikinlay

Zahnärztliche

Untersuchung/Behandlungsfehler

Die Gold-Inlays der Zähne 17 und 27 weisen eine ungenügende Retentionsform auf. Beim Keramik-Inlay des Zahnes 37 fehlt ein Stück der Keramik. Am Keramik-Inlay ist ca. ein Drittel weggebrochen.

Ergebnis des

Gutachtens/Beurteilung

Vergleich: Der Zahnarzt verpflichtet sich, 2000,- DM des empfangenen Honorars an den Patienten zurückzuerstatten und ein Schmerzensgeld in Höhe von 700,- DM zu zahlen.

Key Word

Inlay, Retention

GZ

GKZ 920 vom 24.3.1999

Gutachterkommission

LZÄK Baden-Württemberg

Antragssteller

Patient

Sachverhalt/Ursache

verstärktes Heiß-Kalt-Empfinden nach Teilkronen- und Inlayversorgung

Zahnärztliche

Untersuchung/Behandlungsfehler

Röntgenaufnahmen, Situations- und Präparationsmodelle lassen erkennen: Die Inlays bzw. Teilkronen der Zähne 17 und 16 weisen im Röntgenbild mesiale Spalten auf, bei Inlay/Teilkrone des Zahnes 14 ist ein distaler Defekt sichtbar; Inlay des Zahnes 27 zeigt auf dem Situationsmodell einen palatinalen Randspalt auf, Inlay des Zahnes 26 weist einen bukkalen Spalt auf.

Ergebnis des

Gutachtens/Beurteilung

Eine Erneuerung der Inlays bzw. der Teilkronen ist geboten. Vergleich: Der Zahnarzt verpflichtet sich, 4650,53 DM des empfangenen Honorars an den Patienten zurückzuerstatten und ein Schmerzensgeld in Höhe von 1000,- DM zu leisten.

Key Word

Inlay, Teilkrone

In allen Fällen konnte ein Behandlungsfehler nachgewiesen werden.

■ Kronenversorgungen

Aus den 4 vorliegenden Sachverhalten konnten als Ursache für eine Begutachtung mangelhafte definitive Versorgungen, Schmerzen im Unterkieferbereich mit einer nachfolgenden Extraktion, Nachpräparationen, eine perforierte bukkale Fläche, Gefühlsstörungen im Bereich des 3. Trigeminusastes und eine Überempfindlichkeit der Zahnhäse herausgearbeitet werden. Antragsteller war auch in dieser Fallgruppe jeweils der Patient.

GZ

GKZ 886 vom 15.7.1998

Gutachterkommission

LZÄK Baden-Württemberg

Antragssteller

Patient

Sachverhalt/Ursache

Schmerzen im linken Unterkiefer im Bereich des Zahnes 37; Überkronung der Zähne 14 und 24; spätere Extraktion des Zahnes 37 nach Kroneneröffnung; fehlende Eckzahnschärfe des Zahnes 33; Lösen der Krone des Zahnes 15.

Zahnärztliche

Untersuchung/Behandlungsfehler starkes Abrasionsgebiss mit Parafunktionen; Zahn 15: der Kontaktpunkt steht distal, mesial fehlt dieser; Krone ist stark beschliffen, Einzementierung durch Helferin.

Ergebnis des**Gutachtens/Beurteilung**

Ein Behandlungsfehler wird festgestellt. Die definitive Einzementierung einer Krone ist ausschließlich eine zahnärztliche Tätigkeit und darf nicht einer Helferin überlassen werden.

Key Word

Überkronung

GZ

GKZ 923 vom 16.6.1999

Gutachterkommission

LZÄK Baden-Württemberg

Antragssteller

Patient

Sachverhalt/Ursache

Versorgung mit Kronen auf den Zähnen 25 und 26; es folgte eine Nachpräparation dieser Zähne; die Krone auf Zahn 26 wurde immer wieder abgenommen und provisorisch einzementiert (Temp bond); Probleme beim Beißen und Kauen wegen der Höhe der beiden Kronen.

Zahnärztliche**Untersuchung/Behandlungsfehler**

mangelhafte Kronenränder; Zahn 25 VMK-Krone bukkal u. palatinal mit der Sonde unterfahrbar; Keramik abgeplatzt; Zahn 26 Vollgusskrone distobukkal unterfahrbar; es besteht kein Seitenzahnkontakt, Kontakt besteht nur im Bereich der Zähne 12 bis 22.

Ergebnis des**Gutachtens/Beurteilung**

Behandlungsfehler: Die Kronen der Zähne 25 und 26 sind ungenügend und müssen erneuert werden.

Key Word

Überkronung

■ Diskussion

Die in dieser Arbeit untersuchten 103 Urteile und Gutachten aus dem Zeitraum von 1968–2001 stellen eine nichtrepräsentative Auswahl dar. Anhand dieser Darstellungen wurde erarbeitet, welche zahnärztlichen Tätigkeiten im Bereich der restaurativen Zahnheilkunde zu Komplikationen führen können und wie die daraus resultierenden beklagten Behandlungsfehler von der Justiz gewertet werden. Allerdings konnte den Gutachten keine richterliche Entscheidung entnommen werden, sondern nur die Tatsache, ob die Auseinandersetzung in einem Vergleich endete oder durch ein Urteil entschieden wurde. Der Großteil der Urteile ist auf die 80er- und 90er-Jahre datiert.

Allerdings werden nicht alle Streitigkeiten zwischen Zahnarzt und Patient erfasst, da ein Teil durch Schlichtungsstellen – ohne Beschreiten des Rechtsweges – reguliert wird. Das in dieser Arbeit ausgewer-

tete Material kann daher keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben.

Die Probleme der Aufklärungspflicht wurden bereits 1980 auf der 105. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde diskutiert. Haftungsklagen gegen Zahnärzte wurden zu dieser Zeit vermehrt auf unzureichende Aufklärung gestützt und hatten Erfolg. Oftmals wurde der Vorwurf eines Behandlungsfehlers wegen beweisrechtlicher Schwierigkeiten fallen gelassen und stattdessen auf den Tatbestand der Aufklärungspflichtverletzung ausgewichen [12]. Diese Tatsache konnte in dieser Arbeit nicht bestätigt werden. Ein Großteil der Klagen stützte sich auf die Verletzung der Sorgfaltspflicht, bei der § 823 BGB (Schadensersatzpflicht) seine Anwendung fand.

Durch die steigenden Anforderungen an die Sorgfalt wurde der sozial angemessene Spielraum für den Zahnarzt, in dem er sich bewegen konnte, ohne dass juristische Probleme aus seiner Behandlung resultierten, anhaltend eingeschränkt. Praktiziert ein Zahnarzt nicht mehr die im Verkehr erforderliche Sorgfalt, so handelt er fahrlässig (§276 BGB) und wird wegen Körperverletzung rechtlich verfolgt. Der stetig fortschreitende und gesicherte Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft und die akkreditierte zahnärztliche Praxis werden als zahnärztliche Standards definiert, welche von einer dauernden Veränderung abhängig sind. Wissenschaftliche Erkenntnisse, professionelle Akzeptanz und der zahnärztliche Erfahrungsschatz sind im Begriff des (zahn-)medizinischen Standards verankert. Der Sorgfaltspflichtmaßstab wird durch den Zeitpunkt des zahnärztlichen Handelns bestimmt [8]. Naturwissenschaftliche Erkenntnisse und ein zahnärztlicher Erfahrungs- und Erkenntnischatz, welche notwendig sind, um ein Behandlungsziel zu erreichen, wer-

den durch den Standard repräsentiert.

Gleichzeitig stellt der Standard eine universelle Darlegung über eine gute Prävention vor einer Erkrankung sowie eine einwandfreie Diagnose und deren Behandlung dar. Der Standard für das zahnärztliche Handeln wird umso obligatorischer, je sicherer die Basis der zahnärztlichen Erfahrung ist. Das Krankheitsbild des Patienten macht eine Standardabweichung bisweilen erforderlich [11]. Der Standard legt den Rahmen für Verbindlichkeiten für das zahnärztliche Handeln fest [6].

Der Behandlungsfehler ist nicht gezwungenermaßen mit einem Behandlungsmisserfolg gleichzusetzen. In der Rechtsprechung liegt ein Behandlungsfehler erst dann vor, wenn der Zahnarzt gegen den zahnmedizinischen Standard verstoßen hat.

Grundsätzlich bedarf jeder zahnärztliche Eingriff der Einwilligung des Patienten in die Behandlung. Eine ordnungsgemäße und umfassende Aufklärung ist Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung. Erfolgte die Aufklärung nicht ordnungsgemäß oder unterblieb sie, so verpflichtet dies den Zahnarzt vom zivilrechtlichen Standpunkt her zur Leistung von Schmerzensgeld und Schadensersatz. Gleichzeitig spielt die strafrechtliche Relevanz eine Rolle.

Die Verletzung der Sorgfaltspflicht ist in Bezug auf einen Großteil der juristischen Probleme der Ausgangspunkt für gerichtliche Auseinandersetzungen. Sie basiert auf dem Tatbestand der Fahrlässigkeit, welcher einem Behandlungsfehler entspricht.

Es konnte ein breites Spektrum an juristisch geahndeten Behandlungsfehlern aufgezeigt werden: Die untersuchten Urteile über Klagen wegen vermuteter Nebenwirkungen von Amalgamfüllungen stellen einen großen Fallgruppenbereich dar, was sich möglicherweise darauf zurückführen lässt, dass in der Öffentlichkeit eine kontroverse Diskussion

über dieses Füllungsmaterial geführt wird. Auffällig ist, dass sich aus den untersuchten Urteilen herauskristallisiert, dass im Großteil (26 Fälle) aller Klageerhebungen (29 Urteile) der Patient als klageführende Partei auftrat und es in allen Urteilen zu einer Klageabweisung kam. Nicht selten steht die Kostenübernahme von Inlays, die im Austausch für Amalgamfüllungen gelegt wurden, als juristischer Streitpunkt im Vordergrund. Die Entfernung von Amalgamfüllungen erfolgte meist auf den Wunsch des Patienten, auch wenn diese aus zahnmedizinischer Sicht nicht indiziert war. Demzufolge hat der Patient die Kosten zu übernehmen, wenn keine zwingende medizinische Indikation für Goldeinlagefüllungen vorliegt. Die Rechtsprechung ist in Bezug auf diese Thematik sehr einheitlich.

Viele juristische Auseinandersetzungen beschäftigen sich mit Überkronungen. Den Anklageschriften (16 Fälle) lässt sich überwiegend entnehmen, dass es sich streitgegenständlich um zu kurze oder abstehende Kronenränder handelt. Der Zahnarzt beging in 15 dieser 16 Fälle demzufolge eine Verletzung des Werkvertrages, weil er die Kronen nicht ausreichend auf ihre Einsetzbarkeit überprüfte. Es tritt § 823 BGB wegen unerlaubter Handlung in Kraft, da keine von Mängeln freie Krone eingesetzt wurde. Die Gutachter konnten anhand des diagnostischen Materials (Röntgenbilder, Behandlungsunterlagen, Gipsmodelle) einen Behandlungsfehler aufgrund der eindeutigen Sachlage feststellen. Da keine verwendbare Grenzwertfestlegung für die maximale Größe des Randspaltes vorliegt [10,11], hat der Zahnarzt einen Ermessensspielraum bei der Ermittlung und der Bewertung des Überganges von der Krone zur Zahnhartsubstanz. Werte zwischen 17 und 200 Mikrometern sind als akzeptabel einzustufen [2].

Die Höhe des Streitwertes fällt unterschiedlich aus und unterliegt, je nach Umfang der Klage, Schwankungen. Streitwerte von unter DM

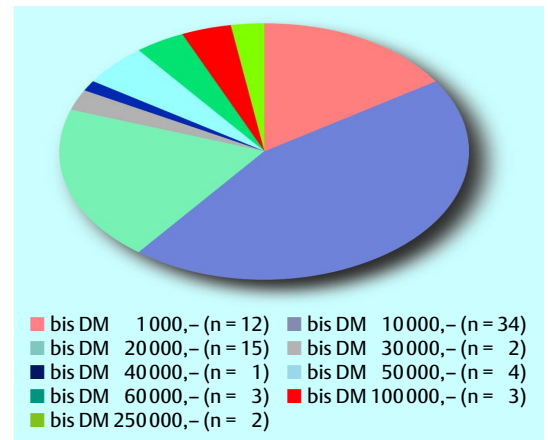


Abb. 1 Darstellung der Streitwerte. Leider war nicht jedem Urteil eine Angabe über den Streitwert zu entnehmen. Die Grafik lässt erkennen, dass sich die Höhe des Streitwertes in einem Großteil der Urteile bis 20 000,- DM belief.

1000,- bis DM 250 000,- wurden aus den Urteilen ermittelt; die Höhe des Streitwertes belief sich in einem Großteil der Urteile auf zwischen 5000,- DM und 20 000,- DM (Abb. 1). Ähnliche Schwankungen lassen sich aus der Studie Beckers [1] entnehmen. Er ermittelte, dass der durchschnittliche Streitwert bei 9801,79 DM lag.

Vergleicht man die Ergebnisse dieser Arbeit mit den Ergebnissen von Becker [1], so kristallisiert sich heraus, dass insuffiziente Kronenränder am häufigsten, d. h. in 16 von 30 untersuchten Fällen, durch Sachverständige festgestellt wurden. Die Untersuchung von Schlegel [13] ergab einen mangelhaften Kronenrand in 17 von 90 ausgewerteten Gerichtsgutachten. Schlegel stellt ebenfalls fest, dass Mängel in der Randgestaltung von Kronen ein altes Problem darstellen.

Der Schweregrad und die Folgen von Behandlungsfehlern im Bereich der konservierenden Zahnheilkunde sind für den Patienten nicht immer nachvollziehbar. Diese Umstände würden die geringe Zahl der juristischen Auseinandersetzungen erklären.

Die Leitungsanästhesie des Nervus mandibularis ist eine der häufig angewandten Anästhesieformen in

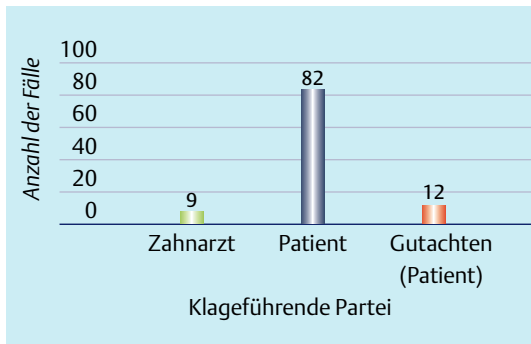


Abb. 2 Übersicht über die klageführende Partei: In 82 (75%) von 91 Fällen trat der Patient als klageführende Partei auf. 12-mal ließ der Patient eine gesonderte Gutachtenerstellung vornehmen. Lediglich in 9 Behandlungsfällen wurde die Initiative zur Klageerhebung vom Zahnarzt ergriffen, zumeist um die verweigerte Honorarzählung zu erzwingen.

der Zahnheilkunde. Durch einen falschen Einstichpunkt oder eine falsche Richtung der Kanüle können Kieferklemmen, Muskelhämatome, bei Periostverletzungen eventuell Nachschmerzen auftreten. Außerdem werden fehlgeschlagene Leitungsanästhesien oder Nervschädigungen beklagt. Allerdings treten diese forensischen Komplikationen nur gelegentlich auf. Es kristallisiert sich heraus, dass alle Klagen abgewiesen wurden, da aus dem Schadenseintritt (Nervschädigung) nicht der Schluss des Behandlungsfehlers gezogen werden konnte. Unklar bleibt, inwiefern es dem Gutachter möglich ist, nachzuweisen, ob dem Zahnarzt während des Anästhesierens ein Fehler unterliefe, zumal es unmöglich ist, den Ablauf einer Anästhesieapplikation zu rekonstruieren.

Im Rahmen der Leitungsanästhesie kann es auch zum Kanülenbruch kommen, welcher kausal mit der rein zahnärztlichen Arbeit nicht in Verbindung gebracht werden kann. Der Zahnarzt ist aus forensischen Gründen angehalten, den Patienten von einem Kanülenbruch zu unterrichten und dafür zu sorgen, dass das Kanülenfragment in einer Fachklinik entfernt wird [5]. Die ausgewerteten Fälle von Kanülenbrüchen konnten nicht auf einen schuldhaften Be-

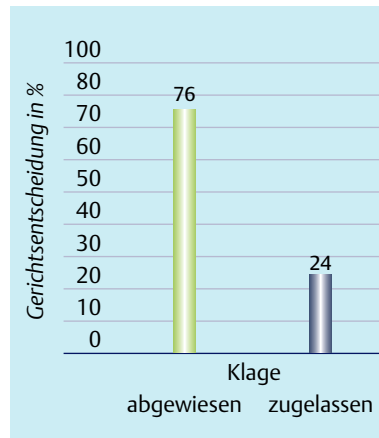


Abb. 3 Der prozentuale Anteil der Klageabweisungen beläuft sich auf 76%, 24% der Patientenklagen wurden für begründet erklärt.

handlungsfehler des Zahnarztes zurückgeführt werden.

Komplikationen, die auf eine Schleifscheibenverletzung zurückzuführen waren, ziehen fast immer die Verurteilung des Zahnarztes nach sich [5]. Weiterhin stellte Gabka [5] fest, dass das Aspirieren oder Verschlucken von Fremdkörpern eine der schwer wiegendsten Komplikation der zahnärztlichen Behandlung darstellt. Der Bundesgerichtshofs erfasst in seinem Urteil vom 27.11.52 - VI ZR 25/52 München, dass dem Zahnarzt genau dann der Tatbestand der Fahrlässigkeit angelastet werden muss, wenn es aufgrund seines eigenen Verschuldens zum Verschlucken eines Fremdkörpers kommt. Gleichzeitig haftet der Zahnarzt, wenn durch eine Abwehrbewegung des Patienten ein ungesichertes Instrument oder ein Inlay bzw. eine Krone aspiriert oder verschluckt wird. Gabka [5] differenziert zwischen Verschlucken und Aspiration in Hinblick auf die Folge: Während nach einer Aspiration bestimmte medizinische Maßnahmen ergriffen werden müssen, stuft er das Verschlucken eines Fremdkörpers eher als harmlosen Zwischenfall ein [5, 9]. Die Häufigkeit solcher Zwischenfälle war im Urteilsmaterial, das dieser Arbeit zugrunde lag, äußerst gering.

Vom medizinischen Standpunkt her kann nach der oben erfolgten Diskussion nachstehende Gruppeneinteilung der Fehler hinsichtlich der Sorgfalt vorgenommen werden [7]:

- Fehler, die vom Zahnarzt fahrlässig, also infolge einer Sorgfaltpflichtverletzung, begangen wurden und von Fall zu Fall in kausaler Folge Schäden nach sich ziehen, womit sie rechtserheblich werden.
- Fehler, die ohne Sorgfaltpflichtverletzung zustande kommen und darin bestehen, dass eine bestimmte Behandlung nicht das optimal mögliche Resultat erreicht bzw. nicht dem Standard eines erfahrenen Zahnarztes entspricht.
- Fehler, die objektiv durch eine nicht zum Eingriff gehörende Läsion, eine Nebenwirkung oder nachträglich sich einstellende, nicht angestrebte Folge gekennzeichnet sind, deren Eintritt aber auch bei größerer Sorgfalt eines erfahrenen Behandlers bei der Durchführung des ärztlich indizierten, nicht durch ein anderes Verfahren ersetzbaren und notwendigen Eingriffs nicht mit letzter Sicherheit zu vermeiden sind.

Die Analyse der Urteile und Gutachten lässt erkennen, dass der Patient aufgrund seiner Unzufriedenheit in Bezug auf die zahnärztliche Behandlung überwiegend als Kläger auftrat (Abb. 2). Es kristallisierte sich heraus, dass in 82 von 92 Fällen der Patient Klage erhob und 12-mal die Erstellung eines Gutachtens vornehmen ließ. Die Klageabweisung erfolgte in 76% der Urteile (Abb. 3). In dem der Patient auf juristischem Wege an den Zahnarzt Schmerzensgeld- und Schadensersatzforderungen stellt, geht er aktiv gegen den Zahnarzt vor. Darin lässt sich ein Unterschied zur Vergangenheit erkennen: Durch verweigerte Honorarzählungen nahm der Patient in der

Vergangenheit eine eher passive Haltung ein.

Der vermutete Anstieg in der „Prozessfreudigkeit“ des Patienten kann durch viele Faktoren erklärt werden. Die Hemmschwelle des Patienten wird durch die Presse, welche öffentlich Kritik an medizinischen Berufen übt, herabgesetzt [3]. Eine „Unanfechtbarkeit“ des (Zahn-)Arztberufes in früheren Jahren und die Tatsache, dass eine juristische Unterstützung und Beratung, wie sie ein Patient heute erfährt, nicht gegeben waren, erklären die geringere Bereitschaft in der Vergangenheit, gegen den Zahnarzt juristisch vorzugehen. Die Beziehung von Zahnarzt und Patient hat sich von einem Vertrauensverhältnis in ein reines Vertrags- und Dienstleistungsverhältnis (unter dem Einfluss der Medien) gewandelt [4]. Eine überspannte Erwartungshaltung hinsichtlich der medizinischen Therapiemöglichkeiten ist sehr häufig anzutreffen. Die oftmals überzogene Sichtweise hinsichtlich der medizinischen Lehre führt bei einem Ausbleiben des Behandlungserfolges oder einer nicht zufriedenstellenden Therapie zu der Annahme, dass der Zahnarzt fehlerhaft gehandelt habe. Die Akzeptanz der Patienten, dass eine Erkrankung nicht immer therapierbar ist, ist sehr gering.

Die Tatsache, dass immer mehr Patienten die Initiative ergreifen, eine juristische Auseinandersetzung durch ein Gericht entscheiden zu lassen, lässt sich auch darauf zurückführen, dass Rechtsschutzversicherungen rechtlich aufklären und Hinweise auf die finanzielle Entschädigung bei Klageerfolg geben [3]. Es wird immer Patienten geben, die aufgrund des monetären Vorteils gegen die zahnärztliche Behandlung klagen werden. Das beste Beispiel hierfür findet man in den USA: Im Gegensatz zu Deutschland herrscht dort kein Verhältnisrecht, durch welches nur der Schaden ersetzt wird, der auch tatsächlich entstanden ist,

sondern es wird eine beliebige Schadenshöhe gefordert.

Die Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen einer fehlerhaften zahnärztlichen Behandlung als schadenbewirkendes Ereignis und den eingetretenen Folgen stellt einen problematischen Bereich der Haftung dar. Bis heute konnte in der Rechtsprechung und Rechtslehre kein einstimmiger Tenor festgelegt werden. Tatsache ist, dass zwischen der zahnärztlichen Behandlung und dem beim Patienten eingetretenen Schaden ein kausaler Zusammenhang vorliegen muss. Kernpunkt aller gerichtlichen Verfahren ist das Faktum, dass der Patient dem Zahnarzt den Behandlungsfehler nachweisen muss. Gelingt ihm das nicht, ist mit einer Einstellung des Verfahrens zu rechnen. In Bezug auf die vorliegende Arbeit gelang es dem Patienten in 26% (n = 29) der Fälle, eine fehlerhafte Behandlung nachzuweisen. Auf den ersten Blick erscheint diese Zahl nicht so spektakulär, was jedoch darauf zurückzuführen ist, dass es Unterschiede zwischen den einzelnen Fallgruppen bezüglich der Anzahl der nachgewiesenen Behandlungsfehler gibt. In Auseinandersetzungen zur Amalgamproblematik konnten keine Behandlungsfehler nachgewiesen werden, wohingegen in den Streitfällen zur Kronen(rand)problematik eine Häufung von erfolgreichen Klagen zu beobachten war.

Die Aufklärung muss inhaltlich dem Eingriff gerecht werden, um spätere Haftungsansprüche zu widerlegen, und vor der Einwilligung des Patienten in die Behandlung stattfinden, sodass er ggf. noch eine „Bedenkzeit“ hat. Im Hinblick auf die Thematik dieser Arbeit ist der Zahnarzt bei der Verwendung von Amalgam und Kompositmaterialien zur Aufklärung über Vor- und Nachteile sowie über mögliche Risikofaktoren verpflichtet. Bei Überkronungen sollte der Hinweis auf Temperaturempfindlichkeiten erfolgen. Die Anästhesie als behandlungsunter-

stützende Maßnahme bedarf keiner frühzeitigen Aufklärung [14]. Die Dringlichkeit und die Art des Eingriffs bestimmen den Umfang der Aufklärung. Eine Rationalisierung in Form von Aufklärungsvordrucken kann hilfreich sein, wenn sie sich auf einen speziellen Eingriff und das Wesentliche bezieht. Dem Patienten liegt die Aufklärung in schriftlicher Form vor; allerdings muss in jedem Fall noch ein zusätzliches Aufklärungsgespräch geführt werden. Ein weiterer Vorteil ergibt sich aus der Tatsache, dass die Aufklärung – durch die Unterschrift des Patienten auf einem Durchschlag – dokumentiert wird.

Eine der behandlungsvertraglichen und rechtlichen Nebenpflichten ist die Dokumentationspflicht. Zu dem Aufgabenbereich der derzeitigen zahnärztlichen Dokumentation zählen die Gewährleistung einer planmäßigen Weiterbehandlung, Absicherung gegen Zwischenfälle, Komplikationen, Haftpflichtansprüche des Patienten gegen den Vorwurf einer nicht sorgfältigen Planung oder Untersuchung sowie einer Verletzung der Aufklärungspflicht und gegen den Vorwurf der Beweislasterschwerung durch unzureichende Dokumentation [8]. Eine ordnungsgemäße Dokumentation sollte Heil- und Kostenpläne, Arztberichte, die gesamte zahnärztliche Befundaufnahme sowie Therapieschritte, Schriftverkehr mit Krankenkassen oder Patienten, Rechnungskopien und Röntgenbilder beinhalten. Auch die Aufklärung muss im Krankenblatt vermerkt werden.

Ob der Zahnarzt durch eine sorgfältige Dokumentation, eine Einhaltung des zahnmedizinischen Standards unter Einbeziehung der notwendigen Sorgfalt und eine umfassende Aufklärung juristische Probleme vermeiden kann, erscheint sehr fraglich. In jedem Fall lassen sich hierdurch aber die Ausgangsbedingungen in juristischen Streitfällen verbessern.

Legal Aspects of Restorative Dentistry. Part III

The outcome of restorative treatment procedures not always will satisfy the patients' expectations or scientific demands resulting in patients' claims of malpractice. In this third and final part of the paper frequency and outcome of malpractice claims are analyzed. The majority of claims was initiated by the patient, nevertheless only in 24% of the cases the claims were successful at court. The financial background of the claims ranged between 1000 DM (500 Euro) and 250 000 DM (125 000 Euro), in the majority of the cases between 5000 and 20 000 DM (2500–10 000 Euro).

Key Words

Malpractice Claims – Restorative Dentistry

Literatur

- 1 Becker R. Zahnärztliche Haftung und Sachverständigenbeweis. Med. Diss. Münster: 1995
- 2 Biffar R. Die metrische Randspaltanalyse. In: Walther W, Heners M. Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. Heidelberg: Hüthig 1995
- 3 Dietrichs G, Schikowski V, Böttger H. Entwicklung der Sachverständigen-Tätigkeit in der Prothetik. Zahnärztl Mitt 1990; 80: 1479–1482
- 4 Figgenger L. Arzt und Strafrecht. Med. Diss. Münster: 1981
- 5 Gabka J. Komplikationen und Fehler bei der zahnärztlichen Behandlung. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme, 1986
- 6 Groß W. Ärztlicher Standard – Sorgfaltspflichten, Befundssicherung, Dokumentation und Beweislast. NJW 1996; 12: 786
- 7 Günther H. Zahnarzt, Recht und Risiko. München: Hanser, 1982
- 8 Günther H. Wirtschaftlichkeitsgebot und Arzthaftung. Arzt und sein Recht 1991; 15: 6
- 9 Harndt E. Verschlucken und Aspiration von Fremdkörpern bei der zahnärztlichen Behandlung. München: Hanser, 1971
- 10 Kerschbaum T. Normierter Kronenrand? In: Walther W, Heners M. Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. Heidelberg: Hüthig, 1995
- 11 Oehler K. Der zahnärztliche Sachverständige: Behandlungsfehler in Begutachtung und Rechtssprechung. München: Dtsch. Zahnärzte-Verl., 1999
- 12 Riess GK. Die Aufklärungspflicht. Med. Diss. Mainz: 1984
- 13 Schlegel H. Der zahnärztlich-prothetische Behandlungsvertrag: Juristische Probleme bei feststehendem Zahnersatz. Med. Diss. Göttingen: 1992
- 14 Tiemann S. Die Systematik der zahnärztlichen Haftung. Die Quintessenz 1983; 35: 2083–2087

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Hülsmann
Abt. Zahnerhaltung, Präventive Zahnheilkunde
und Parodontologie
Georg-August-Universität Göttingen
Robert-Koch-Str. 40, 37099 Göttingen
E-Mail: michael.huelsmann@med.uni-goettingen.de