

Endodontie und Recht

Teil 1: Aufklärung und Dokumentation

Indizes

Aufklärung, Dokumentation, Zahnerhalt, Wurzelspitzenresektion, Behandlungsfehler, Behandlungsalternativen

Zusammenfassung

Diese Artikelreihe beschäftigt sich mit Fragestellungen der endodontischen Leistungserbringung durch den Zahnarzt und der Bewertung dieser Leistungen durch Juristen und die Rechtsprechung. Es werden Komplikationen, Fehler, Behandlungsalternativen und Abrechnungsfragen in den Fokus gestellt und sowohl zahnmedizinisch als auch an Beispielen aus der Rechtsprechung erläutert. Der Wunsch der zahnärztlichen Behandler nach Rechtssicherheit ist verständlich, wird aber im Ergebnis enttäuscht werden. Die Tatsache, dass es in der Zahnmedizin einen fortlaufenden Diskurs über Diagnose, Therapie und Auswahl der Methode sowie die anschließende Bewertung des Behandlungserfolges gibt, spiegelt sich auch in der Rechtsprechung wider. Ausschlaggebend für ein Urteil sind die Feststellungen des Sachverständigen, was zur Folge hat, dass vergleichbare Sachverhalte in Abhängigkeit vom Standpunkt und von den Ausführungen des Sachverständigen durch die mit den Fragenstellungen befassten Richter letztendlich unterschiedlich bewertet und entschieden werden. Im vorliegenden ersten Teil der dreiteiligen Artikelreihe wird beleuchtet, was im Bereich Endodontie bei der Aufklärung und Dokumentation zu beachten ist.

Einleitung

Die Ausübung des ärztlichen Berufes im Allgemeinen und der Endodontie im Besonderen ist durch eine Risikoaffinität in der Relation von Behandlungsdurchführung und Behandlungserfolg im Hinblick auf Komplikationen, Auswirkungen und Folgen oder gar einen Misserfolg aller Bemühungen charakterisiert². Während sich der Blick des Arztes dabei hauptsächlich auf die fachlichen Aspekte der Anamnese, Befunderhebung, Diagnostik und dann die jeweils erforderlichen einzelnen Therapieschritte aus der jeweiligen Situation („ex ante“) konzentriert, wird der Jurist naturgemäß „ex post“ mit der Behandlung konfrontiert und richtet sein Hauptaugenmerk auf Fragen der Haftung und der Abrechnung.

Der ärztliche und somit auch der zahnärztliche Behandlungsvertrag wird in § 630b BGB als Dienstvertrag

ENDODONTIE

Copyright by
not for publication



Gabriel Tulus
Dr. medic. stom. (RO)

Spezialist für Endodontie (DGZ)
Lindenstraße 33B
41747 Viersen
E-Mail: grtulus@t-online.de
Internet: www.dente.de

Frank Heckenbücker

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Hohenzollernring 37
50672 Köln
E-Mail: fh@d-u-mr.de
Internet: www.dental-und-medizinrecht.de



definiert. Hieraus schuldet der Arzt die Dienstleistung einer sorgfältigen, fachgerechten Behandlung nach dem Stand von Wissenschaft und Technik („lege artis“), nicht aber den Behandlungs- oder Heilerfolg. Der Begriff „lege artis“ definiert jedoch keine bestimmte Behandlungsqualität, sondern setzt lediglich einen Mindeststandard, der den Behandler vor straf- und zivilrechtlicher Haftung schützt. Aus Sicht des Juristen wird die geschuldete Qualität als Facharztstandard bezeichnet (das von einem durchschnittlich befähigten Arzt verlangte Maß an Kenntnis und Können⁸). Dieser Standard ist durch sachverständige medizinische Würdigung für jeden Einzelfall zu definieren (Bundesgerichtshof [BGH], Beschluss vom 28.03.2008, Az. VI ZR 57/07). Da dem Juristen die Fachkenntnisse hierzu fehlen, bedient er sich zur Beantwortung der Frage, ob der Facharztstandard eingehalten wurde, der Hilfe des medizinischen Sachverständigen. Dieser wiederum definiert die Lege-artis-Behandlung, denn nur sie erfüllt den Standard nach den Maßgaben des jeweiligen Fachgebietes.

Lehrbüchern ist zu entnehmen, wie eine Idealbehandlung oder die „bestmögliche“ Behandlung durchzuführen sei, nicht aber, was im Sinne des Fachgebietes noch als akzeptabel anzusehen ist. In der medizinischen Ausbildung liegt es im Ermessen der Hochschullehrer, die Studierenden vor allem bei praktischen Übungen zu benoten, zu beurteilen und dabei zu definieren, was noch als akzeptabel anzusehen ist. Hiernach reicht eine Leistung, die der Schulnote Vier entspricht, zum Bestehen von Prüfungen und Examina aus. In gleicher Weise obliegt es dem Sachverständigen festzustellen, ob eine Behandlung noch ausreichend ist und somit als „lege artis“ dem Standard entspricht.

Die (Zahn-)Medizin und implizit die Endodontologie werden seitens der begutachtenden (Zahn-)Ärzte und damit in der Folge von den Juristen, die ihre Entscheidung auf Basis der Sachverständigengutachten treffen, häufig unterschiedlich betrachtet. Rechtliche Auseinandersetzungen im Bereich der Endodontie beschäftigen sich im Wesentlichen mit Fragen der Haftung und der Abrechnung. Die Rechtsprechung, die zu

endodontischen Aspekten ergangen ist, muss vor allem im Hinblick auf Haftungsfragen als relativ alt angesehen werden, denn sie geht teilweise auf Entscheidungen vom Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts zurück. Soweit es sich um grundlegende Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht insbesondere hinsichtlich Alternativen handelt, ist diese Rechtsprechung sicherlich auch heute noch relevant. Allerdings gilt es zu beachten, dass seit Ende der 1980er Jahre die Entwicklung in der Endodontologie zügig vorangeschritten ist und daher Aussagen, die in den Urteilen auf Basis der damaligen Sachverständigengutachten getroffen worden sind, heute nicht mehr unbedingt als richtig angesehen werden müssen.

Die gerichtlichen Entscheidungen zu Haftungsfragen basieren regelmäßig auf Feststellungen, die der Gutachter im Hinblick auf den zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung bestehenden zahnmedizinischen Standard trifft. Der Begriff des „zahnmedizinischen Standards“ lässt sich nicht mathematisch definieren, sondern muss für den jeweils zu entscheidenden Fall sorgfältig ermittelt werden. Hierbei ist verständlich, dass das, was als zahnmedizinischer Standard angesehen wird, sehr stark vom persönlichen Kenntnis- und Erfahrungshorizont des Gutachters abhängt. Es fällt auf, dass Sachverständige – sei es im Bereich der Haftung oder auch der Abrechnung – bezüglich der Endodontologie oft nur einen persönlichen Erfahrungsschatz haben, der viele spezialisierte Ausführungen endodontischer Leistungen nicht erfasst. Als Beispiel sei auf die Homepage der Bayerischen Landeszahnärztekammer verwiesen. Dort werden insgesamt 74 Kammergutachter aufgelistet, davon 37 auch für Endodontie¹. Alle aufgeführten Gutachter decken ein mehr oder weniger großes Spektrum der Zahnheilkunde ab, etwa „Konservierende Zahnheilkunde, Endodontie und Parodontologie, Prothetik, Chirurgie, Implantologie, implantatgetragene Prothetik“. In der o. g. Liste taucht jedoch kein auf die Endodontie spezialisierter Gutachter auf. Ebenfalls findet sich unter den Gutachtern keiner, der anerkannter „Spezialist für Endodontie“ der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) bzw. der Deutschen Gesellschaft für

Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie (DGET) ist³.

Viele Endodontologen werden immer wieder mit Behandlungssituationen und Fragestellungen konfrontiert, die zur Beantwortung eine fundierte und aufwendige wissenschaftliche Auseinandersetzung erforderlich machen. Eine adäquate Beantwortung der Fragen erscheint häufig kaum möglich, ohne dass umfassende Kenntnisse aus der Spezialisierung vorliegen. Provokativ kann formuliert werden: Fachliche Omnipotenz ist vielleicht möglich – fragt sich nur, auf welchem Niveau! Bedenklich erscheint hierbei, dass die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Endodontologie von den Sachverständigen zwar erkannt werden, diese dann jedoch häufig zu dem Ergebnis kommen, dass selbst Maßnahmen, die seit vielen Jahren Gegenstand der universitären Ausbildung sind, nicht den Standard der „Durchschnittspraxis“ repräsentieren.

Unzweifelhaft ist im Hinblick auf die Beurteilung der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, sicherlich zu klären, inwieweit bestimmte therapeutische Maßnahmen tatsächlich schon Standard in der Praxis des niedergelassenen Zahnarztes sind. Am Beispiel der intraligamentäre Anästhesie hat das Oberlandesgerichts (OLG) Hamm in seinem Urteil vom 29.10.2010 (Az. 3 U 169/09) dargelegt, dass für das zahnärztliche Behandlungs- und damit auch Aufklärungsregime der medizinische Standard eines niedergelassenen Zahnarztes zugrunde gelegt werden muss. Das Gericht führte weiter aus, dass nicht feststellbar sei, dass der Beklagte im Jahr 2007 von dem jedenfalls an einigen Universitäten gelehrteten Stufenplan der Injektionstechnik Kenntnis haben und über die in diesem Stufenplan entwickelten Anästhesiemethoden aufklären musste.

Daraus könnte man vor dem Hintergrund der beruflichen Fortbildungspflicht des Zahnarztes Folgendes ableiten: Je mehr eine spezielle oder innovative Technik bzw. Methode Gegenstand des universitären Alltags und der Lehre wird, desto eher kann die Kenntnis über neue Methoden auch in der niedergelassenen Praxis verlangt werden. Hierbei sollte eigentlich selbstverständlich sein, dass ein Zahnarzt zwar aufgrund seiner Approbation prinzipiell alle zahnärztlichen Leis-

tungen erbringen darf, dass er seine Patienten aber auf spezialisierte Verfahren, die nicht ins Spektrum seiner Praxis gehören, hinweisen und ggf. an entsprechend spezialisierte Kollegen überweisen muss. Diese Selbstverständlichkeit erhält durch die haftungsrechtliche Rechtsprechung eine besondere Bedeutung. So hat das Landgericht (LG) Dessau in seinem Urteil vom 08.10.2013 (Az. 4 O 662/11) deutlich gemacht, dass über die Möglichkeiten in einer spezialisierten Praxis aufzuklären ist, wenn sich ein komplizierter Behandlungsverlauf absehen lässt. Erfolgt ein solcher Hinweis nicht, ist die Behandlung mangels ordnungsgemäßer Aufklärung mit allen haftungsrechtlichen Folgen als rechtswidrig zu qualifizieren.

Aufklärung über die Möglichkeit des Zahnerhalts

Wendet man sich dem Themenfeld Aufklärung zu, so stellt man fest, dass einige grundsätzliche Entscheidungen hierzu bereits vor über 25 Jahren getroffen worden sind, aber nach wie vor Geltung haben. Hierzu gehört, dass die Erhaltung eines Zahnes immer Vorrang vor einer Extraktion hat. Dies ist Gegenstand einer Vielzahl von Entscheidungen, wobei hier nur auf eine Auswahl der obergerichtlichen Rechtsprechung hingewiesen sei: OLG Düsseldorf (Urteil vom 30.06.1988, Az. 8 U 213/86); OLG Düsseldorf (Urteil vom 19.02.1989, Az. 8 U 158/87); OLG Stuttgart (Urteil vom 12.09.1996, Az. 14 U 1/96); OLG Jena (Urteil vom 14.05.1997, Az. 4 U 1271/96).

Auch die umgekehrte Frage, nämlich inwieweit neben der Wurzelkanalbehandlung auf die Möglichkeit der Extraktion des betroffenen Zahnes hingewiesen werden muss, ist Gegenstand der Rechtsprechung geworden. Hierzu hat das OLG Koblenz in seiner Entscheidung vom 23.09.2015 (Az. 5 U 603/15) Folgendes ausgeführt: „Eine darüber hinausgehende Aufklärung über Behandlungsalternativen war nicht geboten. Eine entsprechende Verpflichtung besteht nur dann, wenn für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, die zu jeweils unterschiedlichen Belastungen für den Patienten führen und unterschiedliche Risiken/Erfolgs-



chancen bieten. Im Gegensatz zu einer Zahnextraktion, bei der über eine Wurzelkanalbehandlung aufzuklären ist, besteht im umgekehrten Fall keine Aufklärungspflicht. Die Zahnextraktion stellt gegenüber einer Wurzelkanalbehandlung keine Alternative dar. Die Wurzelkanalbehandlung ist auf die Erhaltung des Zahns ausgerichtet. Sie soll die Extraktion vermeiden. Eine Aufklärungspflicht besteht daher nur dann, wenn die Prognose für den Erfolg der Wurzelkanalbehandlung schlecht ist und mit einer Zahnerhaltung nicht in belastbarer Weise gerechnet werden kann.“ Insoweit greift das OLG Koblenz auf die Rechtsprechung des OLG Stuttgart zurück (Urteil vom 12.09.1996, Az. 14 U 1/96), welches zum selben Ergebnis gelangte.

Aufklärung über Indikation/ Indikationsstellung und Alternative einer Wurzelspitzenresektion

Nicht nur vor der Extraktion eines Zahnes ist der Patient auf mögliche Behandlungsalternativen hinzuweisen, sondern auch vor einer Wurzelspitzenresektion (WSR), denn der Zahnarzt muss im Vorfeld einer bestimmten Therapie natürlich über eine realistische Behandlungsalternative informieren. So hat er vor einer WSR über die Möglichkeit einer konservativen Behandlung durch Aufbohren des betroffenen Zahnes und anschließende Wurzelkanalbehandlung (fachliche Bezeichnung: Revision einer Primärbehandlung) aufzuklären, denn sie stellt eine konkrete und echte Behandlungsalternative mit gleichwertigen Chancen, aber andersartigen Risiken dar (OLG Koblenz, Urteil vom 04.04.2000, Az. 1 U 1295/98).

Juristisch kann es im Hinblick auf den haftungsrechtlichen Fehlerbegriff keinen Unterschied des zahnmedizinischen Standards zwischen gesetzlich und privat versicherten Patienten geben. Besteht ein Widerspruch zwischen den Vorgaben der vertragszahnärztlichen Versorgung, die aufgrund der Kriterien des § 12 SGB V („ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich, notwendig“) gewissen Beschränkungen unterliegt, und Erfolg versprechenden Behandlungsalternativen, die nicht Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sind, so ist der Patient umfassend

darüber aufzuklären. Dies wird bei der Behandlungsentscheidung „orthograde Revision versus WSR“ besonders deutlich. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gilt: „Für die Therapie von Zähnen mit Wurzelkanalfüllungen und apikaler Veränderung sind primär chirurgische Maßnahmen angezeigt.“⁴

Folglich ist bei gesetzlich versicherten Patienten die übliche Therapie nach nicht erfolgreicher endodontischer Behandlung die Durchführung einer WSR. Aus der in den KZBV-Jahrbüchern veröffentlichten Statistik der Behandlungshäufigkeit im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich ein fast unverändertes Verhältnis (Unterschied unter 1 %) von etwa einer resezierten Wurzelspitze pro zehn Wurzelkanalfüllungen in den letzten Jahren (2005 ca. 738.000 resezierte Wurzelspitzen bei ca. 7.250.000 Wurzelkanalfüllungen; 2013 ca. 670.000 resezierte Wurzelspitzen bei ca. 7.250.000 Wurzelkanalfüllungen)⁵. Nach dem heutigen wissenschaftlichen Standard, der in Lehrbüchern, Stellungnahmen und Leitlinien der Fachgesellschaften seinen Niederschlag findet, ist die Indikation zur WSR aber erst dann gegeben, wenn alle orthograden Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind⁶. Dies steht im offenen Gegensatz zu den Richtlinien des BEMA. Und die Praxis zeigt, dass diese Empfehlungen nicht wirklich befolgt werden. Zwei in Deutschland durchgeführte Studien über orthograde Revisionen nach nicht erfolgreicher WSR zeigen Erfolgsquoten von 87 bzw. 69,5 %^{7,9}. Daraus resultiert, dass mindestens in den als erfolgreich bewerteten Fällen die Indikation zum primär chirurgischen Eingriff aus wissenschaftlicher Sicht fragwürdig war.

Wenn der Patient insoweit nicht vollständig aufgeklärt wurde und sich auf der Basis der ihm vermittelten Kenntnisse für eine WSR entschieden hat, trägt der Zahnarzt, der diese Aufklärung unterlassen hat, auch haftungsrechtliche Verantwortung. So hat das Amtsgericht (AG) Hamburg (Az. 319b C 348/93) entschieden, dass die Überweisung einer Patientin zur WSR eines schmerzenden Zahnes ohne den Versuch einer orthograden Wurzelkanalbehandlung fehlerhaft ist. Die WSR stelle in diesem Fall einen rechtswidrigen Eingriff in die körperliche Integrität der Patientin dar, weil sie

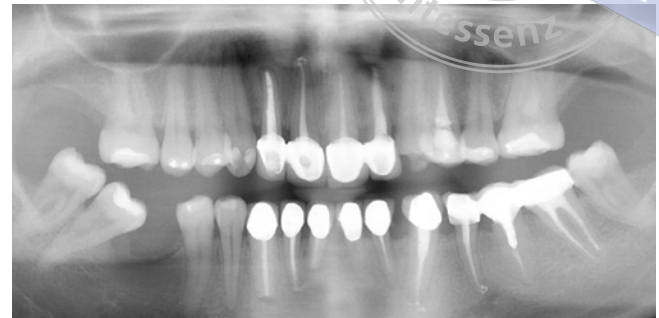


Abb. 1a Multiple, teilweise symptomatische apikale Parodontitiden nach nicht erfolgreichen orthograden primären endodontischen Behandlungen und zwei misslungenen WSR

Abb. 1b Zustand nach Durchführung notwendiger orthograde endodontischer Revisionen bei der Patientin

nicht medizinisch indiziert war und die Patientin nicht zutreffend über die Möglichkeit und Notwendigkeit einer orthograden Wurzelkanalbehandlung aufgeklärt worden sei, so dass es an einer wirksamen Einwilligung ihrerseits fehlte. Der überweisende Zahnarzt ist hierfür auch dann verantwortlich, wenn der Kieferchirurg den nicht indizierten Eingriff durchführt („Der pflichtwidrige Verursachungsanteil wirkt fort“, „ein möglicherweise gegebenes weiteres Fehlverhalten eines anderen Arztes ... vermag den in Gang gesetzten Kausalverlauf nicht zu unterbrechen“).

In einem anderen, etwas komplexeren Streitfall, der vor dem LG Düsseldorf verhandelt wurde (Urteil vom 20.03.2014, Az. 3 O 285/11), hatte die Patientin 2011 bemängelt, dass die in den Jahren 1996 (Zähne 16 und 17) und 2004 (Zahn 14) vorgenommenen Wurzelkanalbehandlungen mangelhaft gewesen seien. Auch die nach Überweisung vom Hauszahnarzt beim Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen erfolgten WSR hätten nicht zur Beschwerdefreiheit geführt. Diese sei an besagten Zähnen erst nach den orthograden Revisionen im Jahr 2011 eingetreten. Nach Erstellung eines Gutachtens und Befragung der Nachbehandler kam das Gericht zu dem Schluss, dass Behandlungsfehler des Erstbehandlers vorlagen. Hinsichtlich der durchgeführten WSR wurde eine falsche Indikationsstellung zu lasten des Erstbehandlers festgestellt. Der im Rahmen der Verhandlung befragte Chirurg konnte für das Gericht nachvollziehbar erläutern, dass er die Eingriffe im

Glauben vorgenommen habe, dass alle orthograden endodontischen Möglichkeiten erschöpft wurden. Der Sachverständige hatte betont, dass der nicht eingetretene Erfolg nach WSR nicht auf eine mangelhafte Durchführung der Operationen zurückzuführen sei, sondern auf die falsch gestellte Indikation und die mangelhaften primären Wurzelkanalbehandlungen. Nach Auffassung des Sachverständigen, der das Gericht folgte, wären orthograde Revisionen statt der WSR indiziert gewesen. Der Erstbehandler wurde verurteilt, der Patientin die Kosten der Nachbehandlungen zu erstatten und zusätzlich ein Schmerzensgeld (5.000 EUR) zu zahlen.

Beispielhaft ist auch ein Fall, in dem ein Zahnarzt eine Überweisung zur Durchführung von 14 WSR ausgestellt hat (Abb. 1a). Diese Therapie steht im Einklang mit den oben zitierten BEMA-Richtlinien, allerdings nicht mit der von mehreren wissenschaftlichen Gesellschaften, Berufsverbänden und Fachgruppen erstellten Leitlinie zur Durchführung der WSR⁶. Der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg hat im Rahmen der Aufklärung auf die schonendere und lehrmeinungskonforme Therapie der orthograden Revision verwiesen. Somit wurden die erforderlichen orthograden Revisionen erfolgreich vorgenommen (Abb. 1b). Wäre die WSR ohne eine umfassende Aufklärung der Patientin über die Alternative durchgeführt worden, hätte sich für den überweisenden Zahnarzt möglicherweise ein haftungsrechtliches Fiasko ergeben.

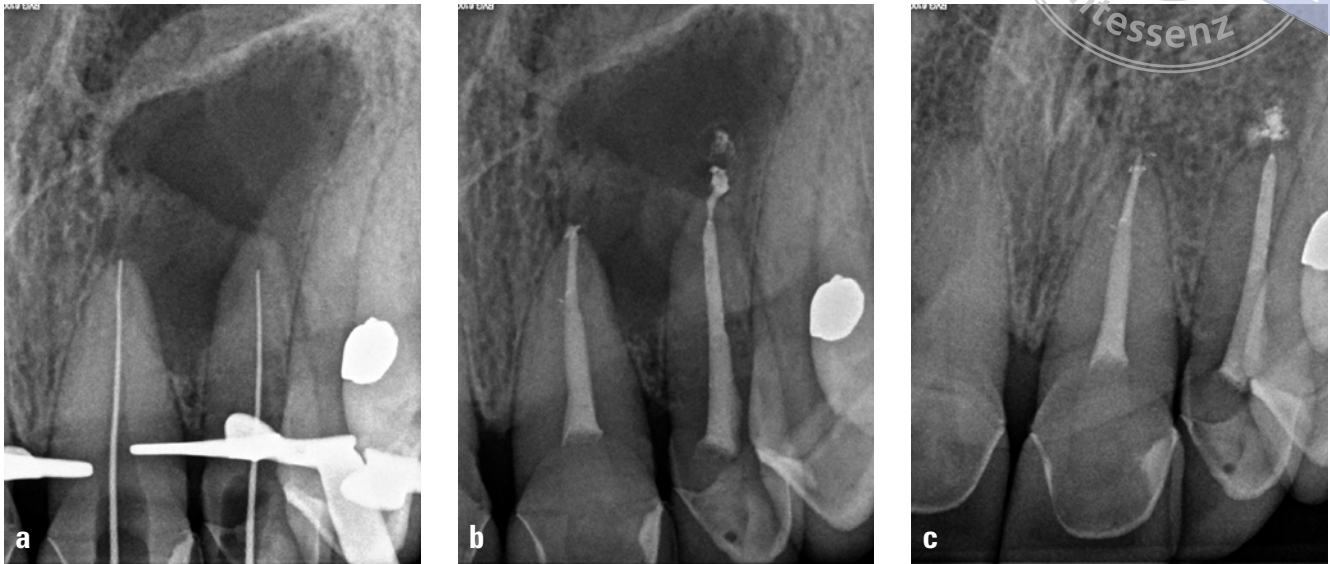


Abb. 2a bis c Röntgenologisch vollständige Heilung ausgedehnter apikaler Läsionen 5 Jahre nach orthograden endodontischen Behandlungen der Zähne 21 und 22

Der oben beschriebene Fall zeigt sicher keine alltägliche Situation. Jedoch werden bei avitalen Zähnen mit oder ohne Zeichen einer vorangegangenen endodontischen Behandlung immer wieder Überweisungen zur Durchführung von WSR ausgestellt, weil röntgenologisch apikale Aufhellungen mit einem Durchmesser von über 4 oder 5 mm erkennbar sind. Auch in solchen Fällen ist primär keine WSR erforderlich, denn aus der Auswertung der Röntgenaufnahme allein kann keinesfalls die Schlussfolgerung gezogen werden, dass echte Zysten vorliegen und es durch orthograde endodontische Behandlungen nicht zu einer knöchernen Regeneration des periapikalen Bereichs kommen könnte. Die in den Abbildungen 2a bis c und 3a bis d dargestellten Fälle belegen, dass allein die röntgenologisch sichtbare Größe einer Aufhellung keine Indikation zur WSR rechtfertigt.

Umfang der Aufklärung und Dokumentation

Nicht nur über Risiken einer Therapie ist aufzuklären, sondern auch über mögliche negative Folgen bei der Ablehnung einer indizierten Behandlung („informed

refusal“). Was den Umfang der Aufklärung angeht, erscheinen einige Gerichtsbeschlüsse auf den ersten Blick extrem weitreichend. Eine Entscheidung des LG Mönchengladbach (Urteil vom 07.01.2015, Az. 4S 74/14) ist bei der ersten Lektüre geeignet, bei Zahnärzten den Eindruck zu erwecken, hier würden seitens der Richter völlig überzogene Anforderungen an die Aufklärung gestellt. Das Gericht vertrat die Auffassung, dass der Zahnarzt seine vertraglichen Pflichten verletzt habe, da er die Patientin nicht hinreichend auf die Folgen des Unterlassens der gebotenen zahnmedizinischen Therapie in Form einer Wurzelkanalbehandlung aufgeklärt habe. Wie aus dem Urteil hervorgeht, wurde in der Dokumentation wohl nur auf das Erfordernis der Durchführung einer Trepanation durch die Brücke hingewiesen und eine solche empfohlen. Zugleich hatte der Zahnarzt dokumentiert, dass die Patientin noch zuwarten wolle.

Das LG war der Auffassung, dass diese dokumentierte Form der Aufklärung nicht die Anforderungen an eine ordnungsgemäße Aufklärung erfüllt. Der Dokumentation sei nicht zu entnehmen, ob sich die Klägerin ein ausreichendes Bild davon machen konnte, was die Konsequenz ihrer Entscheidung war, von einer Be-

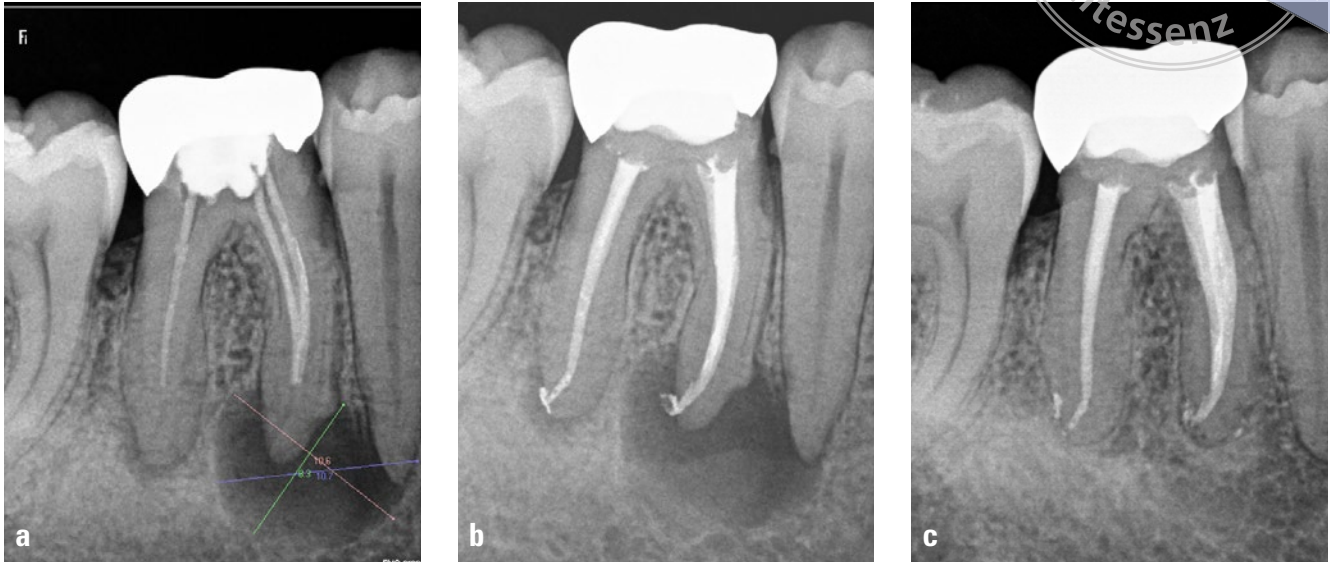


Abb. 3a bis c Zahn 46. Parodontitis apicalis chronica bei vorhandener, röntgenologisch insuffizient aussehender Wurzelkanalfüllung mit periapikalen Aufhellungen eines Durchmessers von ca. 4 mm distal und ca. 11 mm mesial. 5 Jahre nach orthograde Revision ist röntgenologisch eine vollständige Heilung erkennbar



Abb. 3d Ausschnitt einer DVT-Aufnahme des Zahnes 46, welcher die vollständige Heilung der ehemaligen Läsion nachweist

handlung abzusehen. Weiter stellte das Gericht fest, dass weder die Vernehmung der Mitarbeiterin noch die persönliche Anhörung der Zahnärztin ergeben hätten, dass der Patientin die Risiken und Folgen einer unterbleibenden Wurzelkanalbehandlung vor Augen geführt wurden, was für eine ordnungsgemäße Aufklärung erforderlich ist. Erst nachdem also weder die Dokumentation einen Hinweis auf die Risikoaufklärung enthielt, noch die Vernehmung der Mitarbeiterin

und die Anhörung der Zahnärztin ergaben, dass eine Risikoaufklärung erfolgt ist, kam das Landgericht hier zur Feststellung eines Schadenersatzanspruchs der Patientin.

Vor dem Hintergrund, dass die durchschnittlichen Betriebskosten einer Zahnarztpraxis etwa 250 EUR pro Stunde betragen und eine Beratung einschließlich Dokumentation mit ca. 10 EUR vergütet wird (8,70 EUR BEMA und 10,72 EUR GOÄ beim 2,3-fachen Satz), was



einem zeitlichen Aufwand von etwa 2 bis 3 Minuten entspricht, sollte es im Interesse des Zahnarztes sein, für die Aufklärung standardisierte Verfahren zu entwickeln. Hilfreich sind z. B. Aufklärungsbögen, die nur noch mit dem Patienten besprochen werden müssen. Sinnvoll ist ferner die Festlegung von Aufklärungsroutinen im Rahmen des Qualitätsmanagements, welche dann beispielsweise lediglich mit Kürzeln in der Behandlungsdokumentation vermerkt werden, sobald die Aufklärung durchgeführt worden ist.

Wie wichtig die richtige Dokumentation und auch standardisierte Verfahrensanweisungen in haftungsrechtlichen Verfahren sind, wird durch eine Entscheidung des OLG Koblenz (Urteil vom 23.09.2015, Az. 5 U 603/15) deutlich, das zum genau entgegengesetzten Ergebnis wie das LG Mönchengladbach gelangte. In dem Verfahren ging es ebenfalls um eine Wurzelkanalbehandlung, zu welcher der Zahnarzt Folgendes dokumentiert

hatte: „Über Nachteile aufgeklärt.“ Nach erfolgter Anhörung des Zahnarztes und vor dem Hintergrund, dass das Aufklärungsprozedere für die Risikoaufklärung zur Wurzelkanalbehandlung im Qualitätsmanagement der Praxis festgelegt war, kam das Gericht hier zu dem Ergebnis, dass kein Zweifel an einer ausreichenden und ordnungsgemäßen Aufklärung bestehe.

Danksagung

Spezieller Dank gilt Dipl.-Stom. *Michael Arnold*, Dresden, Dr. *Christian Friedrichs*, Kiel, Dr. *Gerd Mayerhöfer*, Düsseldorf, Dr. *Christian Rusch*, Kaarst, Dr. *Thomas Weber*, Krumbach, und Dr. *Susanna Zentai*, Köln, für ihre Unterstützung, Hilfe bei der Urteils- und Literatursuche sowie anregende, aufbauende und weiterführende Diskussionen über dieses komplexe Thema.

Literatur

1. Bayerische Landes Zahnärztekammer: Gutachter der Bayerischen Landes Zahnärztekammer 2015. Internet: [www.blzk.de/blzk/site.nsf/gfx/gutachterliste_blzk.pdf/\\$file/gutachterliste_blzk.pdf](http://www.blzk.de/blzk/site.nsf/gfx/gutachterliste_blzk.pdf/$file/gutachterliste_blzk.pdf). Abruf: 03.03.2016.
2. Bock R-W. Ärztliche Behandlungsfehler aus der Sicht des Juristen. In: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. (Hrsg). *Arzt und Patient*. Freiburg: Herder, 2006:414-427.
3. Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie (DGET). *Spezialisten für Endodontologie DGET 2016*. Internet: www.dget.de/de/dget/behandlersuche/behandlersuche.htm. Abruf: 01.03.2016.
4. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). *Rundschreiben der KZBV – 2004*. Anlage 2.1 zum BEMA.
5. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). *Jahrbuch 2014*. Köln: KZBV, 2015.
6. Kunkel M, Allroggen S, Appel C et al. Leitlinie *Wurzelspitzenresektion*. *Endodontie 2007*;16:301-309.
7. Mente J, Leo M, Michel A, Gehrig H, Saure D, Pfefferle T. Outcome of orthograde retreatment after failed apicoectomy: use of a mineral trioxide aggregate apical plug. *J Endod 2015*;41:613-620.
8. Neu J. *Grundlagen der Arzthaftung, Standard, Leitlinien, Richtlinien, Behandlungsfehler*. *Saarländisches Ärzteblatt 2013*;66:8:11-14.
9. Tulus G, Ziegerahn A, Hülsmann M. Success rate of orthograde retreatment of teeth with persisting apical pathosis following apicoectomy: a retrospective study. Posterpräsentation. Barcelona: *Zweijahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Endodontologie (ESE)*, 2015.