

Die Rechtsprechung der OLGs und des Bundesgerichtshofs zur Thematik der Aufklärungspflicht des Zahnarztes bezüglich möglicher Nervschädigungen durch eine Leitungsanästhesie hat sich in der letzten Zeit weiterentwickelt. Noch vor einigen Jahren wurde vielfach entschieden, dass eine Risikoaufklärung bei einer anstehenden Leitungsanästhesie nicht notwendig sei, weil es angesichts der geringen Risikodichte einer Risikoaufklärung des Patienten nicht bedarf. Bereits 1996 (VersR 1996, 330, 331) hat jedoch der BGH festgestellt, dass für die ärztliche Hinweispflicht nicht ein bestimmter Grad der Risikodichte entscheidend ist, insbesondere nicht eine bestimmte Statistik. Maßgebend ist vielmehr, ob das betreffende Risiko dem Eingriff spezifisch anhaftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet. Das ist bei einer anstehenden Leitungsanästhesie (Anästhesie des N. alveolaris inferior) immer der Fall. Neu und von besonderer Bedeutung ist ein aktuelles Urteil des OLG Koblenz, in dem *expressis verbis* die Notwendigkeit der Anhörung des Patienten zu Alternativen des jeweiligen Eingriffs festgestellt wird – dies ist bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie von großer Relevanz.



Die Haftung des Zahnarztes nach Nervschädigung durch Leitungsanästhesie

Aktuelle Rechtsprechung

Die folgende Beschreibung des entschiedenen Falles zitiert weitgehend das Urteil 5 U 41/103 des 5. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Koblenz. Das OLG Koblenz hat am 29. April 2004 für Recht erkannt und die Revision nicht zugelassen, dass der beklagte Zahnarzt sämtliche materiellen und immateriellen Zukunftsschäden aus einer zahnärztlichen Behandlung vom 23. August 1999 zu ersetzen hat.

Der Beklagte wollte an diesem Tag beim Kläger die Füllung eines Backenzahnes erneuern. In Vorbereitung des Eingriffs sollte dem Kläger ein Betäubungsmittel gespritzt werden. Eine Aufklärung über die Risiken einer Leitungsanästhesie unterblieb. Beim Einstich oder der anschließenden Applikation des Betäubungsmittels kam es zu einer Beeinträchtigung des N. lingualis. In der Folgezeit stellten sich beim Kläger persistierende Beschwerden und Ausfälle im Bereich der Injektionsstelle und der rechten Zungenhälfte ein.

Dazu hat der Kläger vorgetragen, der Beklagte habe durch den Einstich (mit der Injektionsnadel) den N. lingualis dauerhaft geschädigt. Bei Aufklärung über dieses Risiko hätte er seine Einwilligung in die Injektion verweigert.

Die Richter schlossen sich nicht der Auffassung

des Beklagten an, dass eine Aufklärung wegen des äußerst geringen Risikos einer dauerhaften Nervschädigung entbehrlich gewesen sei und im Übrigen von einer hypothetischen Einwilligung des Patienten ausgegangen werden müsse.

Das OLG widersprach damit der Auffassung der Vorinstanz – des Landgerichts –, das die Klage mit der Begründung abgewiesen hatte, einer Aufklärung habe es nicht bedurft, da sich beim Kläger ein extrem seltenes Risiko verwirklicht habe und eine Aufklärung daher entbehrlich gewesen sei.

Dass ein Arzt den Patienten auch über seltene Risiken aufklären müsse, gelte erst recht, wenn dauerhaft verbleibende Beeinträchtigungen zu befürchten seien. In Kenntnis des Risikos hätte der Patient die Füllung des Backenzahnes ohne Anästhesie erneuern lassen. Dass auch bei früheren Behandlungen dem Kläger eine Leitungsanästhesie verabreicht worden sei, indiziere nicht seine hypothetische Einwilligung für eine neuerliche vergleichbare Injektion.

Da der zahnärztliche Eingriff vom 23. August 1999 zu einer fortbestehenden Körperschädigung des Klägers geführt hat und die gebotene Aufklärung über die Risiken der Leitungs-



Lothar Taubenheim, Medizinjournalist

Lokalanästhesie und Aufklärungspflicht

anästhesie unterblieben ist, war die ärztliche Maßnahme nicht von einer Einwilligung des Klägers gedeckt und daher rechtswidrig.

Der Einstich oder die Leitungsanästhesie, die der beklagte Zahnarzt in Vorbereitung der beabsichtigten Erneuerung der Füllung des Backenzahnes vorgenommen hat, führte zwar nicht zu einer Durchtrennung, jedoch zu einer erheblichen und dauerhaften Schädigung des N. lingualis des Klägers. Unstreitig zwischen den Parteien ist, dass der Kläger über das Risiko einer derartigen Schädigung nicht aufgeklärt wurde.

Das Gericht folgte nicht der Auffassung des Beklagten, dass es einer Aufklärung angesichts der geringen Risikodichte nicht bedurft habe. Über extrem seltene Risiken, die zudem nicht zu einer dauerhaften Schädigung des Patienten führen können, muss zwar nicht aufgeklärt werden, sind jedoch Dauerschäden zu befürchten, kann es im Rahmen der stets erforderlichen Grundaufklärung auch geboten sein, den Patienten über sehr seltene Risiken zu informieren, wenn sie bei ihrer Verwirklichung die Lebensführung schwer belasten und trotz ihrer Seltenheit für den Eingriff spezifisch und für den Laien überraschend sind (Stöhr KH, MedR 2004; 3: 156-160). Entscheidend für die ärztliche Hinweispflicht ist nicht ein bestimmter Grad der Risikodichte, insbesondere nicht eine bestimmte Statistik. Maßgebend ist vielmehr, ob das betreffende Risiko dem Eingriff spezifisch anhaftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet.

Grundsätzlich ist auch über äußerst seltene Risiken aufzuklären, wie für den Fall der Nervenläsion bei einer Leitungsanästhesie zur Schmerzausschaltung (OLG Hamm vom 8.10.1997 – 3 U 61/97 in AHRs 4800/124, in Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs). Da eine Schädigung oder gar Durchtrennung des N. lingualis je nach Alter, Beruf und sozialer Stellung des Patienten die Lebensführung erheblich beeinträchtigen kann, hält der Senat (des OLG Koblenz) eine Aufklärung über dieses äußerst seltene, jedoch schwerwiegende Risiko für unerlässlich.

Dass der Kläger bei vorhergehenden Zahnbehandlungen gegen die jeweils erfolgte Leitungsanästhesie keine Einwände erhoben

habe, ist nach Auffassung des erkennenden Senats nicht stichhaltig. Hat der Patient eine ärztliche Maßnahme wiederholt in Unkenntnis eines bestimmten Risikos vornehmen lassen, besteht bei ihm keinerlei Problembewusstsein, wenn das Risiko sich bei den jeweiligen Eingriffen nicht verwirklicht hat. Die Auffassung, das Einverständnis mit den früheren, folgenlosen Eingriffen indiziere die Einwilligung in die fehlgeschlagene Maßnahme, wäre nur dann tragfähig, wenn den früheren Betäubungen eine ordnungsgemäße Risikoaufklärung vorausgegangen wäre.

„Vor diesem Hintergrund ist in einer insbesondere die Schwere, Dringlichkeit und Alternativen des jeweiligen Eingriffs thematisierenden Anhörung des Patienten zu klären, ob er auch nach ordnungsgemäßer Aufklärung eingewilligt hätte.“

Der Kläger hat bei seiner Anhörung dem Senat plausibel machen können, dass er bei ordnungsgemäßer Aufklärung in einem Entscheidungskonflikt gestanden und sich gegen die Leitungsanästhesie – nicht unbedingt gegen eine Schmerzausschaltung – entschieden hätte. Das reicht aus, um eine hypothetische Einwilligung zu verneinen, denn der Beklagte behauptet nicht (= Umkehrschluss), den Kläger vor der zweiten Spritze auf die Gefahr einer dauerhaften Schädigung des N. lingualis durch den nunmehr anstehenden zweiten Einstich hingewiesen zu haben. Nur wenn der Kläger derart aufgeklärt dem zweiten Einstich zugestimmt hätte, käme die vom Beklagten behauptete hypothetische Einwilligung in Betracht.

Der ärztliche Eingriff war nicht von einer Einwilligung des Klägers gedeckt und damit rechtswidrig. Wegen der dauerhaft fortbestehenden Schädigung des N. lingualis schuldet der Beklagte dem Kläger daher ein Schmerzensgeld. Der eingetretene Schaden rechtfertigt ein Schmerzensgeld von 6.000 €. Dieses hält der Senat für angemessen. Als Verkaufsleiter eines mittelständischen Unternehmens muss der Kläger oft ausgedehnte Kundengespräche führen. Die Gefühlsstörung der rechten Zungen- und Mundhöhlenhälfte mit Mundtrockenheit empfindet er dabei als erhebliche Beeinträchtigung. Auch bei sonstigen Gesprächen stört die irreparable Schädigung des rechten N. lingualis.

Andererseits stellte das Gericht fest, dass den Beklagten kein schwerwiegendes Verschulden trifft.

Schlussfolgerungen für die Praxis

Das letztinstanzliche Urteil des OLG Koblenz bedeutet für den praktizierenden Zahnarzt, dass er den Patienten nicht nur über die beabsichtigten Maßnahmen und ggf. über die Risiken einer Leitungsanästhesie aufklären muss, sondern auch über die „Alternativen des jeweiligen Eingriffs“. Dies ist problematisch, wenn der medizinisch-wissenschaftliche Kenntnisstand sich in den letzten Jahren in einem Teilbereich signifikant weiterentwickelt hat, was auf die zahnärztliche Lokalanästhesie zutrifft. Noch vor 10 Jahren waren die Alternativen zur Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior die Intubationsnarkose (Allgemeinnarkose), eine Plexusanästhesie oder Behandlung ohne Betäubung. Fallweise konnte noch eine Hypnoanästhesie in Betracht gezogen werden. Die intraligamentale Terminal-Anästhesie, auch intraligamentäre Anästhesie genannt, wurde als eine Lokalanästhesie-Variante betrachtet, die keine Alternative zur Leitungsanästhesie und auch nicht systematischer Bestandteil der Lehre war.

Mit dem medizintechnischen Fortschritt und den wissenschaftlichen Erkenntnissen der letzten 5 Jahre hat sich – speziell bei der Thematik der intraligamentären Anästhesie – eine Alternative zur Leitungsanästhesie positioniert, die in einer Vielzahl von Publikationen beschrieben und dargestellt wird und die heute zum Stand der Zahnheilkunde zu zählen ist.

Die Mitarbeiter um Benz in München (2001), Glockmann in Jena (2002, 2003, 2005) und Zugal in Brixlegg (2000, 2001, 2005) haben seit dem Jahr 2000 zahlreiche Studien zur intraligamentären Anästhesie vor allem im Vergleich mit den konventionellen Methoden der Lokalanästhesie, das heißt Infiltrations- und Leitungsanästhesie, durchgeführt und die

Ergebnisse veröffentlicht. Übereinstimmend kommen alle Autoren zu der Schlussfolgerung, dass die Ergebnisse des Vergleichs der drei Methoden der zahnmedizinischen Lokalanästhesie eine eindeutige Überlegenheit der ILA (intraligamentäre Anästhesie) bei Verwendung von Dosierrad-Spritzen, z. B. dem SoftJect-Injektionssystem, über die konventionellen Methoden der Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie zeigen.

Bereits 1994 machen Heizmann und Gabka in ihrer Abwägung von Nutzen und Grenzen der intraligamentären Anästhesie auch eine Risikoabwägung zwischen der Anästhesie des N. alveolaris inferior und der intraligamentären Anästhesie (ILA), die im Standardwerk „Die intraligamentäre Anästhesie“ von Glockmann und Taubenheim aktualisiert wird (s. Tabelle 1). Die aktuellsten Studien von Weber (2005) bestätigen die Angaben aus dem Jahr 2002.

Für den praktizierenden Zahnarzt bedeute das, die „Alternative des jeweiligen Eingriffs“, hier: die intraligamentale Injektion von Lokalanästhetikum vor der indizierten Behandlung, dem praktizierten Repertoire der Schmerzausschaltung hinzuzufügen.

Lothar Taubenheim

Risikoabwägung Leitungsanästhesie und ILA

(Glockmann und Taubenheim, Die intraligamentäre Anästhesie, Thieme-Verlag 2002)

Risikoabwägung	Anästhesie des N. alveolaris inferior	Intraligamentäre Anästhesie (ILA)
Injektion unter Sichtkontrolle	nein	ja
durchschnittliche Injektionsmenge <small>DIRNBACHER 2002</small>	1,84 ml	0,43 ml
direkte intravasale Injektionen	11 - 20%	nicht möglich
Taubheit von Lippe, Wange und Zunge	3 Stunden und länger	keine
partielle Anästhesieversager	bis 20%	ca. 3 - 7%
Risiko von Nervenläsionen	N. mandibularis inferior N. lingualis	nein
Weichteilhämatome bei z. B. Hämophilie oder Gabe von Antikoagulanzen	hohes Risiko	nein
Injektionslatenzzeit	3 Minuten und länger	kurz, 30 sec
psychische Beeinträchtigung des Patienten	z. T. beträchtlich	gering
Auftreten einer Bakteriämie	kaum	möglich ¹⁾

1) ohne Desinfektion: 60 - 70 %, mit Desinfektion: 30 %. Beachte: die auszuführenden Behandlungen geben selbst häufig Anlass zu Bakteriämien.

Literatur

Die Haftung des Zahnarztes nach Nervschädigung durch Leitungsanästhesie

Dirnbacher, T.:

ILA vs. Leitungs- und Infiltrationsanästhesie in der Praxis. Diss, Jena, 2002.

Dirnbacher, T., Taubenheim, L., Will, J.:

Differential-Diagnose unklarer pulpitischer Beschwerden.

Wehrmed Mschr 2002; 46 Heft 2-3: 56-57.

Dirnbacher, T., Glockmann, E., Taubenheim, L.:

Welche Anästhesie ist die richtige.

Zahnärztl Mitt, 2003; 23: 44-51.

Dirnbacher, T.:

Schmerzausschaltung – sind Leitungs- und Infiltrationsanästhesie noch vertretbar?

Wehrmed Wehrpharm, 2003; 2: 90-95.

Glockmann, E., Taubenheim, L.:

Die intraligamentäre Anästhesie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2002.

Glockmann, E., Dirnbacher, T., Taubenheim, L.:

Die intraligamentäre Anästhesie – Alternative zur konventionellen Lokalanästhesie?

Quintessenz, 2005; 56, 3: 207-216.

Heizmann, R.:

Die intraligamentale zahnärztliche Lokalanästhesie im Vergleich zu den üblichen Anästhesieformen bei der Zahnextraktion.

Diss, Freie Universität Berlin, 1987.

Heizmann, R., Gabka, J.:

Nutzen und Grenzen der intraligamentären Anaesthesia. Zahnärztl Mitt, 1994; 84: 46-50.

Marshall, M.:

Die intraligamentäre Anästhesie mit dem SoftJect zur Ermittlung der Praxistauglichkeit. Diss, München, 2001.

Stöhr, KH.:

Aufklärungspflichten in der Zahnheilkunde. MedR, 2004; 3: 156-160.

Taubenheim, L.:

Statusbericht: Intraligamentale Terminalanästhesie. ZWR, 2005; 9: 4004-413

Tobien, V., Schulz, D.:

Veränderte intradesmodontale Injektion. ZMK, 2000; 16: 332-333.

Weber, M.:

Reduzierung der unerwünschten Nebeneffekte bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie unter besonderer Berücksichtigung der Erfordernisse für endodontische Maßnahmen.

Diss, Jena, 2005.

Zugal, W.: Die intraligamentäre Anästhesie in der zahnärztlichen Praxis.

Zahnärztl Mitt, 2001; 91: 46-52.

Zugal, W., Taubenheim, L., Schulz, D.:

Triade des Anästhesie-Erfolgs: Instrumente – Anästhetika – Methoden-Beherrschung.

Z Stomatol, 2005; 102.1: 9-14.

Autor

Lothar Taubenheim

Am Thieleshof 24

40699 Erkrath

E-Mail: Lothar.Taubenheim@t-online.de