



Claudia Wieprecht-Jäckel

Keine Haftung bei unabsichtlicher Injektion von Natriumhypochlorit in periapikales Gewebe



Claudia Wieprecht-Jäckel

Fachanwältin für
Medizinrecht
Kantstraße 149
10623 Berlin
Anwaltskanzlei Ratajczak &
Partner, Berlin/Essen/
Freiburg/Jena/Meißen/
München/Sindelfingen
E-Mail: berlin@rped.de,
Internet: www.rped.de

Das Landgericht (LG) Berlin hatte sich mit der Frage auseinanderzusetzen, ob die getroffenen Maßnahmen eines Zahnarztes nach einem bei der Wurzelkanalspülung mit Natriumhypochlorit aufgetretenen iatrogenen Zwischenfall ausreichend waren und das Verhalten des Zahnarztes dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik entsprach. Mit inzwischen rechtskräftigem Urteil vom 21.12.2011 (Az. 36 O 200/09) lehnte das LG die geltend gemachten Ansprüche der Patientin auf Schadenersatz, Schmerzensgeld und Feststellung der Ersatzpflicht für zukünftige Schäden ab.

■ Der Fall

Die Patientin befand sich vom Sommer 2006 bis Mitte November 2006 in Behandlung des beklagten Zahnarztes. Sie beabsichtigte, ihre 6 Jahre alten Veneers an den Zähnen 12 bis 22 zu erneuern, da diese stark nachgedunkelt waren und es häufiger zu Abplatzungen sowie Frakturen gekommen war. Nach eingehender Untersuchung und der Erstellung einer Röntgenaufnahme des Zahnes 12 empfahl der beklagte Zahnarzt statt der Erneuerung der Veneers die Anfertigung von vollkeramischen Kronen und wies darauf hin, dass zuvor an Zahn 12 eine Revision der Wurzelkanalfüllung medizinisch notwendig sei. Der Zahnarzt nahm in der Folge am 11.09.2006 eine Trepanation der Pulpa vor und versuchte, die alte Wurzelkanalfüllung zu entfernen, was jedoch nicht vollständig gelang. Die Behandlung wurde daraufhin am 16.09.2006 fortgesetzt. Nach mehreren Versuchen glückte es dem Zahnarzt, den Wurzelkanal vollständig zu öffnen. Er fertigte eine Röntgenmessauf-

nahme zur Kontrolle der bereits zuvor am 11.09.2006 mit Hilfe eines Silberstiftes und einer Röntgenmessaufnahme bestimmten Länge des Zahnes. Im Anschluss hieran führte er eine Spülung mit Natriumhypochloritlösung durch, wobei er einen 19 mm langen Gutta-perchastift auswählte und einen Gummistopper bei der Länge von 18,5 mm anbrachte. Nach kurzem Spülen traten starke Blutungen auf, welche zwar nachließen, aber nicht vollständig zum Stillstand kamen. Die Patientin klagte über starke Schmerzen in Regio 14, 13 und 12 im Bereich der Umschlagfalte sowie heftige Schwellungen im Bereich der rechten Wange und des Nasenflügels. Der Zahnarzt ließ daraufhin den Zahn 12 offen und verschrieb der Patientin prophylaktisch ein Breitbandantibiotikum. Am 17.09.2006 hatte die Schwellung zugenommen, und die rechte Wange der Patientin verfärbte sich blauschwarz. Erst am 19.09.2006 trat eine leichte Besserung ein. Da immer noch Wundsekret aus dem Wurzelkanal lief, wurde der Zahn 12 nach wie vor offen gelassen. Nachdem am 22.09.2006 die Schwellung weiter zurückgegangen und kein Sekret mehr im Wurzelkanal zu erkennen war, brachte der Zahnarzt eine medikamentöse Einlage ein und verschloss den Wurzelkanal provisorisch mit Cavit.

Am 23.09.2006 stellte sich die Patientin erneut mit starken zunehmenden Schmerzen, einer geschwellenen Wange und Taubheit in der Lippe bei einem Kollegen des behandelnden Zahnarztes vor. Dieser führte eine Inzision Regio 12 durch und tauschte die medikamentöse Einlage aus, was der beklagte Zahnarzt am 25.09.2006 wiederholte. Der Zahn 12 wurde offen gelassen, um den Ausfluss von weiterem Sekret gewährleisten zu können. Am 19.10.2006 wurde der Zahn 12 mit einer großflächigen Kunststofffüllung versorgt, da sich das an die-



sem Zahn befestigte Veneer gelöst hatte. In der Folgezeit litt die Patientin weiterhin unter starken Schmerzen. Zwar war die Schwellung nicht mehr zu erkennen, die Patientin klagte jedoch über Taubheitsgefühle und Missempfinden sowie Kribbeln. Am 23.10.2006 riet der Zahnarzt der Patientin, sich an einen Kieferchirurgen zu wenden. Dieser stellte am 15.11.2006 eine Längsfraktur des Zahnes 12 fest und empfahl dessen Extraktion. Am 22.11.2006 suchte die Patientin letztmalig den beklagten Zahnarzt auf, der die Fäden in Regio 12 entfernte und Alginatabformungen zwecks Anfertigung eines Stiftaufbaus vornahm. Am 06.12.2006 wurde der Zahn 12 durch den Kieferchirurgen extrahiert, und es erfolgten in mehreren Folgeterminen ein Knochenaufbau sowie das Einsetzen eines Implantates an der Position des Zahnes 12. Parallel hierzu soll es nach Angaben der Patientin am 08.11.2006, am 06.12.2006 und am 15.02.2007 zu brennenden Missempfindungen und neuralgieformen Schmerzen im Bereich der rechten Wange und im Unterkiefer gekommen sein, mit denen sich die Patientin in einem Krankenhaus zur neurologischen Untersuchung und Behandlung vorgestellt habe. Es sei die Diagnose einer Beeinträchtigung von zwei Ästen des Trigemminusnervs gestellt worden. Sie habe Analgetika sowie eine Behandlung mit 22 mg Cabamazepin erhalten. Zwar sei eine weitestgehende Rückbildung dieser Beeinträchtigung erfolgt, sie leide jedoch seit diesem Zeitpunkt insbesondere unter einer eingefallenen Wange, Taubheitsgefühl in der Wange und der Lippe, Sprachstörungen sowie schmerzhafter Bissempfindlichkeit.

Im Rahmen einer beim LG Berlin erhobenen Klage behauptete die Patientin in der Folgezeit, die Erneuerung der Wurzelkanalfüllung am Zahn 12 sei medizinisch nicht notwendig gewesen und die Wurzelkanalspülung über den Apex hinaus mit Druck in einen Weichgewebsteil gepresst worden, wobei der Zahnarzt nur ungenügend für Abflussmöglichkeiten gesorgt habe. Während der Wurzelkanalbehandlung am Zahn 12 sei es offensichtlich zu einer Wurzelfraktur gekommen, die aufgrund der intrakanalären Blutung sofort hätte erkannt und behandelt werden müssen. Darüber hinaus sei es u. a. fehlerhaft gewesen, ab dem 17.09.2006 keine Drainage einzulegen bzw. kein lokales Antibiotikum zu geben. Als Folge der fehlerhaften Behandlung sei

ihr ein Schaden u. a. für zahnärztliche Behandlungen von insgesamt 5.524,50 EUR entstanden. Zudem stünde ihr ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 10.000 EUR zu. Des Weiteren sei zu erwarten, dass sie auch in Zukunft medizinische und zahnmedizinische, ggf. sogar psychologische Behandlungen in Anspruch nehmen müsse.

Der beklagte Zahnarzt stellte die Klagebehauptungen in Abrede. Er habe die Behandlung der Patientin unter Beachtung sämtlicher aus zahnmedizinischer Sicht möglichen präventiven Maßnahmen fachgerecht sowie nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik durchgeführt. Eine Röntgenaufnahme von Zahn 12 vom 09.08.2006 habe ergeben, dass dieser wurzelkanalbehandelt und wurzelspitzenreseziert gewesen sei und um seine Wurzelspitze eine deutliche Erweiterung des Parodontalspaltes, d. h. eine merkliche chronische Entzündung vorgelegen hätte. Auch habe der Zahn 12 in Höhe der Wurzelspitze bei Palpation durch ihn mit einem Druckschmerz reagiert. Aus diesem Grund sei die Revision der Wurzelkanalbehandlung medizinisch indiziert gewesen. Eine Veneerversorgung habe sich nicht angeboten, da die Zähne 12 und 11 Kunststofffüllungen aufgewiesen hätten und der Zahn 12 bereits wurzelkanalbehandelt und wurzelspitzenreseziert gewesen sei.

Mit Urteil vom 21.12.2011 lehnte das sachverständig beratene LG Berlin die Klage der Patientin vollumfänglich ab.

■ Das Urteil

Das Gericht kam nach durchgeführter Beweisaufnahme zu dem Ergebnis, dass ein Behandlungsfehler des beklagten Zahnarztes und ein hierdurch verursachter Gesundheitsschaden der Patientin nicht feststellbar seien. Nach den Ausführungen des Sachverständigen sah es das LG als erwiesen an, dass ausweislich der Röntgenaufnahme „im Bereich der Wurzelspitze des Zahnes 12 eine deutliche Verbreiterung des Parodontalspaltes vorhanden ist“ und die „sichtbare apikale Aufhellung sich als behandlungsbedürftiger Röntgenbefund einer apikalen Ostitis zeigt“. Das Gericht hielt daher die durchgeführte Wurzelkanalbehandlung bereits allein auf der



Grundlage der Röntgenaufnahme für medizinisch indiziert. Es stellte in seiner Urteilsbegründung zudem klar, dass der beklagte Zahnarzt auch keinen Befunderhebungsfehler vor Durchführung der Wurzelkanalbehandlung begangen habe, indem er nicht erkannt habe, dass der Zahn 12 eine Längsfraktur hatte. Das Gericht folgte insoweit den Ausführungen des Sachverständigen, wonach „eine Längsfraktur und kleinere Rissbildung klinisch oder radiologisch nicht diagnostizierbar sind“. Diese Defekte können nach Ansicht des Sachverständigen „erst durch eine visuelle Kontrolle durch den Behandler im Rahmen einer Wurzelspitzenresektion erkannt werden“.

Das LG bestätigte weiterhin, dass die Wurzelkanalbehandlung fachgerecht durchgeführt wurde. Es stellte hierzu Folgendes fest: „Die dokumentierten Zwischenschritte der Behandlung erlauben ein adäquates Nachvollziehen des Behandlungsverlaufs, und die technische Ausführung und deren zeitlicher Ablauf entsprechen bis zum Zeitpunkt des Zwischenfalls bei der Spülung mit Natriumhypochlorit den für eine Revisionsbehandlung üblichen Regeln und Standards. Ein Überpressen der Spüllösung ist in vitro bei 16 % der untersuchten Zähne nicht zu vermeiden und stellt damit eine Komplikation dar.“ Nach Ansicht des Gerichts ist auch nicht davon auszugehen, dass der Zahnarzt während der Behandlung behandlungsfehlerhaft eine Längsfraktur des Zahnes 12 verursacht hat. Vielmehr spreche „eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Längsfraktur bereits zum Zeitpunkt der Revisionsbehandlung durch den Beklagten vorhanden gewesen“ sei. Dies folge daraus, „dass eine Längsfraktur eine mögliche Ursache für eine apikale Ostitis oder deren Fortbestand an einem wurzelkanalbehandelten Zahn darstellt und eine Längsfraktur die Möglichkeit erhöht, Natriumhypochlorit durch diesen Spalt in die apikale Region zu verpressen.“

Nach Auffassung des Gerichts kann dem Klageanspruch auch nicht wirksam entgegengehalten werden, dass der beklagte Zahnarzt im Anschluss an die Injektion von Natriumhypochlorit in die apikale Region nicht nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik gehandelt habe. Das Gericht

führte hierzu aus: „Die Empfehlungen der wissenschaftlichen Gesellschaften geben vor, dass der Wurzelkanal offen weiterbehandelt wird, nach dem Ereignis mit physiologischer Kochsalzlösung gespült wird, eine Antibiose verschrieben wird und nach Verminderung der klinischen Symptome versucht wird, die Wurzelkanalbehandlung fortzusetzen.“ Auch das Verschließen des Wurzelkanals am 22.09.2006 wurde vom LG als nicht fehlerhaft angesehen, da diese Maßnahme der Therapieempfehlung entspräche. Es stellte insoweit fest: „Eine weitere offene Behandlung hätte auch bei nicht vorhandener und zu diesem Zeitpunkt noch unbekannter Längsfraktur zu einer weiteren Infektion des Wurzelkanals und damit zu weiterem Vordringen von Bakterien in die apikale Ostitis geführt.“

■ Kommentar

Das Urteil des LG Berlin ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die Spülung des Wurzelkanals mit gewebeauflösenden und desinfizierenden Agenzien stellt einen integralen Bestandteil der Wurzelkanalbehandlung dar. Zu den am häufigsten verwendeten Spülungen gehören Natriumhypochlorit und Wasserstoffperoxid, deren Effektivität in zahlreichen Studien nachgewiesen wurde. Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen können auch bei der Spülung des Wurzelkanalsystems unerwünschte und unvermeidbare Zwischenfälle auftreten. Im vorliegenden Fall kam das LG zu Recht zu dem Ergebnis, dass der behandelnde Zahnarzt bei der Wurzelkanalspülung sämtliche ihm obliegenden zahnärztlichen Sorgfaltspflichten beachtet und gewahrt hat. Zwar sind die bei der Patientin entstandenen Beeinträchtigungen im Gesichtsbereich nicht ganz unerheblich, aber mangels Behandlungsfehler lassen sich diese nicht ursächlich auf ein Fehlverhalten des Zahnarztes zurückführen. Die Injektion des Natriumhypochlorits in das periapikale Gewebe der Patientin muss mithin im vorliegenden Fall als schicksalhaft angesehen werden.