Oberlandesgericht Hamm, 26 U 24/16

Datum:	04.11.2016
Gericht:	Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper:	26. Zivilsenat
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	26 U 24/16
ECLI:	ECLI:DE:OLGHAM:2016:1104.26U24.16.00

Vorinstanz:	Landgericht Bielefeld, 4O 39/12

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 12. Januar 2016 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Bielefeld wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Berufungsinstanz werden der Klägerin auferlegt.

Das angefochtene Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in dieser Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe 1

I. 2

Die am 12.9.1957 geborene Klägerin nimmt die Beklagte wegen einer vermeintlich fehlerhaften zahnärztlichen Behandlung in den Jahren 2009/2010 auf Schmerzensgeld, Schadensersatz und Feststellung zukünftiger Ersatzpflicht in Anspruch. 3

Die Klägerin war seit dem Jahr 2000 Patientin der Beklagten, die in T als Zahnärztin niedergelassen ist. 4

5

Am 28.01.2009 erstellte die Beklagte einen Heil- und Kostenplan zur Anfertigung einer Unterkieferprothese auf fünf Teleskopen, der unter der Annahme, dass der Zahn 44 wegen rezidivierender parodontaler und endodontaler Läsionen nicht erhaltenswert war, Kosten i.H.v. 2.665,42 € ergab. Zur Extraktion des Zahnes 44 wurde gleichzeitig ein Termin für den 02.02.2009 vereinbart.

An diesem Tag extrahierte die Beklagte bei der Klägerin die Zähne 44 und 46. Am 25.02.2009 erstattete der Zahnarzt Dr. L ein von der Krankenkasse der Klägerin angefordertes Gutachten mit dem Ergebnis, dass Zahnersatz für eine ordnungsgemäße Versorgung im Ober- und Unterkiefer angefertigt werden müsse. 6

Die Beklagte erstellte daraufhin am 03.06.2009 einen weiteren Heil- und Kostenplan, nachdem nunmehr eine Oberkiefer- und eine Unterkieferprothese angefertigt werden sollten. Die Kosten für die vorgesehene Prothetik auf sechs Teleskopen im Oberkiefer und vier Teleskopen im Unterkiefer beliefen sich jetzt auf insgesamt 5.154,91 €. 7

Nach der Genehmigung dieses Heil- und Kostenplanes wurden in der Folgezeit von 23.04.2009 bis zum 08.06.2009 verschiedene Arbeiten durch die Beklagte durchgeführt. Es erfolgten dabei unter anderem verschiedene Anproben, Änderungen und Neuanfertigungen, bevor die Prothesen im Ober- und Unterkiefer schließlich am 08.06.2009 fest eingegliedert wurden. Die Kronen selbst waren dabei - dem Heil- und Kostenplan entsprechend - nicht aus Edelmetall angefertigt worden. 8

In der Folgezeit kam es dann bis zum 15.01.2010 zu einer Vielzahl von Arztbesuchen, in deren Rahmen die Beklagte Anpassungsarbeiten und Einschleifmaßnahmen an der Prothetik vornahm. Dabei wurden schon in der ersten Woche nach Eingliederung der Prothesen Änderungen an den Sekundärkronen vorgenommen, weil die Ausgliederung der Prothese zu schwierig war. In diesem Zusammenhang kam es auch zu einer Perforation der Krone an Zahn 25, der ursprünglich nur ein sehr kleines, etwa nadelspitzes Loch aufwies. 9

Die Krankenkasse der Klägerin ließ anschließend im Februar 2010 eine weitere Begutachtung durch den Zahnarzt Dr. T2 durchführen, der eine Neuanfertigung der Oberkieferprothese dringend empfahl. Die Unterkieferversorgung wurde nicht beanstandet. Es wurde aber darauf hingewiesen, dass die Unterkieferversorgung im Rahmen der Biss-Registrierung und der Einschleif- oder Umstellungsmaßnahmen an die Oberkieferversorgung angepasst werden müsse. 10

Die Beklagte bot der Klägerin in einem darauf folgenden Gespräch an, dass die Oberkieferprothese von ihr unter Verwendung der Primärteleskope überarbeitet werde und dass dann gegebenenfalls die Prothese des Unterkiefers angepasst würde. Am 15.02.2010 lehnte die Beklagte schließlich die weitere Behandlung der Klägerin ab. 11

Die Klägerin ließ sich danach ab dem 23.02.2010 von dem Zahnarzt Dr. von F weiter behandeln, der die Prothetik im Oberkiefer der Klägerin ebenfalls als erneuerungsbedürftig beurteilte und eine Umarbeitung der Prothesen vorschlug. 12

Am 16.03.2010 erstellte Dr. T2 auf Wunsch der Klägerin ein weiteres zahnärztliches Gutachten in dem dieser anregte, über eine langzeitprovisorische Versorgung bzw. Schienentherapie die funktionellen Probleme der Klägerin im Vorfeld einer prothetischen Versorgung zu beseitigen. 13

14

Dr. von F nahm daraufhin erstmalig eine Vermessung vor sowie einen Gesichtsbogen und leitete eine Schienentherapie ein. Die Oberkieferprothese wurde von ihm zudem stark ein- bzw. abgeschliffen. Die Unterkieferprothese wurde daneben bis zum Metall heruntergeschliffen, weil ein erheblicher Platzmangel bestand. Dadurch aber wurden die Kaufflächen insuffizient.

Anschließend ließ sich die Klägerin ab dem 20.04.2010 von dem Zahnarzt Dr. T3 weiterbehandeln, der am 29.04.2010 die Schiene änderte. Einige Tage später - am 02.05.2010 - führte er zudem eine Vermessung bzw. einen Gesichtsbogen durch. Im Anschluss erstellte er einen Heil- und Kostenplan für den Ober- und Unterkiefer der Klägerin, der allerdings nur ein Provisorium betraf und von der Krankenkasse der Klägerin abgelehnt wurde. 15

Ab dem 30.04.2010 begab sich die Klägerin für die weitere Behandlung zum Zahnarzt Dr. N, der den Erfolg der Schienentherapie wegen der dadurch bedingten Bisserhöhung für sehr fraglich hielt. Er fertigte - da die Schienentherapie bei Dr. von F fehlgeschlagen war - am 12.05.2010 nochmals einen Heil- und Kostenplan, dem nunmehr eine komplette Neuanfertigung der gesamten Prothetik zugrundelag. Grund hierfür waren die von der Klägerin nicht tolerierte Bisserhöhung, die Insuffizienz der Kaufflächen sowie der erhebliche Platzmangel für die Herstellung einer korrekten Oberkiefer-Unterkiefer-Seitenverzahnung. Die Krankenkasse der Klägerin bewilligte anschließend Festzuschüsse für die geplante Prothese. 16

In der Folgezeit leitete die Klägerin zunächst das selbständige Beweisverfahren, 4 OH 6/10 LG Bielefeld ein, bevor sie die Behandlung bei Dr. N ab dem 11.10.2010 fortsetzte. 17

In der Zeit zwischen 11.10.2010 und dem 04.11.2010 erfolgten danach eine Vielzahl von Arbeitsschritten bis hin zur endgültigen Eingliederung der neuen Oberkiefer- und Unterkieferprothese. Dr. N bezog bei seiner Behandlung auch die Frontzähne in die Oberkieferprothetik mit ein, so dass die Prothese letztlich als Sattelprothese ohne Gaumenbügel gestaltet werden konnte. 18

Dr. N gelang es indessen nicht, die schmerzhaften Funktionsstörungen zu beseitigen, die Unterkiefer beschwerdefrei zu positionieren und den verlorenen Biss zu rekonstruieren. Zeitweise wurden die Beschwerden der Klägerin nunmehr sogar erheblich stärker und konnten erst nach der Nutzung eines Aqualizers und eines TENS-Gerätes etwas gelindert werden. 19

Wegen der starken Schmerzen stellte sich die Klägerin in der Folgezeit verschiedenen Ärzten und Heilpraktikern vor. Am 17.05.2011 erfolgt eine nochmalige Begutachtung durch Dr. T2. Der Klägerin wurde eine erneute Vorstellung in der Universitätsklinik N2 wegen einer weitergehenden Diagnostik im Bereich der somatoformen Störungen sowie der chronischen Schmerzproblematik empfohlen. 20

Am 01.07.2011 stellte sich die Klägerin bei dem Zahnarzt Dr. I vor, dessen Ansatz der Vorgabe eines therapeutischen Bisses ohne vorherige Entspannung der verspannten Kaumuskulatur allerdings scheiterte. 21

Am 05.08.2011 wurde schließlich ein zahnärztliches Obergutachten durch Dr. H erstellt. Die Klägerin litt danach an einer schweren craniomandibulären Dysfunktionen. Die Lage des Unterkiefers wurde als instabil bewertet und es bestehe zudem keine tolerierte Bisslage. 22

23

Die Hausärztin verordnete der Klägerin darauf in Abstimmung mit dem Neurologen zur Vermeidung einer Schmerzchronifizierung und einer reaktiven Depression Antidepressiva. Als Vorsorgemaßnahme wurde zudem eine Kur beantragt.

Vom 11.08.2011 bis zum 07.09.2011 absolvierte die Klägerin eine Rehabilitationsmaßnahme in der deutschen Klinik für integrative Medizin und Naturheilverfahren E zur Vermeidung von Chronifizierungsschmerzen einer reaktiven Depression. Dort erfolgt die Behandlung des Schmerzsyndroms bei beiderseitigem Kiefergelenksschmerz. Es wurde eine Besserung der Beschwerdesymptomatik erreicht, wobei der Klägerin die Fortführung der Logopädenbehandlung dringend empfohlen wurde. 24

Seit dem 10.10.2011 befindet sich die Klägerin in Behandlung des Zahnarztes Dr. T4, der ihre Beschwerden durch eine weitere Schienentherapie etwas lindern konnte. 25

Die Klägerin hat der Beklagten Behandlungs- und Aufklärungsfehler vorgeworfen. Der Zahn 44 habe keine Beschwerden verursacht und sei erhaltungswürdig gewesen. Die Beklagte habe anschließend vor der festen Eingliederung der Prothetik am 08.06.2009 keine letzte Anprobe mehr vorgenommen. Zwischen der Wachsanprobe und der Eingliederung der Prothese hätten auch keine zwei Wochen vergehen dürfen. Nach Eingliederung der Prothetik seien zudem erhebliche Beschwerden und Probleme aufgetreten. Die Beklagte habe daraufhin die Prothesenränder im Ober- und Unterkiefer jeweils rechts und links stark eingekürzt. Die Prothetik habe aber anschließend dazu geführt, dass es zu einer „schiefen Kaubewegung“ gekommen sei. Es hätten Frühkontakte und ein fehlerhafter Biss sowie eine Non-Okklusion und Kippbewegungen bestanden. Durch das unphysiologische Verschieben der Kiefer zueinander sei es daraufhin zu einer fehlerhaften Kieferrelation und dann zu einer so genannten CMD-Erkrankung gekommen. Dass die Beklagte danach noch weiterreichende Einschleifmaßnahmen vorgenommen habe, sei bereits an der Perforation der Sekundärkrone an Zahn 25 ersichtlich. Auf Veranlassung der Beklagten seien dann zuletzt im Dezember 2009 im zahntechnischen Labor die Bisshöhe kontrolliert und der Biss neu eingeschliffen worden. Auch dadurch hätten ihre Beschwerden nicht gelindert werden können. Die im Februar 2010 erfolgte Begutachtung durch Dr. T2 habe darauf erhebliche Mängel der Kieferprothesen ergeben. Der nachbehandelnde Zahnarzt Dr. von F habe anschließend deshalb noch eine geringe Friktion festgestellt, weil für die Prothetik kein Edelmetall verwendet worden und dadurch eine gewisse Klobigkeit der Sekundärteleskope technisch bedingt sei. Die folgende Weiterbehandlung habe sich dann auf die Nachbesserung der Neuversorgung im Oberkiefer bezogen. Nach drei Wochen Schienenbehandlung sei allerdings eine Verschlechterung erfolgt. Der fortbestehende erhebliche Platzbedarf und die insuffizienten Kauflächen seien der Grund dafür gewesen, dass eine Neuanfertigung der Prothetik habe erfolgen müssen. Die anschließend von Dr. N durchgeführte Prothetik habe angesichts ihrer Zahnsituation eine sinnvolle Alternative bzw. Versorgung dargestellt. Die Beklagte habe pflichtwidrig versäumt, ihr diese Art der Versorgung vorzuschlagen. Insgesamt habe sie unter der Behandlung durch die Beklagte unter anhaltenden Schmerzen der Kiefer- und Kaumuskulatur mit einem Würgegefühl im Rachen gelitten. Die von der Beklagten angefertigte Unterkiefer- und Oberkieferprothese habe erhebliche Mängel gehabt, so dass eine Neuanfertigung notwendig gewesen sei. Daneben sei sie vor der Anfertigung des Zahnersatzes nicht darauf hingewiesen worden, dass eine Versorgung mit Gold als Material für die Kronen erhebliche Vorteile gegenüber der Versorgung mit einem Nichtedelmetall habe. Die Prothetik der Beklagten habe zu einem falschen Biss und dem Fehlen einer korrekten Kieferrelation geführt. Die Beklagte habe „den Biss verloren“, den sie vor Beginn der Behandlung fehlerhaft nicht „gesichert“ habe. Die Beklagte habe gerade keinen prophylaktischen Biss vor dem Abschleifen der Zähne genommen, sondern erst nach dem 26

Abschleifen. Spätestens vor Eingliederung der Prothese hätte sie dafür sorgen müssen, dass eine korrekte Kieferrelation bestehe und der Biss stimme. Auch die Okklusion sei fehlerhaft. Die Unterkieferbeweglichkeit führe zu einer Kiefergelenksblockade mit der Notwendigkeit einer Schmerztherapie. Die Beklagte habe es unterlassen, die vorbestehende beschwerdefreie Okklusion zu speichern. Die Beklagte habe den Biss „viel zu tief“ eingestellt und darüber hinaus auch noch zu kleine Zähne verwendet. Durch das Abschleifen sei der Biss dann noch weiter gesenkt worden, so dass sich die Beschwerden weiter verstärkt hätten. Das zahnärztliche Fehlverhalten der Beklagten habe die bestehende CMD-Erkrankung verursacht, die zu einer komplizierten Nachbehandlung geführt habe. Es sei gerade die Behandlung der Beklagten gewesen, die dazu geführt habe, dass kein richtiger Biss mehr vorhanden sei und eine tolerierbare Bisslage bis heute nicht habe gefunden werden können. Hätte die Beklagte einen beschwerdefreien Biss mit den üblichen Nachbesserungen und Feineinstellungen erreicht, wäre sie - die Klägerin - heute beschwerdefrei. Tatsächlich aber habe die Beklagte ein halbes Jahr lang die bestehenden Schmerzen und Funktionsstörungen ignoriert. Sie habe lediglich den Zahnersatz im Mund beschliffen, was fehlerhaft gewesen sei. Vor der Anfertigung des Zahnersatzes habe die Beklagte schließlich nicht darauf hingewiesen, dass die Pfeilerzähne durch das Beschleifen so stark beschädigt werden könnten, dass der Nerv gezogen werden müsse. Dieses Risiko habe sich verwirklicht, denn an Zahn 43 habe nach dem Abschleifen der Nerv gezogen werden müssen. Ferner sei sie nicht darauf hingewiesen worden, dass bei der geplanten Arbeit die Seitenverzahnung komplett aufgelöst werde mit dem Risiko, dass der individuelle Biss verloren gehe. Die Beklagte habe es auch unterlassen, darüber aufzuklären, dass die Möglichkeit bestehe, es bei verkürzten Zahnreihen zu belassen. Darüber hinaus habe die Beklagte den Hinweis unterlassen, dass die Prothesen immer getragen werden müssten, auch wenn dies aus welchem Grund auch immer Beschwerden oder Schmerzen verursache, da sonst die Gefahr bestehe, dass durch Zahnwanderungen die Prothesen nicht eingegliedert werden können. Bei ordnungsgemäßer Aufklärung vor der Behandlung im Januar 2009 hätte sie der Behandlung niemals zugestimmt. Die Klägerin hat unter Verweis auf ihre Beschwerden die Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von mindestens 10.000 € geltend gemacht sowie Schadensersatz in Höhe von insgesamt 12.994,48 €, vorgerichtliche Anwaltskosten i.H.v. 546,69 € und Feststellung zukünftiger Ersatzpflicht begehrt.

Die Beklagte hat das Vorliegen jeglicher Behandlungsfehler in Abrede gestellt und die geltend gemachten gesundheitlichen Folgen bestritten. Daneben habe sie die Klägerin umfassend über sämtliche Behandlungsschritte sowie über Alternativen, Risiken und Kosten aufgeklärt. 27

Das **Landgericht** hat die Klage gestützt auf das im selbständigen Beweisverfahren (4 OH 6/10 LG Bielefeld) eingeholte Gutachten und die erläuternden Ausführungen des Sachverständigen Dr. L2 im Rahmen seiner mündlichen Anhörung abgewiesen. Die Klägerin sei von der Beklagten insgesamt fachgerecht behandelt worden. Die angefertigten Oberkiefer- und Unterkieferprothesen der Klägerin stellten eine geeignete und komfortable Zahnversorgung dar, die über die „Regelversorgung“ hinausgegangen sei. Auf dem OPG von Januar 2009 sei zu erkennen, dass der Zahn 46 extraktionswürdig gewesen sei. Soweit sich dies bei Zahn 44 allein dem OPG nicht entnehmen lasse, ergebe sich aus der allein möglichen retrospektiven Begutachtung nicht, dass eine Extraktion dieses Zahnes fehlerhaft gewesen sei. Vielmehr spreche viel dafür, dass die Entscheidung, diesen Zahn zu ziehen, nach der den Behandlern auch klinisch möglichen Beurteilung fachgerecht gewesen sei. Da die Oberkieferprothese zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung nicht mehr im Mund einzugliedern gewesen sei, habe weder der Sitz der Prothese beurteilt werden können noch hätten Bewegungen simuliert werden können. Es könnten dazu lediglich indirekt über in der Prothese vorgefundene Spuren Schlüsse gezogen werden. In den Unterlagen seien lediglich 28

Frühkontakte erwähnt, welche darauf hindeuteten, dass die Abstützung der Zähne zwischen Oberkiefer und Unterkiefer im Zahnbogen nicht gleichmäßig gewesen sei. Die „Kiefergeometrie“ oder eine falsche Übertragung desselben sei als Ursache der geschilderten Beschwerden auszuschließen. Bei der Kieferrelation handele es sich um einen dynamischen Prozess, der auch anhand von Modellen nicht sicher bestimmt werden könne. Bei der Kieferrelation handele es sich überdies lediglich um ein Messen der Bewegung, gesucht sei allerdings die ideale Ruheposition für den Patienten. Es sei gleichwohl grundsätzlich zutreffend, dass die Bestimmung der Ruheposition vor Einsatz einer Prothese erfolgen solle. Ziel einer prothetischen Behandlung sei, den anfänglichen Biss des Patienten auf die spätere Prothetik zu übertragen. Es sei allerdings nicht möglich, den Biss vorher in einer Art und Weise zu sichern, dass später eine sichere Übertragung dieses Bisses auf die Prothetik gelinge. Der jeweilige Biss des Patienten sei vielmehr von einer Vielzahl von anatomischen Besonderheiten und Beweglichkeiten abhängig, die auf ein statisches Modellsystem nicht zu übertragen seien. Es sei medizinisch bisher nicht gelungen, einen Biss in einer Art und Weise zu sichern, dass er sicher rekonstruierbar sei. Soweit die Bissrelation weniger durch den Zahnbestand geregelt sei, sondern vielmehr durch die Lage des Kiefergelenkköpfchens in der Gelenkspfanne, sei auch insoweit bei der Ermittlung eines für den Patienten akzeptablen Bisses auf die anatomische Situation Rücksicht zu nehmen. Auch insoweit ergäben sich Schwierigkeiten bei der Ermittlung eines akzeptablen Bisses, was sich hier dadurch zeige, dass viele Nachbehandler bislang vergeblich versucht hätten, einen für die Klägerin akzeptablen Biss zu finden. Die Oberkieferprothese sei jetzt nicht mehr eingliederbar und damit nicht mehr verwendbar. Weitere erhebliche Mängel seien hierfür nicht ausschlaggebend und auch nicht anerkannt worden, sondern ausschließlich der Umstand, dass durch Weglassen dieser Prothese die Zahnkronen eine andere Stellung im Kiefer eingenommen hätten, die dazu führe, dass die Teleskope nicht mehr einzusetzen seien. Es seien daher tatsächlich neue Prothesen anzufertigen. Insgesamt liege das Fatale und für die Beschwerden der Klägerin Entscheidende demnach darin, dass diese die Oberkieferprothese später nicht mehr regelmäßig getragen habe. In einem solchen Fall fehle die Abstützung im Mund.

Patienten hätten insbesondere bei Verspannungen Schwierigkeiten, einen für sie genehmen 29
Biss zu finden. Der Biss bzw. die Stellung von Ober- und Unterkiefer zueinander veränderten sich im Laufe des Tages regelmäßig danach, wie sich der Patient konkret verhalte. Man sehe diese Problematik bei der Behandlung der Klägerin unter anderem darin, dass der nachbehandelnde Zahnarzt Dr. T4 insgesamt 15 Registrierungen des Bisses durchgeführt habe. In aller Regel seien diese Bissveränderungen nicht problematisch. Bei manchen Patienten sei dies allerdings nicht der Fall. Es sei in der Zahnmedizin anerkannt, dass selbst eine einfache Füllung, die nur um wenige hundertstel Millimeter von der bisherigen Bissposition abweiche, zu langandauernden Schwierigkeiten führen könne. Es sei bei der prothetischen Versorgung also nicht „der Biss“ zu finden, sondern vielmehr eine akzeptable Bisssituation für die vielfältigen Tätigkeiten der Patienten in ihrem täglichen Leben. Dies gelinge deshalb gut, weil die Patienten hier ein großes Toleranzspektrum aufwiesen und auch verschiedene Bisssituationen akzeptierten. Einige Patienten - wie auch die Klägerin - täten dies allerdings nicht. Die Klägerin habe durch die Behandlung der Beklagten überdies keinen Schaden erlitten. Die Funktion der Oberkieferprothese könne allerdings wegen zwischenzeitlich naturgemäß eingetretener Veränderungen nicht mehr überprüft werden, wobei die Beklagte für diese Veränderungen nicht verantwortlich sei und zuvor alle notwendigen Maßnahmen vorgenommen habe, um die Prothetik passgenau eingliedern zu können. Es sei die Klägerin, welche die Oberkieferprothese nach zwischenzeitlichen Behandlungsmaßnahmen durch Dr. von F nicht mehr getragen und damit weitere Feststellungen zu den Arbeiten der Beklagten unmöglich gemacht habe. Mängel in der

Prothetik selbst, die für die Beschwerden von Relevanz seien, lägen ebenfalls nicht vor.

Die Klägerin könne auch kein Schadensersatz aufgrund eines Aufklärungsversäumnisses verlangen. Die Beklagte sei nicht bereits bei der Extraktion des Zahnes 44 am 02.02.2009 verpflichtet gewesen, die Klägerin über Kosten zu informieren die sich erst anschließend durch das Gutachten Dr. L vom 25.02.2009 erstmals abgezeichnet hätten. Sie habe auch nicht darüber aufgeklärt werden müssen, dass die Kronen auch aus Gold hätten gefertigt werden können. Eine gesonderte Aufklärungspflicht über das verwendete Material habe nicht bestanden. Die Beklagte habe einen allgemein zugelassenen Werkstoff verwendet. Gleiches gelte für den weiteren Vorwurf, die Beklagte habe sie nicht über die Möglichkeit aufgeklärt, es bei verkürzten Zahnreihen zu belassen. Auch hinsichtlich des Risikos für Distraktionen der Kiefergelenke habe keine Aufklärungspflicht bestanden. Angesichts der umfassend geplanten Prothetik und der Vielzahl der damit verbundenen Einzelmaßnahmen sei auch nicht gesondert über das Risiko einer Devitalisierung aufzuklären. Eine Aufklärung über das mit einer kompletten Auflösung der Seitenverzahnung verbundene Risiko eines Bissverlustes sei schon deshalb nicht geboten gewesen, weil es nach den Feststellungen des Sachverständigen bei der Klägerin zu keiner Auflösung der Seitenverzahnung gekommen sei. Ihre Beschwerden beruhten vielmehr darauf, dass sie die Oberkieferprothese nicht mehr getragen habe. Hinsichtlich des Vorwurfs, nicht über die Notwendigkeit eines steten Tragens der Prothese aufgeklärt worden zu sein, habe die Klägerin die sich aus der Dokumentation ergebende Aufklärung nicht widerlegt. 30

Hiergegen richtet sich die Berufung der **Klägerin**, die ihr erstinstanzliches Begehren vollumfänglich weiterverfolgt. Das Landgericht sei von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen. Entgegen den Ausführungen des Sachverständigen seien im Ausgangsbefund im Januar 2009 im Oberkiefer noch 11 statt 10 natürliche Zähne sowie im Unterkiefer noch 12 statt 9 eigene Zähne vorhanden gewesen. Sodann hätte der Sachverständige den Sitz der Oberkieferprothese ermitteln müssen. Jedenfalls aus den Fotos, den radiologischen Aufnahmen, den Heil- und Kostenplänen der Beklagten, der Patientenakte und insbesondere aus den noch vorliegenden Modellen könne der Ausgangsbefund rekonstruiert werden. Der Zustand nach Eingliederung können darüber hinaus durch die Feststellungen des Zahnarztes Dr. T2 rekonstruiert werden, der die Klägerin persönlich und zeitnah untersucht und umfangreiche Mängel festgestellt habe, wonach eine Neuanfertigung der Oberkieferprothese dringlich gewesen sei. Gleiches gelte für die Feststellung des Nachbehandlers Dr. von F, der die Prothetik im Oberkiefer ebenfalls gesehen und als erneuerungsbedürftig beurteilt habe. Die Anhörung der Zeugen sei geboten, wenn ansonsten seitens des Sachverständigen keine Bewertung der Ausgangssituation und der Situation nach der streitigen Behandlung abgegeben werden könne. Das Landgericht habe auch nicht berücksichtigt dass die Beklagte die weitere Behandlung am 15.02.2010 abgelehnt habe. Aus diesem Grund dürfe ihr, der Klägerin, nicht vorgehalten werden, die Prothetik nicht weiter getragen zu haben. Soweit Dr. von F im Rahmen der Nachbehandlung die Unterkieferprothese bis auf das Metall heruntergeschliffen und damit die Bisslage tiefer gesetzt habe, sei der Sachverständige gleichwohl von einer Erhöhung der Bisslage ausgegangen. Diesem Widerspruch sei das Landgericht nicht nachgegangen. Da die Aufbissschiene überdies direkt auf die Primärteleskope gearbeitet worden sei, habe sich damit keine Bisserhöhung ergeben können. Aus den gemäß Heil- und Kostenplan des Nachbehandlers Dr. von F (23.02.2010) folgenden weitreichenden Maßnahmen und Folgebehandlungen ergebe sich bereits, dass die Behandlung seitens der Beklagten fehlerhaft gewesen sei. Daraus folge, dass die Kieferrelation nicht festgestellt worden sei und dass zur Anpassung des Unterkieferzahnersatzes ggf. die natürlichen Zähne 23 und 33 eingeschliffen werden müssten. Das Landgericht habe hinsichtlich der Bewertung eines Behandlungsfehlers weiter 31

die Feststellungen des Herrn Dr. T2s außer Acht gelassen. Hinsichtlich der möglichen Schädigung des Kiefergelenkes durch zu lange Mundöffnung und des Druckgefühls beim Tragen der Oberkieferprothese sowie hinsichtlich der überstehenden Ränder der Teleskopkronen sei eine Bewertung hinsichtlich eines Behandlungsfehlers fehlerhaft nicht vorgenommen worden. Nach Eingliederung der Prothetik seien der Gaumenbügel und die Prothesensättel wegen der durchgehenden Schmerzen im linken Oberkiefer extrem eingekürzt worden. Nachdem die Beschwerden auch nach der Kürzung nicht abgeklungen seien, hätte spätestens zu diesem Zeitpunkt eine Überprüfung der Zähne auf Vitalität erfolgen müssen. So dauerhafte massive Beschwerden gebe es bei einem gut sitzenden Zahnersatz nie, weshalb ein Behandlungsfehler vorliegen müsse. Die Schlussfolgerung, dass der Zahn 44 extraktionswürdig gewesen sei, sei nicht haltbar. Seit dem Jahr 2007 ergebe sich aus der Karteikarte der Beklagten kein Untersuchungsbefund über den Zustand dieses Zahnes, der auch keine Beschwerden verursacht habe. Letztlich sei der Zahn erhaltungsfähig gewesen. Wäre der Zahn 44 nicht extrahiert worden, wäre auch keine prothetische Versorgung nötig gewesen. So habe aber eine sichtbare Lücke bestanden, die geschlossen werden musste. Überdies hätten derart nichtrevisible Maßnahmen nicht vor Genehmigung des Heil und Kostenplans durchgeführt werden dürfen. Hinsichtlich der Kiefergeometrie geht es hier nicht allein um Druckstellen sondern darum, dass der Gutachter Dr. T2 festgestellt habe, dass die Prothese nicht lagestabil sei und leichte Kippbewegungen erkennbar sein. Dass Kippen der nicht lagestabilen Prothese allein könne aber schon Ursache der CMD-Erkrankung sein. Eine Kieferrelationsbestimmung sei immer dann erforderlich wenn der Patienten nahezu zahnlos sei oder wenn die Seitenverzahnung fehle. Wenn ein Biss vorhanden sei, dann könne der Biss auch auf jeden Fall 1:1 in die Prothetik übertragen werden. Die Beklagte habe eine Bissabnahme erst vorgenommen, nachdem sie die Zähne im Seitenzahnbereich bereits abgeschliffen habe. Der Biss oder die Kieferrelation sowie die Okklusion müssten aber vor Beginn der Behandlung gesichert werden. Nachdem die Beklagte den Biss nicht gesichert und die Zähne im Seitenzahnbereich abgeschliffen habe, sei eine Kieferrelationsbestimmung erforderlich gewesen. Es sei den Nachbehandlern unmöglich gemacht worden, einen akzeptablen Biss zu finden. Die Bewertung des Landgerichts, dass die Oberkieferprothese nicht mehr verwendbar sei, weil durch das Nichttragen die Zahnkronen eine andere Stellung in Kiefer eingenommen hätten und die Teleskope nicht mehr einzusetzen seien, berücksichtige nicht, dass Dr. T2 bereits kurz nach der Eingliederung darauf hingewiesen habe, dass die Oberkieferprothese erneuert werden müsse. Die Mängel hätten danach schon zu einem Zeitpunkt vorgelegen, als die Prothetik eingegliedert und noch getragen worden sei. Soweit ein großes Risiko bestanden habe, dass es durch die umfangreiche Prothetik im Ober- und Unterkiefer zu einer Bissveränderung komme, die nicht toleriert würde, hätte vor der Prothetik eine entsprechende Aufklärung erfolgen müssen. Das Landgericht habe insgesamt die erheblichen Widersprüche des Sachverständigen zu den Feststellungen der anderen Zahnärzte und Gutachter nicht kritisch gewürdigt und hinterfragt. Das Verhalten der Beklagten, welche die weitere Behandlung bzw. Neuanfertigung am 15.02.2010 abgelehnt habe, müsse hier zu einer Beweislastumkehr führen. Die gebotene Risikoaufklärung ergebe sich nicht aus der Patientenakte und sei nicht erfolgt. Die Einschleif-Maßnahmen hätten dazu geführt, dass der Zahn 43 abgestorben sei. Über das Risiko, dass es durch Einschleif-Maßnahmen zum Absterben eines Zahnes kommen könne, sei jedenfalls nicht aufgeklärt worden. Eine Aufklärung vor Beginn der Behandlung sei insgesamt nicht erfolgt. Es fehle auch eine Aufklärung zu den vorgesehenen Materialien. Bei der Verwendung von Gold könnten die Kronen zierlicher angefertigt werden was die Zahnsubstanz schone und zu längerer Haltbarkeit führe. Aber auch echte Behandlungsalternativen, nämlich die verkürzte Zahnreihe im Ober- und Unterkiefer seien gegeben. Es seien sechs Zähne abgeschliffen worden und vier Zähne zu ersetzen gewesen. Wegen des Risikos, dass beim Abschleifen bzw. bei Kronen bestehe, sei das Verhältnis nicht mehr gewahrt gewesen. Insoweit sei zu

auch zu berücksichtigen, dass die Beklagte den Zahn 44 vor Genehmigung des Heil und Kostenplanes extrahiert habe. Auch insoweit habe eine Aufklärungsverpflichtung bestanden. Das Landgericht habe sich auch nicht mit einem vorliegenden Befunderhebungsfehler auseinandergesetzt. Die Beklagte habe weder vor noch während der Behandlung eine Vitalitätsprüfung vorgenommen und habe keinen Kältetest gemacht. Der Zahn 25 habe bereits in der ersten Woche nach Eingliederung der Zahnkronen eine Perforation gehabt. Er sei deswegen geschädigt worden, weil er eine zu hohe Krone gehabt hätte. Es hätten sofort nach der Behandlung Beschwerden im Bereich des Zahns 25 vorgelegen. Eine Behandlung durch die Beklagte sei aber fehlerhaft nicht durchgeführt worden. Der Zahn 25 sei nun ebenso devital wie der Zahn 24. Ursache sei ein Überkronungstrauma oder Aufbisstrauma, das hätte vermieden werden können, wenn die Beklagte die überkronten Zähne auf Sensibilität überprüft hätte. Demnach sei die Nachsorge fehlerhaft gewesen.

Die **Klägerin** beantragt, 32

das am 12.01.2016 verkündete Urteil des Landgerichts Bielefeld – 4 O 39/12 – abzuändern und nach den in I. Instanz zuletzt gestellten Anträgen der Klägerin zu erkennen. 33

Die **Beklagte** beantragt, 34

die Berufung zurückzuweisen. 35

Die **Beklagte** verteidigt die angefochtene Entscheidung. Der Zahn 44 sei – wie dokumentiert – aufgrund rezidivierender kombinierter parodontaler und endodontischer Probleme nicht erhaltungsfähig gewesen. Der weitere Heil- und Kostenplan sei dem Planungsgutachten entsprechend erstellt worden. Bei Durchführung der Arbeiten seien verschiedene Anproben und Änderungen aber keine Neuanfertigungen vorgenommen worden. Die Prothetik habe sodann nicht zu den behaupteten Beschwerden geführt. Es sei zum Behandlungszeitpunkt oder unmittelbar nach der Behandlung auch keine CMD aufgetreten. Insbesondere belege die komplette Neuanfertigung der gesamten Prothetik ohne vorausgehende Schienentherapie, dass auch zu diesem Zeitpunkt noch keine CMD vorgelegen habe. Erst 7 Jahre später, nach zahlreichen Nachbehandlungen und einer kompletten Neuversorgung seien von der Klägerin endodontische Beschwerden behauptet worden. Dabei lege die von der der Uniklinik N2 geäußerte Verdachtsdiagnose einer somatischen Störung nahe, dass die Beschwerden nicht im Bereich der zahnärztlichen Prothetik bestünden. Hinsichtlich des angeblich perforierten Zahn 25 sei nur das Sekundärteleskop bearbeitet worden. Das Absterben des Zahns liege überdies 7 Jahre nach der Zahnbehandlung. Die von Dr. T2 seinerzeit erhobenen Beanstandungen hätten durch Unterfütterungs- und Einschleifmaßnahmen behoben werden können. Zudem sei nicht auszuschließen, dass es zu Beschädigungen gekommen sei, als die Klägerin die Prothetik fallengelassen habe. Auch seien die Primärteleskope nicht beanstandet und auch durch den Nachbehandler Dr. von F weiter verwendet worden. Entsprechend habe Dr. von F auch nur eine Umarbeitung der Prothese vorgeschlagen. Die umfassenden weiteren Arbeiten der Nachbehandler Dr. von F und Dr. N gäben keinen Hinweis auf eine fehlerhafte Behandlung der Beklagten. Spätere Beschwerden der Klägerin seien erst nach der durchgeführten Neuversorgung aufgetreten. Alle Nachbehandler seien daran gescheitert, die tatsächlichen Ursachen für die Erkrankung der Klägerin festzustellen. Hinsichtlich des Bisses gebe es „nicht die eine“, sondern allenfalls eine individuelle vom Patienten akzeptierte Position, woran aber sämtliche Nachbehandler gescheitert seien. Es bleibe dabei, dass keine gravierenden Mängel an der Prothetik vorgelegen hätten und eine Neuversorgung gerade nicht erforderlich gewesen sei. Hinsichtlich der Kieferrelationsbestimmung sei die Seitenverzahnung nicht aufgehoben worden. Es habe eine phasenweise Präparation mit entsprechender Registrierung 36

stattgefunden. Eine Extraktion sei erst nach Bissregistrierung erfolgt. Der Sachverständige habe umfassend dargelegt, weshalb die Oberkieferprothese nicht mehr eingliederbar und die Situation im Mund nicht nachprüfbar gewesen sei. Die Unterkieferprothese sei im Übrigen nicht bemängelt worden. Zudem richteten sich die erhobenen Vorwürfe zumeist gegen Maßnahmen der Nachbehandler. Die Aufklärung habe an drei Terminen stattgefunden und sei in der Patientenakte ausdrücklich festgehalten worden. Die Klägerin sei auch auf Behandlungsalternativen sowie darauf hingewiesen worden, dass es zu im Normalfall revisiblen Anpassungsstörungen kommen könne. Die Verwendung einer Nichtedelmetalllegierung ergebe sich aus dem Kostenplan und sei mit der Patientin erörtert worden.

Der Senat hat die Klägerin und die Beklagte erneut persönlich angehört. Ferner hat der Sachverständige Dr. L2 sein Gutachten mündlich erläutert und ergänzt. Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 04.11.2016 sowie den Berichterstattervermerk vom gleichen Tag verwiesen. 37

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes, insbesondere des genauen Wortlautes der erstinstanzlich gestellten Anträge, wird auf die angefochtene Entscheidung und die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen. 38

II. 39

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, aber nicht begründet. 40

Zu Recht hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Die von der Klägerin geltend gemachten Ansprüche auf Schmerzensgeldzahlung, Schadensersatz und Feststellung zukünftiger Ersatzpflicht stehen ihr nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu. 41

Es kommen weder vertragliche Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag gemäß §§ 611, 280 Abs. 1, 249, 253 Abs. 2 BGB noch deliktische Ansprüche gemäß §§ 823 Abs. 1, 249, 253 Abs. 2 BGB gegenüber der Beklagten in Betracht. 42

Der Senat stützt sich dabei aus den nachfolgenden Gründen auf die erstinstanzliche Begutachtung durch den gerichtlichen Sachverständigen Dr. L2 sowie dessen umfassenden Ausführungen bei seiner Anhörung vor dem Senat. Der Sachverständige hat sich bereits erstinstanzlich dezidiert mit den vorhandenen Krankenunterlagen und dem zu begutachtenden Sachverhalt auseinandergesetzt. Er hat auch im Rahmen seiner Anhörung durch den Senat seine Feststellungen und fachlichen Beurteilungen unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde und der einschlägigen Literatur überzeugend vertreten. 43

Das Landgericht hat gestützt auf das im selbständigen Beweisverfahren (Az. 4 OH 6/10) eingeholte Gutachten des Sachverständigen Dr. L2 in zutreffender Weise das Vorliegen eines Behandlungsfehlers oder Aufklärungsmangels verneint. 44

1. 45

Die Klägerin vermochte auch unter Berücksichtigung ihres Berufungsvorbringens nicht zu beweisen, dass die Prothese durch die Beklagte fehlerhaft erstellt worden ist und die bei ihr vorliegenden funktionellen Beschwerden auf einer etwaigen fehlerhaften (Oberkiefer-)Prothese beruhen. 46

47

Die auf Basis des Heil- und Kostenplans vom 06.03.2009 der Beklagten angefertigten Oberkiefer- und Unterkieferprothesen stellen zunächst nach Angabe des Sachverständigen eine geeignete und komfortable Zahnversorgung dar, die über die Regelversorgung hinausgeht. Dabei handelt es sich, wie der Sachverständige im Senatstermin nochmals bestätigt hat, bei den Teleskop-Prothesen um eine Planung auf hohem Niveau.

a) 48

Ohne Erfolg wirft die Klägerin der Beklagten aber weiterhin vor, die Prothetik sei fehlerhaft erstellt worden und habe zu einem falschen Biss und dem Fehlen einer korrekten Kieferrelation geführt, was wiederum zu einer Kiefergelenksblockade und Schmerzen geführt habe. 49

Der Sachverständige hat unter nochmaliger Würdigung des klägerischen Vorbringens im Senatstermin ausführlich und überzeugend dargelegt, dass er keinen konkreten Anhaltspunkt dafür festzustellen vermochte, dass die Beklagte im Rahmen der prothetischen Versorgung der Klägerin gegen den zahnmedizinischen Standard verstoßen hat. Er vermochte – mit der Einschränkung, dass er die Prothese nicht in situ gesehen hat – weder eindeutige „handwerkliche Fehler“ bei der Erstellung der Oberkieferprothese selbst festzustellen, die den Vorwurf eines fehlerhaften Vorgehens der Beklagten begründen könnten. Noch kann der Beklagten ein Vorwurf daraus gemacht werden, dass bei der Klägerin durch die Behandlung der Beklagten die zuvor noch akzeptierte Biss-Situation verloren gegangen ist, weil es entgegen der Auffassung der Klägerin bis heute gerade keine sichere Möglichkeit gibt, den Biss eines Patienten vorab eins zu eins zu sichern. Soweit nach dem Einsetzen der Prothese Beschwerden aufgetreten sind und bis heute trotz vielfacher Nachbehandlungen keine von der Klägerin akzeptierte Biss-Situation gefunden werden konnte, ist es auch nach den ergänzenden Angaben des Sachverständigen nicht als behandlungsfehlerhaft anzusehen, wenn durch den vorgenommenen zahnmedizinischen Eingriff die Ruheposition des Kiefers „verloren gegangen“ ist. 50

b) Eine abweichende Beurteilung ergab sich dabei auch nicht unter Berücksichtigung der vielfachen Berufungsangriffe der Klägerin. 51

aa) Soweit die Klägerin moniert, es seien entgegen dem schriftlichen Gutachten (Gutachten v. 06.05.2011, S. 2., Bl. 67 Beiakte) im Ausgangsbefund 2009 im Oberkiefer noch elf statt zehn natürliche Zähne und im Unterkiefer noch zwölf statt neun eigene Zähne vorhanden gewesen, so hat der Sachverständige dargelegt, dass er seine Angaben aus der Karteikarte der Beklagten entnommen hat und bei Gutachtenerstellung sowohl aus den Eigenanteilsrechnungen der Beklagten als auch dem späteren Heil- und Kostenplan vom 18.02.2010 entnehmen konnte, dass im Oberkiefer sechs Zähne versorgt und vier Zähne natürlich geblieben sind, was bedeutet das dort noch zehn Zähne vorhanden gewesen sind sowie dass im Unterkiefer vier provisorische und fünf natürliche Zähne, d.h. insgesamt 9 Zähne, vorgelegen haben. Die Angaben des Sachverständigen werden danach durch die Behandlungsunterlagen gestützt. 52

bb) Es verbleibt auch nach der ergänzenden Beweisaufnahme dabei, dass sich der Ausgangsbefund nach Eingliederung der Prothese durch die Beklagte heute nicht mehr rekonstruieren lässt. 53

Die Klägerin hat die Prothese – bereits wenige Monate nach deren Eingliederung – nicht mehr getragen, weshalb es zu Veränderungen des Zustands im Gebiss mit der Folge gekommen ist, dass die Prothese heute nicht mehr eingegliedert werden kann. 54

Träger ein Patient seine Prothese längere Zeit nicht, sind nach Angabe des Sachverständigen die Zähne nicht mehr abgestützt und verändern ihre Lage, wobei dieser Zustand dann nicht mehr revisibel ist. Der Zustand entsprach danach zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr demjenigen unmittelbar nach Einsetzen der Prothese. Die Abweichung der Zahnachsen war schlicht zu groß. 55

Der Ausgangsbefund nach Eingliederung der Prothese ist danach heute nicht mehr zu rekonstruieren. Der Sachverständige vermochte insoweit nur sicher festzustellen, dass die Passung da gewesen sein muss, weil die Klägerin die Prothese zunächst unstreitig noch getragen hat. 56

Der damalige Sitz der Oberkieferprothese ließ sich auch nicht aus den Fotos, den radiologischen Aufnahmen, den Heil- und Kostenplänen der Beklagten, der Patientenakte und insbesondere nicht aus den noch vorliegenden Modellen rekonstruieren. Auch die Bekundungen des vom Senat hierzu vernommenen Nachbehandlers Dr. von F haben insoweit keine Klarheit erbringen können. So hat auch der Zeuge Dr. von F seinerzeit trotz des Gutachtens von Dr. T2 zunächst keine Neuversorgung des Oberkiefers vorgenommen, sondern nur eine umfangreiche Umarbeitung vorgeschlagen. Der Zeuge hat angegeben, dass die Oberkieferprothese von der Basis her problemlos zu gebrauchen war und es bei der von ihm geplanten Neuversorgung vor allem um die Relation aus der Oberkiefer- und Unterkieferprothese gegangen ist. Den bei der Klägerin diagnostizierten Distalbiss hat der Zeuge dabei als vorbestehend angesehen und nicht auf die von der Beklagten erstellten Prothese zurückgeführt. Soweit der Zeuge auch Einschleifmaßnahmen im natürlichen Gebiss der Klägerin für sinnvoll erachtet hat, bedeutet dies nach Angabe des Sachverständigen gerade nicht, dass diese Maßnahmen auch schon vor der Prothetik der Beklagten zwingend erforderlich gewesen sind. 57

Entgegen der Auffassung der Klägerin ergibt sich eine fehlerhafte Vornahme der prothetischen Versorgung auch nicht aus dem Gutachten des Zahnarztes Dr. T2. Nachdem Dr. T2 aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr als Zeuge vernommen werden konnte, hat sich der Sachverständige nochmals eingehend mit dessen Gutachten (vgl. Bl. 9 Beiakte 4 OH 6/10) und sämtlichen dort aufgeführten Mängeln der Oberkieferprothese auseinandergesetzt. Dabei ist der Sachverständige zu dem eindeutigen Ergebnis gelangt, dass sämtliche Positionen für sich genommen Dinge betreffen, die innerhalb eines einzigen Tages im Labor abgestellt werden können. Nur die Perforation an Zahn 25 hätte mittels eines Deckelchens geschlossen werden müssen, was zwei Tage dauert. Alle in dem Gutachten Dr. T2 festgestellten Mängel betreffen Dinge, die außerhalb des Mundes der Patientin im Labor geregelt werden können und damit ohne Weiteres durch Umarbeitung der Prothese behebbar gewesen sind. So hätte eine kippende Prothese zum Beispiel durch Unterfütterung an der entsprechenden Stelle ausgeglichen werden können. Soweit seitens der Klägerin moniert wurde, dass die Enden zu kurz sind, ist diese Kürzung ausweislich der Behandlungsunterlagen zuvor gerade auf Wunsch der Patientin durchgeführt worden. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen ergibt sich danach auch unter Berücksichtigung der Bewertung Dr. T2 und der in dessen Gutachten aufgeführten Mängel kein Behandlungsfehler der Beklagten. Man hätte die Prothese ohne weiteres ins Labor schicken, alle monierten Punkte abarbeiten und die Mängel abstellen können. So wäre dann dem Gutachten Dr. T2 Genüge getan worden. Der Sachverständige ist insoweit dabei verblieben, dass sich letztlich nicht überprüfen ließ, ob die Oberkieferprothese gemäß der Empfehlung Dr. T2 gänzlich neu erstellt werden musste, weil er diese nicht im Mund der Patientin gesehen hat. 58

59

cc) Es haben sich auch keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die unstreitig ab Februar 2010 erfolgte Behandlungsablehnung seitens der Beklagten nicht dem zahnmedizinischen Standard entsprochen hat.

Soweit der Gutachter Dr. T2 gesagt hat, dass die Prothese neu erstellt werden muss, war das Gutachten grds. von der Beklagten im Rahmen ihrer Nachbesserungspflicht umzusetzen. In einem solchen Fall müssen sich nach den Ausführungen des Sachverständigen der Arzt und die Patientin unterhalten, in welcher Form die Neuerstellung vorgenommen wird. In der Regel kann man die Vorgaben des Gutachtens auch dahingehend erfüllen, dass man im Einvernehmen mit dem Labor eine Umarbeitung der Prothese vornimmt. Es ergibt sich danach zunächst nur die Pflicht des Behandlers, dies möglichst im Einvernehmen mit der Patientin umzusetzen und Beschwerdefreiheit zu erreichen. 60

Vorliegend sind unstreitig in den sieben Monaten nach der Eingliederung umfassende Behandlungen erfolgt und umfassende Veränderungen an der Prothese vorgenommen worden, um Beschwerdefreiheit herzustellen. Ob der Klägerin danach tatsächlich eine Neuerstellung der Prothese angeboten werden musste, vermochte der Sachverständige aus den oben bereits dargelegten Gründen nicht zu sagen. Der Sachverständige hat es aber ausdrücklich nicht beanstandet, dass eine solche Prothese umgearbeitet wird, bis der Patient zufrieden ist. Es kommt vielmehr immer darauf an, dass der Patient zufrieden ist und die neue Prothese von ihm toleriert wird. Der Zahnarzt kann schließlich die weitere Behandlung ablehnen, wenn er das Gefühl hat, dass er der Patientin nicht mehr helfen kann, weil die Patientin ihm letztlich nicht mehr vertraut. Man kann das Behandlungsende einvernehmlich vereinbaren, ggf. kann man dies auch einseitig machen. Soweit danach die Beklagte letztlich aufgrund von Differenzen auch bezüglich einer Neuerstellung der Oberkieferprothese die weitere Behandlung der Klägerin im Februar 2010 abgelehnt haben sollte, ist ihr dies aus ärztlicher Sicht nicht vorwerfbar und führt entgegen der Auffassung der Klägerin vor allem nicht zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich der Frage der Erforderlichkeit einer Neuerstellung der Prothese. 61

dd) Der Senat vermag weiter auch keinen Widerspruch hinsichtlich der Veränderung der Bisslage festzustellen. Der Sachverständige hat zunächst bestätigt, dass im Rahmen der Nachbehandlung die Unterkieferprothese bis auf das Metall heruntergeschliffen und damit die Bisslage tiefer gesetzt worden ist. Im Anschluss daran ist dann vom Zeugen Dr. F, wie von diesem auch im Rahmen seiner Vernehmung im Senatstermin bestätigt worden ist, wieder eine Bisserhöhung durch die Schienentherapie vorgenommen worden. Nachdem eine Absenkung des Bisses immer mit einer zusätzlichen Belastung für das Kiefergelenk verbunden ist, war der Sachverständige lediglich erstaunt, dass durch die vom Zeugen im Anschluss durchgeführten Aufbiss-Maßnahmen bei der Klägerin keine Erleichterung eingetreten ist. 62

Es ergibt sich auch weder aus der vom Zeugen Dr. von F durchgeführten Schienenbehandlung noch aus den übrigen im Heil- und Kostenplan des Nachbehandlers (23.02.2010) vorgesehenen Maßnahmen und Folgebehandlungen ein Rückschluss auf einen Behandlungsfehler der Beklagten. Dies gilt nach den Angaben des Sachverständigen auch unter Berücksichtigung der im Senatstermin getätigten Ausführungen des Zeugen. Es entspricht dem Normalfall insbesondere bei einer teleskopischen Versorgung, dass im Anschluss teils umfangreiche Nachbearbeitungsmaßnahmen erfolgen müssen. Hieraus ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen ärztlichen Fehler. 63

ee) Soweit die Klägerin im Rahmen ihres Berufungsvorbringens weitere Behandlungsfehler der Beklagten moniert hat, ließen sich diese im Rahmen der ergänzenden Beweisaufnahme 64

sämtlich nicht bestätigen.

Mögliche Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke durch die lange Mundöffnung bei der Behandlung durch Überlastung sind reversibel. Nach einigen Tagen ist der Patient nach Angabe des Sachverständigen immer beschwerdefrei. Auch bezüglich des angegebenen Druckgefühls beim Tragen der Oberkieferprothese ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Behandlungsfehler. Zudem hat der Sachverständige insoweit darauf verwiesen, dass die Klägerin zunächst das Gefühl hatte, dass die Kronen zu lang waren und ins Zahnfleisch gingen, später dann war sie der Auffassung, diese seien zu kurz. Er hat dargelegt, dass man hinsichtlich der überstehenden Ränder der Teleskopkronen leicht eine Kürzung hätte vornehmen können, wenn diese ins Zahnfleisch geschnitten haben sollten. Bezüglich des gegensätzlichen Vorwurfs, die angefertigten Kronen hätten zu kurze Ränder, vermochte der Sachverständige allein zu sagen, dass im Bereich der Primärkronen Abschnitte des Zahns zu sehen waren, was aber letztlich nur zeigt, dass das Zahnfleisch zurückgegangen ist. Die Übergänge waren glatt, so dass aus medizinischer Sicht daher zwingend das Zahnfleisch zurückgegangen sein muss. Der Sachverständige hat danach keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Kronen zu kurz waren. Korrespondierend hierzu hat auch der Gutachter Dr. T2 seinerzeit keine Mängel hinsichtlich angeblich zu kurzer Ränder der Kronen festgestellt. 65

ff) Es liegt auch kein Befunderhebungsfehler der Beklagten dahingehend vor, dass vor und während der Behandlung medizinisch erforderliche Vitalitätsprüfungen fehlerhaft unterblieben sind. Der Sachverständige hat insoweit bestätigt, dass die aus fachlicher Sicht vorzunehmenden Vitalitätsprüfungen durchgeführt worden und durch die Beklagte ordnungsgemäß dokumentiert worden sind. Der Sachverständige konnte lediglich die tatsächliche Vitalität bei eingesetzten Kronen der Klägerin nicht überprüfen. 66

gg) Es verbleibt auch dabei, dass die Indikation der erfolgten Extraktion des Zahn 44 aus zahnmedizinischer Sicht nicht zu beanstanden ist. 67

Der Sachverständige vermochte allein dem im Januar 2009 erstellten OPG (Bl. 156 d.A.) für sich genommen nicht zu entnehmen, dass der Zahn 44 extraktionswürdig war. Er hat dort aber eine vertikale Tasche festgestellt und den Behandlungsunterlagen der Beklagten entnommen, dass der Zahn 44 schon seit 2007 gelockert war, weshalb seiner Auffassung nach die Entscheidung zur Extraktion fachgerecht war. Soweit die Klägerin dies weiterhin in Abrede stellt, hat der Sachverständige im Senatstermin überzeugen dargelegt, dass bei einer umfassenden prothetischen Planung „unsichere Kandidaten“ zu entfernen sind. Man bespricht mit dem Patienten vor der Behandlung, dass solche Zähne zu entfernen sind, weil die Prothese lange halten soll und entfernt sodann derartige Zähne, auch wenn diese zum Behandlungszeitpunkt gegebenenfalls noch keine Beschwerden machen. Dabei lässt sich im konkreten Fall der Klägerin ohne weiteres sagen, dass der Zahn 44 im Rahmen der prothetischen Planung gestört hat. Bei diesem Zahn hat es sich auch nicht um einen Abstützungszahn gehandelt, bei dem die Gefahr bestanden hätte, dass dessen Entfernung einen Verlust der Vertikalen nach sich zieht. 68

hh) Soweit die Klägerin im Nachgang der prothetischen Behandlung ihren Biss verloren hat und bis heute keine akzeptable Biss-Situation gefunden hat, finden sich auch zur Überzeugung des Senats keine Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Vorgehen der Beklagten. 69

Der Sachverständige hat insoweit dargelegt, dass es sich bei der Kieferrelation um einen dynamischen Prozess handelt, der auch anhand von Modellen nicht sicher bestimmt werden kann (vgl. Protokoll v. 02.11.2011 aus Beiakte 4 OH 6/10, Bl. 121). Dabei geht es hinsichtlich der Kieferrelation darum, wie der Unterkiefer zum Oberkiefer liegt. Maßgeblich ist hierbei 70

neben der Okklusion vor allem auch die Ruhe-Schwebelage und ob das Gelenkköpfchen richtig in die Gelenkspfanne passt. Der Sachverständige hat hierzu erstinstanzlich bereits sehr umfangreiche Angaben gemacht (Protokoll v. 12.01.2016, Bl. 184 f). Er hat dargelegt, dass sich aufgrund des großen Toleranzspektrums normalerweise eine akzeptable Bisssituation für die Patienten finden lässt, dass dies aber bei sehr wenigen Patienten nicht gelingt. In der konkreten Situation der Klägerin vermochte der Sachverständige nicht festzustellen, ob die Beklagte den Biss nicht hat finden können oder ob sich dieser aufgrund vorbestehender Verspannungen einfach immer wieder geändert hat. Er hat nochmals klargestellt, dass bis heute keine sichere Möglichkeit besteht, den Biss in jedem Fall eins zu eins auf die Prothetik zu übertragen. Aus diesem Grund kann man der Beklagten keinen Vorwurf machen, dass die zuvor noch akzeptierte Bisssituation durch die Behandlung verloren gegangen ist.

Der Sachverständige hat den „fehlenden Biss“ letztlich als schicksalhaft bezeichnet. 71
Hinsichtlich der Beschwerden der Klägerin hat er ausgeführt, dass das fatale Ergebnis maßgeblich darauf beruht, dass die Klägerin die Oberkieferprothese nicht mehr getragen hat. Hierdurch war keine gleichmäßige Abstützung der Kiefergelenke gegeben und das Kauorgan wurde insgesamt nur ungleichmäßig belastet, weshalb punktuell Überbelastungen aufgetreten sind (vgl. Gutachten S. 6, Bl. 71 Beiakte, Protokoll v. 12.01.2016, S. 4, Bl. 183). Die Klägerin leidet nach den Feststellungen des Sachverständigen unter funktionalen Beschwerden, wofür aber die „Kiefergeometrie“ oder eine falsche Übertragung derselben als Ursache auszuschließen ist. Der Sachverständige hat im Senatstermin auch nochmals klargestellt, dass die von der Klägerin angeführte CMD-Problematik lediglich einen Oberbegriff umfasst, durch den aber noch keine konkrete Erkrankung festgelegt ist. Dieser Befund beschreibt lediglich, dass die Relation von Ober- zu Unterkiefer nicht stimmt. Hieraus ergibt sich weder ein therapeutischer Ansatz noch eine Beschreibung der Ursache, die zu der konkreten Fehlstellung geführt hat. Bei der Klägerin bestand vor der prothetischen Behandlung keinerlei Hinweis auf eine CMD-Problematik. Man kann auch bis heute nicht eindeutig verifizieren, dass bei der Klägerin tatsächlich eine CMD- Problematik vorliegt. Anhaltspunkte für eine CMD-Problematik finden sich nach Angabe des Sachverständigen zwar aufgrund der Befunde der Nachbehandler. Allerdings gibt es hier unterschiedliche Aussagen. Manche Nachbehandler haben nur muskuläre Probleme gesehen, manche Probleme im Gelenkbereich. Soweit die Klägerin die Qualifikation des Sachverständigen zur Beurteilung der CMD-Problematik in Zweifel gezogen hat, hat der Sachverständige ausführlich dargelegt, dass die CMD- Problematik jeden Zahnarzt in seiner beruflichen Tätigkeit begleitet sowie dass er einschlägige Fortbildungen zur CMD besucht hat und fachlich in der Lage ist, eine CMD zu erkennen und zu beurteilen.

ii) In Zusammenhang mit der von der Klägerin nach der Behandlung nicht mehr akzeptierten 72
Biss-Situation verbleibt es auch dabei, dass im Streitfall kein zwingender Anlass für die Vornahme einer zudem nicht zum medizinischen Standard gehörenden Kieferrelationsmessung bestanden hat. Hierbei handelt es sich ohnehin nur um ein diagnostisches Instrument, welches den Ist-Zustand beschreibt, ohne dass sich daraus eine zwingend erfolgreiche Therapiemöglichkeit ergibt. In mehr als 95 % der Fälle wird auch ohne Durchführung einer Kieferrelationsmessung ein erfolgreiches Ergebnis erzielt. Die Kieferrelation ist zu bestimmen, wenn die Lage des Unterkiefers zum Oberkiefer nicht sicher ist oder verloren gegangen ist. Der Sachverständige hat die insoweit von der Beklagten niedergeschrieben Diagnose auch ohne die Untersuchung für zutreffend erachtet. Weiterhin handelt es sich bei der Kieferrelation um ein Messen der Bewegung, gesucht ist allerdings die ideale Ruheposition für den Patienten. Er hat darauf verwiesen, dass die Bestimmung dieser Ruheposition zwar vor Einsatz einer Prothese erfolgen sollte, sich jedoch statisch nicht

einwandfrei bestimmen lässt und zudem auch ändern kann. Soweit man mittels der Kieferrelationsbestimmung herauszufinden versucht, wie die Muskulatur in entspanntem Zustand den Unterkiefer fixiert und damit einen Versuch unternimmt zu rekonstruieren, welcher Biss vom Patienten toleriert wird, zeigt sich nach den ergänzenden Ausführungen des Sachverständigen im Senatstermin die Schwierigkeit im konkreten Fall der Klägerin bereits darin, dass die Nachbehandler immer wieder unterschiedliche Punkte gefunden haben.

jj) Ein Behandlungsfehler lässt sich schließlich nicht in Form einer fehlerhaften Nachsorge feststellen. Soweit die Klägerin eine Perforation der Krone des Zahns 25 anführt, hat der Sachverständige zwar bestätigt, dass die festgestellte Perforation iatrogen durch einen Zahnarzt herbeigeführt worden ist. Nachdem der Zeuge Dr. von F insoweit eigene Einschleifmaßnahmen in Abrede gestellt hat, spricht auch viel dafür, dass die Perforation im Rahmen der Umarbeitungsmaßnahmen durch die Beklagte herbeigeführt worden ist. Allerdings ist nach den Ausführungen des Sachverständigen nur die Sekundärkrone durchgeschliffen. Der Zahn selbst ist durch die Primärkronen nach wie vor geschützt. Dementsprechend kann dieser Zahn entgegen dem Vorbringen der Klägerin auch nicht sofort nach der Behandlung im Jahr 2009 Beschwerden verursacht haben. Die durch die Perforation erfolgte Beeinträchtigung hätte durch Anbringung eines Deckelchens im Rahmen der erforderlichen Umarbeitung der Oberkieferprothese ohne Weiteres beseitigt werden können. 73

2. 74

Eine Haftung der Beklagten ergibt sich auch nicht aufgrund einer unzureichenden Aufklärung. Das Landgericht hat im Streitfall mit zutreffender Begründung keine Aufklärungsmängel festzustellen vermocht. 75

Der Sachverständige hat im Senatstermin insoweit nochmals ausdrücklich dargelegt, dass auf eine mögliche Bissveränderung im Rahmen des Aufklärungsgesprächs zur Vornahme einer Prothetik nicht hinzuweisen ist. Die Möglichkeit, dass nach der Behandlung in seltenen Fällen keine akzeptable Bisssituation zu finden ist, ist nicht aufklärungspflichtig, weil mit der Behandlung keine Bissveränderung vorgenommen werden soll. Soweit von Patienten ein verlorener Biss beschrieben wird, kann dies nach Angabe des Sachverständigen meist auch nicht auf den konkreten Fall der vorherigen Prothesenanfertigung zurückgeführt werden. Die Klägerin war angesichts der umfassend geplanten Prothetik und der Vielzahl damit verbundener Einzelmaßnahmen im Rahmen der erforderlichen Risikoaufklärung auch nicht gesondert über das verwendete Material und das Risiko einer Devitalisierung aufzuklären. 76

III. 77

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO. 78

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr.10, 711 ZPO. 79

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat und auch keine Entscheidung des Revisionsgerichts zur Fortbildung des Rechts oder zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordert. 80

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE