

5 Zahnextraktion

5.1 Indikation

5.2 Weisheitszähne

5.3 Komplikationen

5.3.1 Infektion (Kontrolle auf Infektion)

5.3.2 MAV/Nerven- und Weichteilverletzungen

5.3.3 Knochenfraktur

5.3.4 Zahnkronenfraktur

5.4 Chronologische Zusammenfassung der Urteile

Erhaltungswürdigkeit,
Erhaltungsfähigkeit

5.1 Indikation

Der Vertragszahnarzt bestimmt im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung Art und Umfang der Maßnahmen.¹⁰¹

Die Indikation zur Extraktion wird durch den Zahnarzt gestellt, der zwischen Erhaltungsfähigkeit und Erhaltungswürdigkeit eines Zahnes zu differenzieren hat.

OLG Hamm 24. 1. 01 – 3 U 107/00

Bei der Indikation von Zahnextraktionen ist zwischen Erhaltungsfähigkeit und Erhaltungswürdigkeit zu differenzieren. Eine Zahnextraktion ist nur dann indiziert, wenn der Zahn nicht erhaltungsfähig ist.

Die Motivierbarkeit eines Patienten zur Mund- und Zahnhygiene für die erhaltungsfähigen Zähne kann in der Regel erst nach mehreren Sitzungen beurteilt werden.

Alternativen

Häufig ist die Extraktion eine unter mehreren Behandlungsmöglichkeiten, über die der Patient dann aufzuklären ist.

OLG Düsseldorf 23. 2. 90 – 8 U 169/88

Die Extraktion eines teilretinierten Weisheitszahnes ist indiziert, wenn er nicht korrekt im Kiefer steht und nicht damit gerechnet werden kann, dass er noch in der richtigen Stellung aus dem Kiefer herauswächst.

LG Osnabrück 5. 11. 96 – 10 O 40/94

Vor einer Extraktion muss dem Patienten die Möglichkeit einer Wurzelfüllung angeboten werden, sofern sie ernsthaft in Erwägung zu ziehen ist.

Versuch der
Zahnerhaltung

Allerdings ist dem Versuch zur Zahnerhaltung der Vorzug einzuräumen. Dabei kommt der Befürchtung der Ausschwemmung von Bakterien eine nachrangige Bedeutung zu, da dies auch bei der möglichen Alternative einer Extraktion des betreffenden Zahnes geschehen kann.

¹ Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, Allgemeines Nr. 4

LG Dortmund 11. 5. 87 – 17 O 39/86

Eine Zahnextraktion ist erst als letzte Behandlungsmöglichkeit indiziert, wenn konservative Behandlungsalternativen zu keiner Besserung geführt haben.

OLG Düsseldorf 10. 3. 88 – 8 U 45/87

Grundsätzlich ist dem Versuch der Zahnerhaltung gegenüber einer sofortigen Entfernung des Zahnes der Vorzug einzuräumen.

OLG Düsseldorf 30. 6. 88 – 8 U 213/86

Zahnerhaltung hat einer Extraktion regelmäßig vorzugehen.

OLG Düsseldorf 19. 1. 89 – 8 U 158/87

Eine Wurzelbehandlung kommt als ultima ratio vor einer Extraktion in Betracht.

OLG Stuttgart 12. 9. 96 – 14 U 1/96

Danach kommt der konservativ endodontischen Behandlung grundsätzlich der Vorrang vor der Extraktion des Zahnes zu.

Daran ändert auch die Gefahr einer Ausschwemmung von Bakterien in den Blutkreislauf (sog. Bakteriämie) nichts, da hiervon die Entscheidung zwischen Extraktion und Wurzelkanalbehandlung nicht abhängt; denn die Gefahr einer Ausschwemmung besteht in beiden Fällen in gleichem Maße.

Danach kann der Extraktion allenfalls dann Vorrang zukommen, wenn es um die Sanierung einer vermuteten Streuquelle geht.

OLG Jena 14. 5. 97 – 4 U 1271/96

Nach heute allgemeiner Ansicht besteht für den Zahnarzt eine unbedingte Pflicht zur Erhaltung des Zahnes. Eine Extraktion kann erst als letzte Möglichkeit in Betracht gezogen werden, wenn konservierende Maßnahmen (wie z.B. Wurzelbehandlung) aussichtslos erscheinen oder bereits gescheitert sind.

Zum anderen ist allgemein bekannt, dass die Extraktion von Zähnen mit starken Schmerzen verbunden ist.

OLG Oldenburg 2. 3. 99 – 5 U 176/98

Eine rein palliative Zahnsanierung durch Reihenextraktion gilt nicht einmal mehr bei schwerstbehinderten, völlig unkooperativen Patienten als adäquates Behandlungskonzept. Auch bei einer kooperationsunfähigen oder -willigen Patientin stellt die Extraktion der Zähne ohne vorherige

Zahnerhaltungsbemühungen einen schuldhaften Verstoß gegen die zahnärztliche Sorgfaltspflicht dar.

Nicht erhaltungswürdige Zähne sollten nicht konservierend behandelt werden, möglicherweise sogar um den Preis, den Patienten nicht zu behandeln. Das gilt erst recht für den vertragszahnärztlichen Bereich, da der Vertragszahnarzt auf die wirtschaftliche Verwendung der Mittel der Versicherungsgemeinschaft achten muss.²

OLG Frankfurt 6. 12. 77 – 8 U 127/77

Allerdings ist es nicht mit der lex artis zu vereinbaren, nicht erhaltungswürdige Zähne zu konservieren statt sie zu extrahieren. Gegebenenfalls besteht die Pflicht, die Behandlung eines Patienten, der die Extraktion nicht zulässt, zurück zu weisen.

Wunschbehandlung

Allein der Zahnarzt ist „Herr der Behandlung“, allerdings nach vorheriger Absprache mit dem Patienten über Alternativen und Umstände der Maßnahmen. Er muss dem Patienten alle aus seiner Sicht sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten anbieten und ihn je nach Dringlichkeit des Eingriffs über die Unterschiede und Risiken aufklären.

Wünscht der Patient eine Behandlungsmaßnahme, die der Zahnarzt nicht vertreten kann oder will, ist die Übernahme und Durchführung einer solchen Behandlung fehlerhaft. Dabei muss sich der Zahnarzt vom augenblicklichen Stand der zahnmedizinischen Kenntnisse leiten lassen, die ihm geläufig sein sollten, wozu er durch Weiterbildung verpflichtet ist.³ Der Zahnarzt darf eine unsinnige „Wunschbehandlung“ nicht durchführen, auch nicht als Privatleistung, und muss möglicherweise – neben zivilrechtlichen – sogar mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen.

BGH 22. 2. 78 – 2 StR 372/77

Ein Patient, der in laienhaftem Unverstand aufgrund einer unsinnigen selbstgestellten Diagnose von einem Zahnarzt eine umfassende Extraktion seiner Zähne wünscht, erteilt damit keine wirksame Einwilligung zu dieser Maßnahme.

² § 12 SGB V; Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, Allgemeines Nr. 4

³ s. Kap. 2 Sorgfaltspflicht

LG Hannover 16. 4. 85 – 19 O 109/85

Die Extraktion von Zähnen ohne medizinische Indikation ist unzulässig und stellt einen Behandlungsfehler dar.

Bei der Stellung der Indikation und spätestens bei der Einwilligung des Patienten muss der Zahnarzt aus den ihm zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten abschätzen können, ob er den Zahn extrahieren kann oder ob dieser chirurgische Eingriff seine Fähigkeiten überschreiten wird. Der (Zahn)Arzt darf keine Behandlungsmaßnahmen vornehmen, für die er nicht ausreichend ausgebildet ist.

Abschätzung

BGH 7. 6. 66 – VI ZR 250/64

Gelangt ein Arzt bei der Behandlung eines Patienten an die Grenzen seiner therapeutischen Möglichkeiten, so hat er sich der Weiterbehandlung zu enthalten und dafür zu sorgen, dass die Behandlung von einem fachlich dazu geeigneten anderen Arzt oder Krankenhaus übernommen wird.

OLG Düsseldorf 23. 2. 90 – 8 U 169/88

Die Entfernung eines teilretinierten Weisheitszahnes fällt in das Fachgebiet eines Zahnarztes. Der Patient muss nicht an einen Kieferchirurgen oder an eine kieferchirurgische Klinik überwiesen werden.

OLG Karlsruhe 23. 5. 90 – 7 U 179/88

Die gleichzeitige Entfernung aller vier Weisheitszähne unter Vollnarkose entspricht dem derzeitigen Stand von Wissenschaft und operativer Praxis der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie.

OLG München 16. 11. 95 – 1 U 4895/93

Es ist durchaus üblich und vertretbar, operative Weisheitszahnentfernungen in der Praxis ambulant durchzuführen. Voraussetzung ist eine aus allgemeinärztlicher Sicht unauffällige Anamnese.

Die operative Entfernung eines Weisheitszahnes, der nicht abnorm verlagert oder retiniert ist, ist ein Standardverfahren, das unabhängig vom Alter des Patienten in der zahnärztlichen Praxis ambulant durchgeführt wird. Ein stationärer Aufenthalt kommt in der Regel nur dann in Frage, wenn der Patient die Entfernung aller vier Weisheitszähne auf einmal in Vollnarkose wünscht oder keine Kooperationsbereitschaft von Seiten des Patienten (geistige Behinderung, übermäßige Angst) besteht.

5.2 Weisheitszähne⁴

Durchbruchsstörung

So genannte Weisheitszähne sind eigentlich vollwertige Zähne. Im Laufe der Evolution scheinen in der sog. zivilisierten Gesellschaft viele Kiefer nicht mehr für 8 Zähne je Quadrant ausreichend Platz zu bieten, weshalb manche Behandler zur prophylaktischen Entfernung raten.

Ist ein normaler Durchbruch nicht zu vermuten, kann die Entfernung von Weisheitszähnen sinnvoll sein.

OLG München 16. 11. 95 – 1 U 4895/93

Auch ist es durchaus sinnvoll, retinierte Weisheitszähne zu entfernen, wenn feststeht, dass ein normaler Durchbruch nicht erwartet werden kann, allerdings wird mit zunehmendem Wurzelwachstum die operative Entfernung schwieriger. Zahnkeime von Weisheitszähnen sollen entfernt werden, wenn eine Verlagerung aufgrund der Keimlage zu erwarten ist, sowie bei einem Missverhältnis zwischen Zahngröße und Zahnzahl und verfügbarem Raum zur Erleichterung für die kieferorthopädische Behandlung und um mögliche Störfaktoren für die Gebissentwicklung und die Gebissfunktion auszuschließen.

OLG Hamm 19. 10. 87 – 3 U 35/87

Bei retinierten Weisheitszähnen ist ein normaler Durchbruch nicht zu erwarten. Aus prophylaktischen Gründen ist deshalb die Entfernung auch dann angezeigt, wenn der Patient noch keine Beschwerden verspürt

Vollständige Zahnentfernung

Jeder Zahn, auch ein Weisheitszahn, ist vollständig zu entfernen. Schon aus Abrechnungsgründen, da eine Leistung nur abgerechnet werden darf, wenn die Leistungslegende vollständig erfüllt ist. Nur in Ausnahmefällen dürfen Teilleistungen abgerechnet werden, so beispielsweise bei einer Hemisektion mit Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes.⁵

Bleibt ein Schmelzsplitter zurück, lässt das noch keinen Schluss auf einen Behandlungsfehler zu.

⁴ s.a. Kap. 2 Sorgfaltspflicht

⁵ Bema-Z Pos. 47 b

LG Hamburg 28. 1. 76 – 14 O 4/73

Der Zahnarzt ist verpflichtet einen Zahn, auch einen Weisheitszahn vollständig, ohne einen Wurzelrest zu belassen, zu ziehen.

Kommt es zu einer Wurzelfraktur, muss der Zahnarzt alle erforderlichen Maßnahmen zur Entfernung des zurückgebliebenen Wurzelrestes treffen.

LG Offenburg 2. 7. 85 – 2 O 255/84

Es wird als fehlerhaft angesehen, wenn zurückgelassene Wurzelreste nur teilweise entfernt und die verbliebenen Reste nicht erkannt werden. Der extrahierte Zahn muss immer auf Vollständigkeit untersucht und gegebenenfalls eine ausreichende Röntgenuntersuchung der Alveole und ihrer Umgebung durchgeführt werden.

OLG Karlsruhe 26. 8. 86 – 14 U 180/85

Ein übersehener Wurzelrest nach Extraktion ohne Röntgenkontrolle ist ein Behandlungsfehler.

OLG Düsseldorf 10. 3. 88 – 8 U 45/87

Das Belassen von Wurzelresten im Kiefer entspricht in der Regel nicht den anerkannten Regeln der Zahnmedizin.

OLG Düsseldorf 4. 2. 93 – 8 U 289/91

Verbleibt bei der Extraktion eines Zahnes ein Wurzelrest im Kiefer und verursacht er dort keine Beschwerden, so ist es nicht fehlerhaft, ihn zunächst dort zu belassen.

OLG Hamm 19. 9. 94 – 3 U 285/93

Während das Zurücklassen eines Wurzelrestes den Schluss auf einen Behandlungsfehler zulassen mag, trifft das auf einen Schmelzsplitter nicht zu. Dass ein solcher Splitter, der bei der notwendigen Zerteilung des Zahnes leicht entstehen kann, nach dem Absaugen ausnahmsweise in der Wunde verblieben ist, kann auch einem sorgfältig arbeitenden Operateur entgehen. Denn bei einem Zusammensetzen der extrahierten Zahnteile wird das Fehlen einer Schmelzscherbe – anders als bei einem Wurzelrest – oftmals nicht zu erkennen sein. Auch muss eine solche Scherbe auch bei einer sorgfältigen Inspektion der Wunde nach der Säuberung nicht bemerkt werden. Auch muss nach den Ausführungen des Sachverständigen wegen der mit jeder radiologischen Untersuchung verbundenen Strahlenbelastung eine postoperative Röntgenkontrolle nur erfolgen, wenn der Operateur konkrete Anhaltspunkte für ein Zurückbleiben von Zahnresten in der Wunde hat.

Separieren

OLG Hamm 16. 12. 96 – 3 U 108/96

Es liegt ein grober Behandlungsfehler vor, wenn der Zahnarzt aufgrund einer völlig unzureichenden Röntgendiagnostik die Lage eines zu extrahierenden Eckzahnes nicht richtig einschätzt und ihm deshalb nur eine partielle Entfernung des Zahnes gelingt und wenn von ihm zudem eine arterielle Blutung des Patienten nicht gestillt wurde.

Wenn es erforderlich ist, muss der Zahn vor der Extraktion getrennt werden.

OLG Düsseldorf 25. 7. 91 – 8 U 254/89

Muss bei der Extraktion eines retinierten Weisheitszahnes auf Grund des Röntgenbefundes von einem außergewöhnlichen zahnnahe Verlauf des N. alveolaris inferior ausgegangen werden, so muss der Zahn vor der Extraktion in Einzelteile zerlegt werden.

Heilungstendenz

5.3 Komplikationen

5.3.1 Infektion (Kontrolle auf Infektion)

Die Mundhöhle beherbergt ca. 700 unterschiedliche Mikroorganismen, so dass eine Wunde in diesem Bereich immer als infiziert gilt. Besonders für Eingriffe im Mund ist es kaum möglich, die Asepsis, die in anderen chirurgischen Disziplinen gefordert wird, zumindest für die in einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis durchgeführten Eingriffe einzuhalten. Ohnehin ist die Heilungstendenz von Wunden in der Mundhöhle gut.

Ebenfalls an der äußeren Haut besteht trotz Einhaltung chirurgischer Desinfektionsvorschriften immer das Risiko einer Infektion nach einem Eingriff.

OLG Düsseldorf 21. 12. 95 – 8 U 126/94

Für jeden kleinen oder großen chirurgischen Eingriff gilt: Trotz aller ärztlichen Vorsichtsmaßnahmen können bei jedem ärztlichen Eingriff stets aus der Luft oder von der Haut des Patienten Keime in die Operationswunde gelangen und nachfolgend unter bestimmten, im einzelnen noch nicht ganz geklärten Bedingungen Wundinfektionen auslösen. Das Auftreten einer Infektion nach einer Operation rechtfertigt daher allein nicht den Schluss auf ärztliche Versäumnisse mit Blick auf die Hygiene und die Wahrung strenger Asepsis.

Kontrolle

Sicherlich ist nicht jede Extraktionswunde am nächsten Tag zu kontrollieren. Bei einfachen Extraktionen, bei denen auch die Alveole hinreichend eingebuchtet ist, kann es ausreichen, wenn sich der Patient nach Aufklärung beispielsweise über außergewöhnliche Schmerzen (er kann nicht schlafen und/oder benötigt dauernd Schmerztabletten), Foetor ex ore oder Kieferklemme am Folgetag nur telefonisch meldet und die Wunde dann innerhalb der nächsten 5 bis 7 Tage kontrolliert wird.⁶

Bei Entfernung mehrerer Zähne in einem Kiefer kann es zur Ablösung einzelner Knochenteile kommen, was zu einer sequestrierenden Osteomyelitis führen kann, wenn nicht früh genug eingegriffen wird, weshalb bei solchen Serienextraktionen eine Wundkontrolle auf jeden Fall erforderlich ist.

OLG Karlsruhe 21. 2. 68 – 1 U 128/66

Eine sequestrierende Osteomyelitis nach Extraktion verschiedener Zähne im Bereich des Oberkiefers führte zu einer Ablösung einzelner Knochensplitter. Diese sequestrierende Osteomyelitis hätte durch genaue und zeitgerechte Kontrolle der durch die Zahnziehung entstandenen Wunden verhindert werden können. Die Zahnärztin handelte grob fahrlässig, als sie die Nachschau nicht selbst vornahm.

5.3.2 MAV/Nerven- und Weichteilverletzungen

Da eine chirurgische Maßnahme immer als invasiv anzusehen ist, kann es infolge anatomischer Gegebenheiten selbst bei Beachtung aller Sorgfaltsanforderungen immer zu Verletzungen benachbarter Strukturen, beispielsweise eines Nervs oder zur Eröffnung anderer Körperhöhlen, kommen. Die durchschnittliche Distanz zwischen Wurzelspitze und Kieferhöhlenboden wird in der Literatur mit Werten zwischen 0,8 und 2,8 mm angegeben. Nicht selten reicht jedoch der sog. Recessus alveolaris bis in den Furkationsbereich der Zahnwurzeln oder sogar bis zur Cresta alveolaris⁷. Eine MAV sollte nicht übersehen und möglichst sofort, spätestens nach 24 Stunden geschlossen werden. Bei

Diagnose

6 Gabka, J., Komplikationen und Fehler bei der zahnärztlichen Behandlung, S. 153, Thieme Verlag, Stuttgart 1986

7 Folwaczny, M., Wurzelspitzenresektion von Molaren, NZÄBl. 9/01, S. 13

kleiner Perforation und langer Alveole wird wegen der Möglichkeit der Selbstheilung auch empfohlen, auf den plastischen Verschluss zu verzichten und die Spontanheilung abzuwarten.⁸

Die Diagnose einer sekundären Mund-Antrum-Verbindung (MAV) ist im Gegensatz zu einer primären MAV, die im Rahmen der Manipulationen bei einer Extraktion auftritt, nicht sofort nach einer Extraktion möglich, da sie ihre Ursache in einer Infektion des Zahnfaches mit Zerfall des Blutkoagulums hat.

LG Frankfurt 17. 11. 80 – 2/21 O 57/79

Die Öffnung der Kieferhöhle läßt nicht den Schluß zu, dass die Extraktion nicht fachgerecht durchgeführt worden sei. Eine Extraktion ist immer mit dem Risiko von Verletzungen verbunden. Intra- und postoperative Komplikationen sind nicht ungewöhnlich und nicht sicher vermeidbar.

LG Darmstadt 3. 2. 81 – 13 O 156/77

Auf jeden Fall hat der Zahnarzt nach dem Erkennen einer Kieferhöhleneröffnung die Pflicht, sofort oder jedenfalls in einem möglichst nahen Zeitpunkt in der Folgezeit die Mund-Antrum-Verbindung zu schließen.

OLG Karlsruhe 26. 8. 88 – 14 U 180/85

Die Öffnung einer Kieferhöhle bei einer Zahnextraktion begründet für sich allein noch nicht den Vorwurf einer fehlerhaften Behandlung. Ein Behandlungsfehler liegt jedoch vor, wenn eine Verbindung zwischen Mund- und Kieferhöhle übersehen wird. Deshalb ist nach der Zahnextraktion bei Verdacht darauf, ein Nasenblasversuch und eine Röntgennachkontrolle zwingend durchzuführen.

OLG Hamm 3. 11. 93 – 3 U 217/92

Kommt es nach der Extraktion eines Backenzahnes zu einer Mund-Antrum-Perforation, dann muss, wenn Zweifel bestehen, vor dem Verschluss geklärt werden, ob eine Infektion vorliegt. Das Unterlassen dieser sich aufdrängenden einfachen diagnostischen Maßnahmen ist ein schwerwiegendes Versäumnis.

Vor dem plastischen Verschluss muss eine akute Entzündung in eine chronische überführt werden, andernfalls ist mit einem Erfolg der plastischen Deckung nicht zu rechnen.

⁸ Krüger, E., Die Eröffnung der Kieferhöhle bei der Zahnextraktion, in: Ketterl, W., Deutscher Zahnärztekalendar 1985, S. 28, Hanser Verlag, München 1985

Ein Verschluss darf erst vorgenommen werden, wenn die Sicherheit besteht, dass die akute Entzündung nicht mehr vorhanden ist. Die Sicherheit ist durch eine »banale Maßnahme«, die Spülung der Kieferhöhle zu gewinnen. Kommt trübes Sekret, darf nicht operiert werden.

Schlägt der operative Verschluss einer nach Extraktion eines Backenzahnes entstandenen Mund-Antrum-Verbindung wegen einer Infektion fehl, dann genügt es, wenn Spülungen der Kieferhöhle vorgenommen werden.

Ein späterer erneuter plastischer Verschluss und der anschließende Einsatz von Antibiotika sind indiziert.

OLG Düsseldorf 7. 12. 95 – 8 U 104/93

Das Entstehen einer Mund-Antrum-Verbindung bei der Extraktion eines Backenzahnes (E.A.: oberer Molar) gehört zu den Komplikationen, deren Verwirklichung auch bei äußerster Sorgfalt nicht sicher zu vermeiden ist.

Das unbeabsichtigte Herbeiführen einer Mund-Antrum-Verbindung ist nicht als Behandlungsfehler zu werten.

Es gehört zu den elementaren und allgemein bekannten Regeln der Zahnheilkunde, dass eine Mund-Antrum-Verbindung wegen der großen Infektionsgefahr sofort zu verschließen ist.

Die Häufigkeit von Komplikationen nach operativer Weisheitszahnentfernung wird als gering angesehen.

- **Sensibilitätsstörungen:**
 - N. alv. inferior 0,4 bis 4,4%
 - N. lingualis 0,06 bis 1,1%
 - bleibende Schäden bei etwa 1%
- **Wundheilungsstörungen:**
 - Alveolitis 0,5 bis 30%
 - Wundinfektionen 1,5 bis 5,8%
- **Eröffnungen der Kieferhöhle:** ca. 11%
- **Risiko der Verletzung des 2. Molaren:** 0,3%⁹

Häufigkeit

Bei chirurgischer Entfernung des unteren Weisheitszahnes sollen bei 1,3% aller Fälle vorübergehende oder dauerhafte neurologische Ausfälle im Versorgungsgebiet des N. alv. inferior auftreten.¹⁰

⁹ Stellungnahme der DGZMK; Indikationen zur operativen Weisheitszahnentfernung; NZÄBl. 9/01, S. 22

¹⁰ Folwaczny, M., Wurzelspitzenresektion von Molaren, NZÄBl. 9/01, S. 14

LG Bonn 11. 10. 88 – 13 O 419/87

Eine Nervenläsion kann auch bei ordnungsgemäßer Zahnextraktion nicht ausgeschlossen werden.

OLG Köln 19. 12. 88 – 7 U 158/87

Ebenso können im Zuge einer Osteotomie gelegentlich Quetschungen oder andersartige Läsionen und darüber hinaus anatomisch bedingte Beschädigungen von Nerven auftreten.

Bei der Extraktion eines Weisheitszahnes ist weder das Anstechen des Nervenstammes noch eine intraneurale Injektion mit letzter Sicherheit zu vermeiden.

OLG Düsseldorf 23. 2. 90 – 8 U 169/88

Tritt bei Extraktion eines teilretinierten Weisheitszahnes eine Schädigung des N. lingualis ein, so rechtfertigt diese Tatsache allein noch nicht den Schluss auf ein sorgfaltswidriges Vorgehen des Zahnarztes.

Eine Schädigung durch Fräsen sollte zwar, kann aber nicht mit letzter Sicherheit vermieden werden. Auch kann durch Druck des Raspatoriums eine Schädigung, beispielsweise eines Nervs nicht immer vermieden werden.

OLG Karlsruhe 23. 5. 90 – 7 U 179/88

Die gleichzeitige Entfernung aller vier Weisheitszähne unter Vollnarkose entspricht dem derzeitigen Stand von Wissenschaft und operativer Praxis der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie. Bei einer solchen Operation kann es auch bei regelrechtem Einsatz der Langenbeck-Haken zu Traumatisierungen der Haut kommen. Diese Gefahr ist bei Extraktion unter Narkose in einer Sitzung erheblich größer als bei Extraktion jeweils nur eines Zahnes in getrennten Sitzungen unter örtlicher Betäubung.

OLG Hamburg 27. 2. 98 – 1 U 131/97

Vor einer Weisheitszahnextraktion im Unterkiefer ist der Patient im Rahmen der Grundaufklärung darauf hinzuweisen, das es in seltenen Fällen durch die Extraktion oder durch das Injizieren des Betäubungsmittels zu Nervschädigungen, und zwar insbesondere zu Verletzungen des Nervus lingualis, kommen kann.

OLG Stuttgart 10. 11. 98 - 14 U 34/98

Allein die Tatsache der Schädigung des Nervs lässt nicht den Schluss auf ein kunstfehlerhaftes Verhalten des Arztes rechtfertigen. Bei der Entfernung eines unteren Weisheitszahnes

gibt es eine ganze Reihe von indirekten Schädigungsmechanismen, die auch bei Beachtung größtmöglicher Sorgfalt nicht sicher vermieden werden können.

Allerdings ist das Verlassen des eigentlichen Operationsgebietes im Knochen und ein Abrutschen mit einem rotierenden Instrument in das umliegende Weichgewebe durchaus vermeidbar.

5.3.3 Knochenfraktur

Die Kraftanwendung bei Extraktion sollte immer vorsichtig und dosiert vorgenommen werden, um eine Fraktur zu vermeiden. Es gilt dabei: Verringerung des Widerstandes anstelle Erhöhung der Kraft.

Unterschieden werden aufgrund des Zeitintervalls zur Zahnentfernung Sofort- von Spätfrakturen. Sog. Spätfrakturen (bis ca. 6 Wochen nach Extraktion) sind anlässlich der Strukturschwächung des Knochens infolge des fehlenden Zahnes und der noch nicht aufgefüllten Alveole möglich, was vornehmlich für den Unterkiefer gilt. Zur präoperativen Einschätzung wird ein Röntgenbild benötigt, das den gesamten Knochen zeigt, weshalb das Vorliegen eines OPG vorteilhaft ist.

Dosierung
der Kraftanwendung

LG Düsseldorf 15. 12. 88 – 17 O 86/87

Betreibt ein Zahnarzt die Extraktion eines verlagerten, aber beschwerdefreien Weisheitszahnes ohne vorherige Aufklärung des Patienten und kommt es zu einem einseitigen Bruch des Unterkiefers, der darauf zurückzuführen ist, dass der auszuhebende Zahn vorher nicht genügend gelockert worden ist, so ist Schmerzensgeld gerechtfertigt.

Die Extraktion eines Weisheitszahnes mittels Hebels ohne vorherige Lockerung ist fehlerhaft, was besonders fatal ist, wenn es zu einem einseitigen Bruch des Unterkiefers kommt.

OLG Frankfurt 5. 10. 89 – 1 U 211/88

Wird bei einer Zahnextraktion ein Kiefer gebrochen, dann ist das ein grober Behandlungsfehler.

LG Heidelberg 15. 8. 90 – 3 O 323/88

Besteht nach der Entfernung eines retinierten Weisheitszahnes der Verdacht auf eine Kieferfraktur, dann ist die Anfertigung einer postoperativen Röntgenaufnahme geboten.

OLG Köln 9. 3. 92 – 27 U 144/91

Wird bei wiederholtem Versuch der Extraktion mittels eines Hebelinstrumentes, bei der ein erheblicher knöcherner

Widerstand zu erwarten war, der Nachbarzahn zerstört, so spricht dies prima facie für eine zu große und damit fehlerhafte Kraftentfaltung des Zahnarztes.

Unter Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse am unteren Weisheitszahn ist bei der Anwendung des Hebelinstrumentes nur ein vorsichtiger Versuch zu unternehmen. Führt der Extraktionsversuch gegen Erwartung in kurzer Zeit nicht zum Ziel, sollten weitere Bemühungen zur Vermeidung schädlicher Folgewirkungen unterlassen und der Weg der operativen Zahnentfernung eingeschlagen werden.

OLG München 30. 3. 95 – 1 U 3458/94

Es besteht bei operativer Entfernung von Zähnen, insbesondere von tief verlagerten Weisheitszähnen, grundsätzlich eine Erhöhung der Kieferbruchgefahr.

OLG Düsseldorf 13. 7. 95 – 8 U 136/94

Allerdings kann es als Folge einer schwierigen Extraktion des Weisheitszahnes bei entsprechender operationsbedingter Belastung des Kieferknochens auch bei völlig regelrechtem Vorgehen zu einem Kieferbruch kommen.

OLG Braunschweig 24. 4. 97 – 1 U 56/96

Bei einer Weisheitszahnextraktion kann sich das Risiko eines Kieferbruchs sowohl schon bei der Extraktion des Zahnes als auch erst danach verwirklichen, ohne dass daraus auf einen Behandlungsfehler geschlossen werden kann.

Bei persistierenden Schmerzen nach der Extraktion eines Weisheitszahnes darf von Kontrollröntgenaufnahmen zunächst abgesehen werden. Halten die Schmerzen jedoch über mehr als drei Wochen an, so ist das Unterlassen einer Röntgenaufnahme ein grober Behandlungsfehler.

5.3.4 Zahnkronenfraktur

Der Bruch der Zahnkrone des zu extrahierenden Zahnes oder die Lösung einer technischen Krone eines Nachbarzahnes, ja sogar die Kronenfraktur eines beispielsweise mit einer großen Füllung versehenen Nachbarzahnes sind ebenfalls Komplikationen bei einer Zahnextraktion, die sich nicht immer vermeiden lassen.

OLG Düsseldorf 13. 7. 95 – 8 U 136/94

Ein Bruch der Zahnkrone bei der Extraktion eines vorgeschädigten Weisheitszahnes ist auch bei einem sehr sorgfältigen Vorgehen des Zahnarztes nicht immer zu vermeiden.

5.4 Chronologische Zusammenfassung der Urteile

BGH	7.6.66 – VI ZR 250/64	
OLG Karlsruhe	21.2.68 – 1 U 128/66	
LG Hamburg	28.1.76 – 14 O 4/73	
OLG Frankfurt	6.12.77 – 8 U 127/77	
BGH	22.2.78 – 2 StR 372/77	
LG Frankfurt	17.11.80 – 2/21 O 57/79	
LG Darmstadt	3.2.81 – 13 O 156/77	
LG Hannover	16.4.85 – 19 O 109/85	
LG Offenburg	2.7.85 – 2 O 255/84	
OLG Karlsruhe	26.8.86 – 14 U 180/85	
LG Dortmund	11.5.87 – 17 O 39/86	
OLG Hamm	19.10.87 – 3 U 35/87	
OLG Düsseldorf	10.3.88 – 8 U 45/87	2x
OLG Düsseldorf	30.6.88 – 8 U 213/86	
OLG Karlsruhe	26.8.88 – 14 U 180/85	
LG Bonn	11.10.88 – 13 O 419/87	
LG Düsseldorf	15.12.88 – 17 O 86/87	
OLG Köln	19.12.88 – 7 U 158/87	
OLG Düsseldorf	19.1.89 – 8 U 158/87	
OLG Frankfurt	5.10.89 – 1 U 211/88	
OLG Düsseldorf	23.2.90 – 8 U 169/88	3x
OLG Karlsruhe	23.5.90 – 7 U 179/88	2x
LG Heidelberg	15.8.90 – 3 O 323/88	
OLG Düsseldorf	25.7.91 – 8 U 254/89	
OLG Köln	9.3.92 – 27 U 144/91	
OLG Düsseldorf	4.2.93 – 8 U 289/91	
OLG Hamm	3.11.93 – 3 U 217/92	
OLG Hamm	19.9.94 – 3 U 285/93	
OLG München	30.3.95 – 1 U 3458/94	
OLG Düsseldorf	13.7.95 – 8 U 136/94	2x
OLG München	16.11.95 – 1 U 4895/93	2x
OLG Düsseldorf	7.12.95 – 8 U 104/93	
OLG Stuttgart	12.9.96 – 14 U 1/96	
OLG Hamm	16.12.96 – 3 U 108/96	
OLG Braunschweig	24.4.97 – 1 U 56/96	
OLG Jena	14.5.97 – 4 U 1271/96	
OLG Hamburg	27.2.98 – 1 U 131/97	
OLG Stuttgart	10.11.98 – 14 U 34/98	
OLG Oldenburg	2.3.99 – 5 U 176/98	
OLG Brandenburg	8.11.00 – 1 U 6/99	
OLG Hamm	24.1.01 – 3 U 107/00	