

J. Handschel¹ · L. Figgenger² · U. Joos¹

¹Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Westfälische-Wilhelms-Universität, Münster

²Poliklinik für zahnärztliche Prothetik, Westfälische-Wilhelms-Universität, Münster

Die forensische Bewertung von Verletzungen der Nerven und des Kieferknochens nach Weisheitszahnentfernungen im Blickwinkel der aktuellen Rechtsprechung

Zusammenfassung

Die Entfernung unterer Weisheitszähne gehört zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen im Kopfbereich. Verletzungen des N. alveolaris inferior, des N. lingualis sowie Unterkieferfrakturen sind zwar seltene Zwischenfälle, führen dann jedoch häufig zu zivilrechtlichen Haftpflichtklagen. Für den behandelnden Zahnarzt/Kieferchirurgen ist es deshalb von großer Bedeutung, welche Ansprüche an Sorgfaltspflicht, Aufklärungspflicht und Dokumentationspflicht von der Rechtsprechung gestellt werden. Ziel unserer Untersuchung war es, für den Operateur diesbezügliche Empfehlungen aus juristischer Sicht herauszuarbeiten. In 2 umfangreichen elektronischen Datenbanken (CDIS 3.1 Dt. Rechtsprechung; JURIS Online) wurden alle Urteile seit 1980, die Nervschädigungen und Unterkieferfrakturen bei Weisheitszahnentfernungen zum Gegenstand hatten, recherchiert, und im Hinblick auf die juristischen Vorgaben bzgl. der Sorgfaltspflicht, der Aufklärungspflicht und der Dokumentationspflicht des Behandlers analysiert. Die Verletzung der Aufklärungspflicht war in über 57% der Fälle zentraler Bestandteil des Klagevorbringens. Bemerkenswert ist eine differierende Rechtsprechung in Rechtsstreitigkeiten nach Schädigungen des N. lingualis. Die Aufklärungspflicht über das Risiko der Nervschädigung sowohl während der Operation als auch bei der Leitungsanästhesie wird unterschiedlich beurteilt. Einheitlich wird hingegen von den Gerichten auf die Aufklärungspflicht bzgl. Unterkieferfrakturen hingewiesen. Weiter werden diesbezüglich auch diagnostische und therapeutische Mindeststandards formuliert. Zusammenfassend

lässt sich feststellen, dass die Urteile bzgl. der Sorgfaltspflichtverletzungen tendenziell eine gewisse Relativierung zugunsten des Zahnarztes erkennen lassen, was die Strenge des an die gebotene Sorgfalt anzulegenden Maßstabs anlangt. Der Umfang der Aufklärung hingegen wird eher extensiert, so dass es ratsam erscheint, den Patienten sehr umfassend aufzuklären. Aus beweisrechtlicher Sicht sind eine Dokumentation der Aufklärung sowie eine kurze Darstellung des therapeutischen Vorgehens unbedingt angezeigt.

Schlüsselwörter

Weisheitszähne · Sorgfaltspflicht · Aufklärungspflicht · Dokumentationspflicht · Rechtsprechung

Die operative Entfernung unterer Weisheitszähne gehört zu den häufigsten zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen. Leider sind nicht in jedem Fall Komplikationen auszuschließen, die auch zu zivilrechtlichen Haftpflichtklagen gegenüber dem Zahnarzt/Kieferchirurgen führen können. Die Anzahl solcher Klagen gegenüber Zahnärzten/Kieferchirurgen hat sich in den letzten Jahrzehnten entsprechend der allgemeinen Steigerung der Zahl von Arzthaftpflichtprozessen deutlich erhöht [12]. Vogel [48] beschreibt, dass fast 50% der Hauptvorwürfe von Patienten an Zahnärzte auf Schäden durch chirurgische Behandlung oder Lokalanästhesie

zurückgeführt werden konnten. Von diesen Haftpflichtansprüchen war wiederum $\frac{1}{3}$ auf Nervschädigungen und Kieferfrakturen zurückzuführen. Berücksichtigt man ausschließlich operative Weisheitszahnentfernungen, so waren in einer kürzlich veröffentlichten finnischen Studie Nervverletzungen sogar zu 59% Hauptgegenstand der Klagen. In 54% der Fälle waren dabei der N. lingualis und in 41% der N. alveolaris inferior betroffen [47]. Dem relativ hohen Anteil der Nervverletzungen, aber auch der Unterkieferfrakturen bei den zivilrechtlichen Haftungsansprüchen steht, allgemein betrachtet, eine recht geringe Inzidenz gegenüber. So schwanken in der medizinischen Fachliteratur die Angaben über Verletzungen des N. lingualis mit permanenter Funktionsstörung nach Weisheitszahnentfernungen zwischen 0% und 2% [13, 43, 46] und für den N. alveolaris inferior zwischen 0% und 2,2% [13, 43, 46]. Für die Unterkieferfrakturen liegen die Literaturangaben noch niedriger. Während Hertel et al. [16] eine intra- und postoperative Inzidenz für Unterkieferfrakturen von 0,19% angeben, berichten Alling u. Alling [1] von einer einzigen intraoperativen Fraktur bei 30.583 Patienten und ebenfalls nur einer postoperativen Fraktur bei 23.714 beobachteten Patienten.

Dr. Dr. J. Handschel

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Westfälische-Wilhelms-Universität,
Waldeyerstraße 30, 48129 Münster
E-Mail: handschelj@uni-muenster.de

J. Handschel · L. Figgner · U. Joos

Current jurisdiction concerning nerve injuries or injuries to the jaw during the removal of lower wisdom teeth

Abstract

The removal of lower wisdom teeth is one of the most frequent operations in oral surgery. Iatrogenic lesions of the lingual and inferior alveolar nerve and fractures of the lower jaw are rare, but can lead to actions for damage and compensation for personal suffering. The aim of our investigation was to elaborate recommendations for the oral surgeon from the legal point of view. Therefore we investigated in two data banks all court decisions concerning wisdom teeth and analysed them in regard to the obligation to provide information, documentation and the minimum requirements of the surgical treatment. In 57% of all court decisions the obligation to provide information was omitted by the surgeon. Surprisingly, regarding injuries of the lingual nerve we found different opinions from various law courts. In some former decisions only the fact of the damage was equivalent to a lack of care, while recently other courts had the opinion that an injury of the lingual nerve could also be caused in spite of careful treatment. With regard to lower jaw fracture all courts emphasized that the patient must be informed about the risk by the surgeon. Moreover, minimum requirements for the removal of wisdom teeth were given. In conclusion, the recent court decisions restrict the liability for complications but demand the observance of minimum requirements for the surgical treatment. Additionally, all courts stress that informed consent about the risk of nerve damage or jaw fracture must be obtained before the removal of wisdom teeth.

Keywords

Wisdom teeth · Complications · Informed consent · Jurisdiction

Trotz geringer medizinischer Inzidenz sind die o. g. Komplikationen natürlich für den Patienten und auch für den behandelnden Zahnarzt/Kieferchirurgen u. a. wegen ihrer juristischen Konsequenzen äußerst bedeutsam. Durch den steigenden Einfluss juristischer Implikationen auf die Medizin rückt der Rechtscharakter der Arzt-Patient-Beziehung als integraler Bestandteil zunehmend in den Blickpunkt. Sorgfaltspflicht, Aufklärungspflicht und Dokumentationspflicht zählen zu den bedeutsamen Rechtspflichten, die dem Zahnarzt/Kieferchirurgen aus seiner Rechtsbeziehung zum Patienten erwachsen [9]. Gemäß dem schon in den römischen Pandekten zu findenden Rechtssatz „error aut ignorantia iuris non excusant – Irrtum oder Unkenntnis über rechtliche Belange entschuldigen nicht“ ist es deshalb für den behandelnden Zahnarzt/Kieferchirurgen von großer Bedeutung, die Maßstäbe zu kennen, die an Sorgfaltspflicht, Aufklärungspflicht und Dokumentationspflicht von der Rechtsprechung angelegt werden. Ziel unserer Untersuchung war es deshalb, für den Operateur diesbezügliche Empfehlungen aus juristischer Sicht herauszuarbeiten. Dabei konzentrierten wir unser Interesse vorwiegend auf Läsionen des N. lingualis, des N. alveolaris inferior sowie auf Unterkieferfrakturen.

Material und juristische Begriffserläuterung

In 2 umfangreichen elektronischen Datenbanken (CDIS 3.1 Dt. Rechtsprechung; JURIS Online) wurden alle Urteile und Aufsätze seit 1980 recherchiert, die Nervenschädigungen bei Weisheitszahnentfernungen zum Gegenstand hatten. Anschließend analysierten wir diese im Hinblick auf die juristischen Vorgaben bzgl. der Sorgfaltspflicht, der Aufklärungspflicht und der Dokumentationspflicht des Behandlers.

Vor der Analyse der einzelnen Urteile sollen zunächst 3 wesentliche Anknüpfungspunkte der Arzthaftung kurz erläutert werden.

Sorgfaltspflicht

Aus §276 BGB läßt sich die für jedermann geltende Pflicht zur Beachtung „der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“

ableiten. Grundlage für die ärztliche Sorgfaltspflicht ist dabei der aktuelle Stand wissenschaftlicher Erkenntnis. Weil dieser ständig im Fluss ist, kann er sinnvollerweise nicht zu irgendeinem Zeitpunkt mit Anspruch auf zeitübergreifende Gültigkeit festgeschrieben werden, sondern seine Definition ist ein ebenso dynamischer Prozess wie die ständige Weiterentwicklung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes selbst [7]. Ein „Behandlungsfehler“ ist ein Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht. Er wird definiert als heilkunstwidriges Tun oder Unterlassen des Arztes/Zahnarztes im Rahmen der konkreten Behandlung: also jedes Verhalten des Zahnarztes/Arztes in der Beziehung zu seinem Patienten, welches nach dem jeweiligen Stand der allgemein anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft unsachgemäß ist [27]. Vom wissenschaftlichen Erkenntnisstand („Schulmedizin“) abweichende Auffassungen können aus Rechtssicherheitsgründen nicht Grundlage des Standards sein [28].

Aufklärungspflicht

Die ärztliche Aufklärung soll entsprechend dem Selbstbestimmungsrecht (Art. 2 GG) dem Patienten ermöglichen, Art, Bedeutung, Ablauf und Folgen einer Behandlung in den Grundzügen zu verstehen, und ihn so vor einem auf unzutreffenden Vorstellungen fußenden Behandlungseinverständnis bewahren. Umfang und Intensität der Aufklärung stehen in Wechselbeziehung zu Indikation und Dringlichkeit der jeweiligen medizinischen Maßnahme [27]. Je dringlicher der Eingriff, desto geringer ist der geforderte Aufklärungsumfang. Dies bedeutet im Ausnahmefall, dass in lebensbedrohlichen Situationen eine Aufklärung möglicherweise sogar entfallen kann, während eine maximale Aufklärung z. B. bei Schönheitsoperationen (Wahleingriffen) erforderlich ist. Ist die Aufklärung durch den Arzt/Zahnarzt Voraussetzung für eine rechtswirksame Einwilligung des Patienten in den Eingriff, so ist die Einwilligung wiederum das die ärztliche/zahnärztliche Behandlung als tatbestandsmäßige Körperverletzung rechtfertigende Element [8].

Gegenstand einer Aufklärung müssen u. a. Behandlungsrisiken und -gefahren sein. Diese sind auch dann auf-

klärungspflichtig, wenn sie im ärztlichen/zahnärztlichen Schrifttum als nur vereinzelt beobachtet beschrieben werden. Nicht die Komplikationsdichte, sondern vielmehr die Bedeutung des mit einer bestimmten Maßnahme spezifisch verknüpften – wenn auch sehr seltenen – Risikos entscheidet über die Aufklärungsbedürftigkeit [2,3]. Sind die Risiken aber so gering, dass sie bei einem verständigen Patienten für den Entschluss, in den Eingriff einzuwilligen, nicht ernstlich ins Gewicht fallen, so soll die Aufklärung entbehrlich sein [45]. Andererseits muss der Behandler auch über ein sehr geringes Risiko dann aufklären, wenn dessen etwaige Realisierung die Lebensführung des Patienten schwer belastet [4]. Die Aufstellung eines starren Zahlenverhältnisses zwischen Komplikationsdichte und Aufklärungspflicht wird dementsprechend von der Rechtsprechung abgelehnt [5].

Dokumentationspflicht

Dokumentationspflichtig sind die für die Heilbehandlung wesentlichen medizinischen Fakten von der Anamnese über die Diagnostik und die Tatsache der erfolgten Aufklärung [44] bis hin zu Therapiemaßnahmen und Behandlungsentwicklung [27]. Ihre juristische Dimension entfaltet die Dokumentationspflicht im Arzthaftungsprozess und da vor allem im Beweisrecht. Wie in jedem Zivilprozess muss auch hier der Kläger die seine Klage begründenden Tatsachen beweisen. Als Laie ohne medizinische Fachkenntnis befindet sich der Patient zunächst in erheblicher Beweisnot. Der Sachverhalt kann oft nur durch die Aufzeichnungen des Arztes/Zahnarztes aufgeklärt werden. Nach der Rechtsprechung und den darauf abgestimmten Berufsordnungen schulden Arzt und Zahnarzt dem Patienten Rechenschaft über das, was sie bei ihm festgestellt und welche Maßnahmen sie bei ihm durchgeführt haben. Zwar stellt ein Verstoß gegen die Dokumentationspflicht keine eigenständige Anspruchsgrundlage dar, verletzt aber der Arzt/Zahnarzt seine Dokumentationspflicht, indem er gebotene Aufzeichnungen unterlässt, verspätet vornimmt oder sogar beschönigt, kann dem Patienten in einem Schadensersatzprozess Beweiserleichterung bis hin zur vollständigen Beweislastumkehr zugesprochen werden

Tabelle 1

Aufgelistet sind die zentralen Hauptvorwürfe bei Vorbringen der Klage durch den Patienten

	Verletzung der Sorgfaltspflicht	Verletzung der Aufklärungspflicht
N. lingualis	6	6
N. alveolaris inferior	1	4
UK-Fraktur	2	2
Summe	9	12

[9]. Dann muss beispielsweise nicht mehr der Patient einen Behandlungsfehler des Zahnarztes nachweisen, sondern der Zahnarzt muss beweisen, dass der eingetretene Schaden schicksalhaft und ohne Verletzung der Sorgfaltspflicht entstanden ist.

Ergebnisse der Auswertung

Ausgewertet wurden 21 Urteile seit 1980 sowie 2 juristische Aufsätze. 15 Urteile wurden von Oberlandesgerichten gefällt und 6 Urteile von Landgerichten. Hauptvorwürfe an den Zahnarzt/Kieferchirurgen waren bei Schädigungen des N. lingualis 6-mal die Verletzung der Sorgfaltspflicht und 6-mal die Verletzung der Aufklärungspflicht (Tabelle 1). Bei Verletzungen des N. alveolaris inferior (n = 5) stand hingegen die Verletzung der Aufklärungspflicht anteilmäßig mit 4:1 deutlich im Vordergrund (Tabelle 1). Je 2-mal standen Aufklärungspflicht- bzw. Sorgfaltspflichtverletzungen bei Unterkieferfrakturen (n=4) im Mittelpunkt der Klage (Tabelle 1). Die zugesprochenen Schmerzensgelder schwankten je nach Verletzungsmuster zwischen 6000 und 20.000 DM. Auffällig war die Tendenz zu höheren Summen bei den jüngeren Urteilen (Abb. 1).

N. lingualis

Eine permanente Schädigung der sensiblen und sensorischen Qualitäten des N. lingualis ist für den Patienten subjektiv stark belastend und dementsprechend oft Gegenstand eines Arzthaftungsprozesses. 57% der recherchierten Urteile bezogen sich auf Verletzungen dieses Nerven im Zusammenhang mit Weisheitszahnentfernungen. In der Rechtsprechung finden im wesentlichen 2 Verletzungsarten ihren Niederschlag mit den daraus resultierenden Konsequenzen für die Sorgfalts- und Aufklärungspflicht des Behandlers. Der Nerv kann während/durch die Leitungsanästhesie geschädigt werden oder aber beim eigentlichen chirurgischen Eingriff. Verletzungen des N. lingualis durch eine Leitungsanästhesie werden von der Rechtsprechung einheitlich als schicksalhaft bewertet [24, 36, 38]. Die Sorgfaltspflicht verbietet allerdings den Gebrauch stumpfer oder verbogener Nadeln und verlangt den sofortigen Abbruch der Injektion, sobald der Patient einen „elektrisierenden Sofortschmerz“ angibt [36]. Über die Aufklärungsbedürftigkeit des Risikos einer Nervschädigung bei Leitungsanästhesien gehen die Meinungen auseinander. Während diese von einigen Gerichten verneint wird [24, 41], gehen andere Gerichte von einer Aufklärungspflicht aus [29, 36].

Das OLG Hamm äußert sich zur prophylaktischen Entfernung von Weisheitszähnen und lässt offen, ob eine Aufklärungspflicht auch bei dringlicheren Indikationen besteht [36]. Überraschenderweise werden die Nervverletzungen während des chirurgischen Eingriffs sowohl bzgl. der Sorgfaltspflicht als auch im Hinblick auf die Aufklärungspflicht recht unterschiedlich beurteilt. Einige Gerichte sind – sachverständig beraten – der Auffassung, dass schon allein das

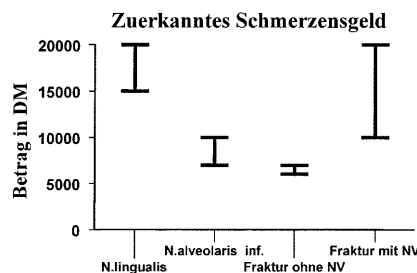


Abb. 1 ▲ Angegeben ist die Höhe des zuerkannten Schmerzensgeldes je nach Verletzungs-/Schadensart. NV Nervverletzung (N. alveolaris inferior)

Faktum einer Verletzung des N. lingualis ein ausreichendes Indiz für einen Behandlungsfehler im Sinne eines Beweises des ersten Anscheins ist. Dies hat zur Folge, dass sich nun die Beweislast umkehrt und der Zahnarzt/Kieferchirurg nachweisen muss, dass die Nervverletzung nicht durch mangelnde Sorgfalt verursacht, sondern schicksalhaft war. Da also grundsätzlich nicht von einer unvermeidbaren Komplikation, sondern von einem vermeidbaren Fehler ausgegangen wird, wird folgerichtig auch eine Aufklärungspflicht von diesen Gerichten verneint [22, 39]. Diese Auffassung wird von den Oberlandesgerichten Stuttgart und München nicht geteilt. Sie vertreten die Ansicht, selbstverständlich auch sachverständig beraten, dass Verletzungen des N. lingualis nicht immer vermeidbar sind und somit nicht a priori einen Behandlungsfehler indizieren [30, 40].

Die Verletzung des Nerven durch ein rotierendes Instrument ist hingegen in jedem Fall auf mangelnde Sorgfalt des Behandlers zurückzuführen [30]. Im vorliegenden Fall wurde bei dem Versuch der Nervanastomosierung im Operationsbericht ein über „nahezu 1 cm zeretzter Nervenstamm“ beschrieben, der auf die Traumatisierung durch ein rotierendes Instrument schließen ließ. Beide Gerichte [30, 40] wie auch das OLG Hamburg [29] halten in Konsequenz ihrer Rechtsprechung eine mögliche Lingualisschädigung aber für aufklärungsbedürftig.

N. alveolaris inferior

Ähnlich wie beim N. lingualis ist auch eine Verletzung des N. alveolaris inferior bei der Leitungsanästhesie trotz Beachtung der gebotenen Sorgfalt nicht mit letzter Sicherheit vermeidbar und mithin als schicksalhaft anzusehen. Gleichwohl spricht Gaisbauer [11] in diesem Zusammenhang von einem „in der Regel vermeidbaren Risiko“, das sehr selten sei und über das der Patient nicht aufgeklärt werden müsse.

Unabhängig davon wird das Risiko der Nervverletzung durch eine Lokalanästhesie von Gaisbauer, gestützt auf Gerichtsurteile, explizit bei Schmerzpatienten und bei Patienten, die bereits früher einer Leitungsanästhesie zustimmten, als nicht aufklärungspflichtig bezeichnet [11]. Zu Leitungsanästhesien

im Rahmen elektiver prophylaktischer Eingriffe liegen keine dezidierten Aussagen bzgl. des N. alveolaris inferior vor, auch wenn hier ein aufklärungspflichtiges Verletzungsrisiko vermutet werden muss. Aufklärungspflicht über eine mögliche Nervläsion besteht aber jedenfalls im Rahmen der Weisheitszahnentfernung [11, 25, 34, 37]. Für die Sorgfaltspflicht werden von der Rechtsprechung verschiedene Anforderungen formuliert. Eine präoperative Röntgendiagnostik mit vollständiger Abbildung der Wurzelspitzen ist vor einer Weisheitszahnentfernung obligat [11]. Kommt es zur Nervschädigung bei Entfernung eines Weisheitszahnes in toto statt nach Zertrennung, obwohl röntgenologisch eine enge Beziehung zwischen Nerv und Zahnwurzel besteht, so wird dies als Behandlungsfehler eingestuft [35].

Kieferfraktur

Nach Auffassung des OLG München ist eine Unterkieferfraktur nach Weisheitszahnentfernung per se noch kein Behandlungsfehler [33]. Nach einheitlicher Rechtsprechung ist das Risiko einer Fraktur aber aufklärungsbedürftig [32, 33]. An die Sorgfaltspflicht des Behandlers stellen die Gerichte verschiedene Anforderungen. So ist der Bruch des Kiefers bei der Entfernung eines tief verlagerten Weisheitszahnes dann ein Behandlungsfehler, wenn ohne Separierung des Zahnes oder Osteotomie des lokalen Kieferknochens nur mit Hebeln und Zange gearbeitet wurde [31]. Gegen die gebotene Sorgfaltspflicht verstößt auch, wer bei klinischem Frakturverdacht sich auf die Palpation des Kiefers beschränkt und keine Röntgendiagnostik durchführt [23].

Diskussion

Ähnlich wie von Hemprich u. von der Haar [15] beschrieben, war auch in unserer Evaluierung die Verletzung der Aufklärungspflicht Hauptgegenstand der meisten Klagebegehren. Hier zeigt sich eine deutliche Zunahme dieses Vorwurfs im Vergleich zu früheren Studien. So führte Horch [20] aus, dass von 18 Sachverständigengutachten der Universitätsklinik Köln zwischen 1977 und 1983, die Komplikationen nach Weisheitszahnentfernungen betrafen, keine

Aufklärungspflichtverletzungen Gegenstand der Klage war. Mehrere Autoren weisen in diesem Zusammenhang daraufhin, dass die Aufklärungsrüge des Patienten zunehmend den Charakter eines Auffangtatbestandes im Arzthaftungsrecht annimmt [9, 28]. Lässt sich eine Verletzung der Sorgfaltspflicht nicht nachweisen, stellt der Patient die Behauptung auf, wäre er, was nicht geschehen sei, vollständig aufgeklärt worden, hätte er in die tatsächliche ärztliche Behandlung nicht eingewilligt. Hier zeigt sich der „unschätzbare Wert“ einer schriftlich dokumentierten Aufklärung [9]. Der notwendige Umfang der Aufklärung wird von den Gerichten z. T. unterschiedlich beurteilt. So gibt es bzgl. des Risikos der Lingualisschädigung durch eine Leitungsanästhesie differierende Auffassungen, die sich u. a. auch an der Indikation für den Eingriff orientieren [36]. Während Machtens u. Krogmann [26] nach Auswertung von 12 Urteilen bzgl. Nervläsionen im Kiefer-Gesichts-Bereich noch resümierten, dass eine Aufklärung im Hinblick auf mögliche Nervschädigungen durch eine Injektion nicht verlangt und nicht notwendig sei, wurde die Aufklärung bzgl. Nervschädigung (N. lingualis) durch Lokalanästhesie 1987 vom OLG Hamm [36] im Rahmen einer prophylaktischen Weisheitszahnentfernung als notwendig erachtet. Zudem führte der Bundesgerichtshof aus: „Selbst bei vitaler Indikation eines Eingriffs verlangt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, dass der Arzt ihm die Möglichkeit belässt, über den Eingriff selbst zu entscheiden und ihn ggf. abzulehnen, auch wenn ein solcher Entschluss medizinisch unvernünftig ist“ [6]. Auf der rechtlich sicheren Seite bewegt sich daher eher derjenige, der eine umfänglichere Aufklärungsbereitschaft an den Tag legt, entsprechend den von Hahn 1980 publizierten Vorschlägen [14]. Erfreulicherweise setzt sich in der neueren Rechtsprechungspraxis zunehmend die Einsicht durch, dass Verletzungen des N. lingualis bei Weisheitszahnentfernungen nicht schon per se einen Behandlungsfehler indizieren. Während ältere Urteile sich häufig beispielsweise auf Frenkel [10] bezogen, der die Auffassung vertrat, perioperative Schädigungen des N. lingualis seien sicher vermeidbar, berücksichtigen neuere Urteile hingegen die anatomische Variabilität des Menschen

und lehnen dieses kategorische Verdikt ab. Diese Auffassung wird durch Horch [19] und Kiesselbach u. Chamberlain [21] gestützt sowie durch neuere Untersuchungen von Pogrel et al. [42].

Auch Schädigungen des N. lingualis durch eine Leitungsanästhesie werden von den Gerichten bei Einhaltung der gebotenen Sorgfalt (s. o.) als schicksalhaft eingestuft, was nach den Berichten von Hoffmeister über intraneurale Injektionen [18] sowie von Hidding u. Khoury [17] über die Inzidenz dauerhafter Nervläsionen nach Lokalanästhesie nicht zwingend zu erwarten war.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Urteile bzgl. der Sorgfaltspflichtverletzungen tendenziell eine gewisse Relativierung zugunsten des Zahnarztes erkennen lassen, weil z. B. konzidiert wird, dass die Verletzung des N. lingualis auch schicksalhaft eintreten kann. Der Umfang der Aufklärung hingegen wird eher extendiert, so dass es ratsam erscheint, den Patienten sehr umfassend aufzuklären. Aus beweisrechtlicher Sicht sind eine Dokumentation der Aufklärung sowie eine kurze Darstellung des therapeutischen Vorgehens unbedingt angezeigt.

Schlussfolgerungen

Im Folgenden haben wir die Mindeststandards formuliert, deren Beachtung durch den behandelnden Zahnarzt/Kieferchirurgen bei Entfernungen unterer Weisheitszähne von der aktuellen Rechtsprechung gefordert wird:

- Aufklärungspflicht besteht bei der Entfernung unterer Weisheitszähne mit einer Leitungsanästhesie bzgl. Verletzungen des N. lingualis, des N. alveolaris inferior, für Unterkieferfrakturen und ggf. bzgl. Therapiealternativen.
- Präoperativ wird eine vollständige röntgenologische Darstellung einschließlich der Wurzelspitzen gefordert.
- Die durch ein rotierendes Instrument hervorgerufene Verletzung des N. lingualis ist per se ein Behandlungsfehler, während ansonsten die Durchtrennung z. B. bei atypischem Nervverlauf primär schicksalhaft und damit unvermeidbar sein kann.

- Tief verlagerte Zähne und solche mit enger Beziehung zwischen Nerv und Wurzeln sollten getrennt werden und nicht in toto allein mit Hebel und Zange entfernt werden.
- Bei klinischem Verdacht auf eine intraoperative Fraktur ist die Röntgendiagnostik obligat.

Die Einhaltung dieser juristisch geforderten Mindeststandards kann im Schadensfall die rechtliche Situation des Behandlers im Haftungsprozess verbessern.

Literatur

1. Alling CC, Alling RD (1993) Indications for management of impacted teeth. In: Alling CC, Helfrick JF, Alling RD Impacted teeth. Saunders, Philadelphia, pp 46–64
2. BGH (1996) NJW 779–781
3. BGH (1985) JR 65–66
4. BGH (1993) VersR 223–229
5. BGH (1972) MDR 225–226
6. BGH (1994) VersR 682–684
7. Figgenger L (1989) Zahnarzt und Recht I: Die Sorgfaltspflicht. Zahnärztl Mitteil 15:1662–1664
8. Figgenger L (1989) Zahnarzt und Recht II: Die Aufklärungspflicht. Zahnärztl Mitteil 16:1781–1786
9. Figgenger L (1989) Zahnarzt und Recht III: Die Dokumentationspflicht. Zahnärztl Mitteil 18: 2076–2079
10. Frenkel G (1980) Das Gutachten bei Verletzungen des N. lingualis. Dtsch Zahnärztl Z 35:199–201
11. Gaisbauer G (1995) Zur Haftung des Zahnarztes für Nervläsionen. VersR 12–20
12. Gerlach K, Hoffmeister B, Walz C (1989) Dysästhesien und Anästhesien des N. mandibularis nach zahnärztlicher Behandlung. Dtsch Zahnärztl Z 44:970–971
13. Gülicher D, Gerlach KL (2000) Inzidenz, Risikofaktoren und Verlauf von Sensibilitätsstörungen nach operativen Weisheitszahnentfernungen. Mund Kiefer Gesichtschir 4:99–104
14. Hahn W (1980) Die Aufklärungspflicht aus der Sicht des Zahnarztes. Dtsch Zahnärztl Z 35: 165–168
15. Hemprich A, von der Haar R (1992) Zur aktuellen Rechtsprechung bei Schädigung des N. alveolaris inferior und des N. lingualis. Dtsch Zahnärztl Z 47:218–221
16. Hertel J, Flemming G, Groth G (1988) Ein Beitrag zur iatrogenen Unterkieferfraktur. Stomatol DDR 38:95–98
17. Hidding J, KhouryF (1991) Allgemeine Komplikationen bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie. Dtsch Zahnärztl Z 46:834–836
18. Hoffmeister B (1991) Morphologische Veränderungen peripherer Nerven nach intraneuraler Lokalanästhesieinjektion. Dtsch Zahnärztl Z 46:828–830

19. Horch HH (1984) Iatrogene Nervenläsionen bei der zahnärztlichen Behandlung. Zahnärztl Mitteil 74:708
20. Horch HH (1985) Rechtsprechung zu iatrogenen Schädigungen der Mund-Kiefer-Gesichts-Region. In: Pfeife G, Schwenzler N (Hrsg) Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie, Bd XXX. Thieme, Stuttgart, New York, S 18–22
21. Kiesselbach JE, Chamberlain JG (1984) Clinical and anatomic observations on the relationship of the lingual nerve to the mandibular third molar region. J Oral Maxillofac Surg 42:565–567
22. LG Heidelberg (6.6.1984 Az: 3 O 96/82)
23. LG Heidelberg (1992) VersR 57
24. LG Frankenthal (1998) MedR 569–571
25. LG Bonn (1989) VersR 811
26. Machtens E, Krogmann H (1985) Rechtsprechung bei operativ bedingten Nervenläsionen im Kiefer-Gesichts-Bereich. In: Pfeife G, Schwenzler N (Hrsg) Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie, Bd XXX. Thieme, Stuttgart, New York, S 22–24
27. Neufeind W (1997) Arzthaftungsrecht, 2. Aufl. Tectum, Marburg, S 46
28. Oexmann B, Georg A (1989) Die zivilrechtliche Haftung des Zahnarztes. Werner, Düsseldorf, S 32–33
29. OLG Hamburg (1999) VersR 316
30. OLG Stuttgart (1999) VersR 1018–1019
31. OLG Oldenburg (1998) VersR 1381
32. OLG Düsseldorf (1997) VersR 620
33. OLG München (1996) VersR 102–103
34. OLG Frankfurt/M. (14.4.1986) AHRS 4800/7
35. OLG Düsseldorf (25.7.1991 Az: 8 U 254/89)
36. OLG Hamm (19.10.1987) AHRS 2692/2
37. OLG Düsseldorf (1989) VersR 290
38. OLG Hamburg (13.12.1991) AHRS 2693/8
39. OLG Karlsruhe (16.10.1985) AHRS 4800/4
40. OLG München (23.6.1994 Az: 24 U 961/92)
41. OLG Schleswig (12.2.1986) AHRS 4800/12
42. Pogrel MA, Renaut A, Schmidt B, Ammar A (1995) The relationship of the lingual nerve to the mandibular third molar region: an anatomic study. J Oral Maxillofac Surg 53:1178–1181
43. Rood JP (1992) Permanent damage to inferior alveolar and lingual nerves during the removal of impacted mandibular third molars. Comparison of two methods of bone removal. Br Dent J 172:108–110
44. Schaffer R (1993) VersR 1458–1462
45. Scholz R (1996) MDR 649–652
46. Schulze-Mosgau S, Reich R (1983) Sensibilitätsstörungen nach dentoalveolärer Chirurgie im Unterkieferzahnbereich. Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir 17:298–300
47. Ventä I, Lindqvist C, Ylipaavaniemi P (1998) Malpractice claims for permanent nerve injuries related to third molar removals. Acta Odontol Scand 56:193–196
48. Vogel C (1980) Fehler, die dem Zahnarzt vorgeworfen werden. Dtsch Zahnärztl Z 35:366–368