

Krankenhaus haftet für verschwundene Zahnprothese

Erfahrungsgemäß kommt es häufig vor, dass Zahnprothesen im Rahmen einer stationären Behandlung verloren gehen. Wer muss für den Verlust einer Zahnprothese während eines Krankenhausaufenthalts aufkommen?

In dem hier entschiedenen Fall (AG Nürnberg Urteil vom 23.06.2021 – 19 C 867/21) erfolgte eine Verlegung des Patienten nach einer Operation. Vor der Operation wurde der Patient angewiesen, die Zahnprothese zu entnehmen und diese in eine extra dafür bestimmte Schale zu legen. Nach der Verlegung wurden dem Kläger alle Wertgegenstände ausgehändigt, mit Ausnahme der Zahnprothese.

Diese war anschließend nicht mehr auffindbar. Der Patient ließ eine neue Zahnprothese anfertigen und machte die entstandenen Kosten gegenüber der Klinik geltend. Durch die Haftpflichtversicherung wurde die Forderung zurückgewiesen, der Patient an seine gesetzliche Krankenversicherung verwiesen.

Das Amtsgericht Nürnberg hat auf die Klage den Anspruch stattgegeben und in dem Verlust der Zahnprothese eine Pflichtverletzung des Klinikums gesehen. Während eines Krankenhausaufenthalts bestehe die Pflicht zur ordnungsgemä-

ßen Aufbewahrung, hierbei handele es sich nicht nur um eine Gefälligkeit, da sich der Patient in der Obhut des Krankenhauses befunden habe und insoweit von ihm abhängig gewesen sei. Dem Patienten sei hier auch keine anderweitige und sichere Aufbewahrungsmöglichkeit für die Zahnprothese zur Verfügung gestellt worden.

Interessant sind dann auch die weiteren Ausführungen des Gerichts zur Schadenshöhe. Zunächst stellte es fest, dass eine Zahnprothese „eigentumsfähig“ sei, also eine selbstständige Sache. Etwas anderes würde nur dann gelten, wenn man hier annehmen würde, dass die Prothese fest mit dem Körper des Menschen verbunden sei. Dies sei bei einer Zahnprothese jedoch offensichtlich nicht der Fall, da sie jederzeit wieder herausnehmbar sei.

Das Gericht hat sich dann eingehend damit auseinandergesetzt, ob denn im Rahmen des Schadensausgleichs auch ein Abzug „neu für alt“ vorzunehmen sei. Es sieht nicht die Notwendigkeit eines Vorteilsausgleichs im Hinblick auf den Einsatz einer neuen Prothese. Zwar habe auch eine Prothese kein „ewiges Leben“, letztlich komme einer individuell angefertigten Prothese jedoch kein Handelswert zu, weil sie nicht auf einem

Gebrauchmarkt gekauft oder verkauft werden könne.

Weiter hat sich das Gericht dann auch noch mit dem Festkostenzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse auseinandergesetzt, der nach Ablauf der Nutzungszeit der Prothese für eine neue Prothese wieder gezahlt werden muss. Da der Festkostenzuschuss jedoch nicht zwischen Material- und Lohnkosten unterscheidet, sei es überhaupt nicht möglich, hier einen Abzug „neu für alt“ abzubilden. Schließlich wurde dann dem Kläger noch ein Schmerzensgeld in Höhe von 500 Euro zugesprochen, da er drei Monate ohne Zahnprothese leben musste.

Eindeutig besteht ein Schadensersatzanspruch jedenfalls immer dann, wenn der Zahnersatz zum Zweck der Behandlung notwendigerweise abgelegt werden muss. Hier geht die Rechtsprechung von einer Verwahrungspflicht als Nebenpflicht des Behandlungsvertrags aus. Ein allgemeines Verlustrisiko, das nicht im Zusammenhang mit einer konkreten Behandlungsmaßnahme steht, wird in der Regel jedoch vom Patienten zu tragen sein.

*Matthias Herberg
Fachanwalt für Sozialrecht
und Medizinrecht*

Anzeige

PRAXISFLÄCHE IN LEIPZIG GHOLIS ZU ERWERBEN

NEUE PRAXISRÄUME MIT STEUERVORTEIL !

Werden Sie Investor Ihrer eigenen Praxisräume und sparen bis zu 70% Steuern ein.

JETZT BIS ZU
70%
Steuern sparen



homepoint living GmbH
Schönhauser Allee 161 a | 10435 Berlin
ml@homepoint-living.de

Ihr Ansprechpartner - Martin Lehmann
+49 172 185 9244



Die beste Private Banking-Beratung in Sachsen bietet Ihnen unser Kompetenzteam Freie Berufe.



Unser Kompetenzteam Freie Berufe v.l.n.r.

Jörg Meyer, Berater Freie Berufe

Nadine Fischer, Vermögensmanagerin Freie Berufe

Nicole Heß, Beraterin Freie Berufe, Zertifizierte Beraterin Heilberufe

Mike Hornig, Vertriebsreferent Freie Berufe



Kontaktieren Sie mich und überzeugen Sie sich von unserem umfassenden Leistungsangebot, insbesondere auch für Zahnärzte.

Kontakt Kai Lederer | Direktor Private Banking |
Komturhof 2 | 08527 Plauen | Telefon 03741 123-6500 |
E-Mail kai.lederer@sparkasse-vogtland.de |
sparkasse-vogtland.de/private-banking



Sparkasse Vogtland
Private Banking

Update Bruxismus – Ursachen, Diagnostik und Behandlung

Vor nicht allzu langer Zeit wurde Bruxismus noch zu den craniomandibulären Dysfunktionen gezählt. Mit Zunahme des Wissens zu den Ursachen beider Entitäten hat man sich entschlossen, diese zu separieren. Wenngleich eine enge Beziehung zwischen beiden besteht, so können sie auch getrennt voneinander vorliegen. Dieser Artikel beschäftigt sich mit der aktuellen Definition von Bruxismus sowie einer zusammenfassenden Darstellung zu Ätiopathogenese, Diagnostik und Therapien.

Was ist Bruxismus?

Traditionell bezieht sich das allgemeine Begriffsverständnis auf das Pressen und Knirschen mit den Zähnen. Pressen beinhaltet dabei den langanhaltenden, isometrischen Zahnkontakt in einer Position, während Knirschen den wiederholten Zahnkontakt unter Verschieben des Unterkiefers bei Zahnkontakt beschreibt. Diese okklusale Komponente des Bruxismus steht im zahnärztlichen Fokus, da sie massive Schäden an den Zähnen, dem Zahnhalteapparat und zahnärztlichen Rekonstruktionen bewirken kann. Es gibt aber auch Bruxismus ohne direkten Zahnkontakt, das heißt eine Anspannung der Kaumuskulatur, ohne die Zähne aufeinanderzulegen. Dieses als *Clenching* bezeichnete Verhalten sorgt zwar nicht für zerstörerische Aktivitäten an den Zähnen, kann aber negative Auswirkungen auf Kiefergelenke und Kaumuskulatur haben. Auch hat sich gezeigt, dass bei Bruxismus während des Schlafes (SB) andere Einflussfaktoren eine maßgebliche Rolle spielen als bei Bruxismus im Wachzustand (WB). Demzufolge können sich auch die therapeutischen Ansätze unterscheiden.

Merke: Bruxismus ist eine sich wiederholende Aktivität der Kaumuskeln, die durch Knirschen oder Aufeinanderpressen der Zähne und/oder durch Anspannung und Verschieben des Unterkiefers charakterisiert ist. Zähneknirschen kann in zwei zirkadianen Erscheinungsformen auftreten, während des Schlafes (Schlafbruxismus) oder im Wachzustand (Wachbruxismus) (DGFDT 2019).

Epidemiologie und Risikofaktoren

Ätiologisch kann Bruxismus in zwei Formen differenziert werden: Von primärem Bruxismus wird gesprochen, wenn keine klare Ursache erkennbar ist (DGFDT 2019). Dahingegen ist sekundärer Bruxismus eine Folge

- von emotionalem Stress (Colonna et al. 2021; Emodi-Perlman et al. 2020),
- von Angst-, Schlaf- und schlafbezogenen Atmungsstörungen (Martynowicz et al. 2019),
- von Medikamenten (z. B. Antidepressiva, dopaminerge Medikamente),
- von Drogenkonsum (z. B. Rauchen, Alkohol, Designerdrogen) oder
- Erkrankung (z. B. Koma, Schädel-Hirn-Trauma, Down-Syndrom).

Es ist davon auszugehen, dass Schlafbruxismus eher als Störung des Zentralnervensystems anzusehen ist (Lobbezoo and Naeije 2001). Dahingegen wird Wachbruxismus häufig auch von psychosozialen Parametern beeinflusst. Er wird vor allem mit sozialem Stress, wie z. B. familiären oder beruflichen Belastungen, in Zusammenhang gebracht. Dieser Zusammenhang ist während der Corona-Pandemie offensichtlich geworden. Zeitweise zwischenmenschliche Isolation, Unsicherheiten und der damit verbundene emotionale Status haben vorübergehend zu einem erheblichen Ansteigen der Bruxismusprävalenz und -intensität beigetragen (Colonna et al. 2021; Emodi-Perlman et al. 2020). Die empfundenen Stresslevel waren hierbei bei den untersuchten Personen, die parafunktionelle Aktivitäten zeigten, deutlich höher.

Bei milden und mittelgradig ausgeprägten schlafbezogenen Atmungsstörungen konnte eine Korrelation mit erhöhten Aktivitäten von SB nachgewiesen werden (Martynowicz et al. 2019). Eine potenzielle Erklärung hierfür ist die muskuläre Öffnung der Luftwege durch Anspannen der Muskulatur, um die Atmung zu verbessern.

Bezüglich dopaminerg, serotonerg und adrenerg aktiver Substanzen ist bekannt, dass diese Bruxismus verstärken oder reduzieren können. Störungen von Neurotransmittern und deren Rezeptoren im Zentralnervensystem spielen hier insbesondere bei Schlafbruxismus eine relevante Rolle (George et al. 2021). Wenngleich zu erkrankungsassoziiertem Bruxismus in der Literatur wenig gesicherte Informationen vorliegen, ist bekannt, dass insbesondere junge Kinder mit Down-Syndrom verstärkt zu Bruxismus neigen (Ruy Carneiro et al. 2020). Auch eine erhebliche Bewusstseins-einschränkung während eines Komats kann zu einer erheblichen Steigerung von Bruxismusaktivität führen (Pratap-Chand and Gourie-Devi 1985). Die Prävalenz von Bruxismus vergleichend zu erfassen, ist wissenschaftlich herausfordernd. Es handelt sich nicht um eine Eigenschaft, die entweder präsent oder abwesend ist. Bruxismus kann in verschieden starker Ausprägung vorliegen. Während für Schlafbruxismus entsprechende Grenzwerte vorgeschlagen wurden, fehlen diese bislang für Wachbruxismus (Manfredini et al. 2019). Insofern sind Prävalenzangaben zurückhaltend zu interpretieren. Tatsächlich ist Wachbruxismus deutlich weniger



Abb. 1a und b – Durch Attrition verursachte Zahnhartsubstanzdefekte bei 31-jähriger Patientin. Erkennbar ist die Dekonturierung der Fissuren im zentralen Kauflächenbereich.

untersucht als Schlafbruxismus (Bracci et al. 2022). Die Prävalenz für generischen Bruxismus (ohne Unterscheidung in SB und WB) wird auf 8 % bis 31 % geschätzt. Bei Erwachsenen wird WB auf 22 % bis 31 % und SB auf 13 % geschätzt (Manfredini et al. 2013). Es ist auch bekannt, dass Bruxismus bei Kindern etwa doppelt so häufig auftritt wie bei Erwachsenen (Melo et al. 2019).

Folgen und Symptome

Bedingt durch die okklusale Komponente von Bruxismus kann es zu Schäden an den Zähnen und dem Zahnhalteapparat kommen. Bei statischem Bruxismus (Pressen) kommt es zu lokalen Belastungsspitzen auf den Zähnen bzw. dem Zahnersatz. Dies kann zu lokalem Zahnhartsubstanzverlust führen (Abb. 1), was an dekonturierten Fissuren und Impressionen an den Palatinalflächen der Frontzähne sichtbar werden kann (Schierz und Busch 2011). Dynamischer Bruxismus (Knirschen) hingegen sorgt für einen Zahnhartsubstanzverlust im Bereich von Führungsflächen, insbe-



Abb. 2a und b – 40-jähriger Patient mit primär attritionsbedingtem ausgeprägten Zahnhartsubstanzverlust

sondere an den Eck- und Frontzähnen (Abb. 2). Vor allem in Kombination mit erosiv-bedingtem Zahnhartsubstanzverlust kann es zu erheblicher Abnutzung der Zahnhartsubstanz kommen (Abb. 3). Darüber hinaus können erhebliche Zerstörungen am Zahnersatz entstehen, weshalb in Fällen mit ausgeprägtem Bruxismus oftmals auf Silikatkeramiken im okklusalen Bereich verzichtet wird und die meisten Hersteller ihre Keramiken für die Anwendung bei diesen Patienten nicht freigeben (Abb. 4). Auch an massiv gestalteten, metallbasierten, implantatgetragenen Konstruktionen kann es in Extremfällen zu Deformationen kommen und Implantate durch Überbelastung frakturieren (Rauch et al. 2019). In Abhängigkeit von der parodontalen Resistenz kommt es auch zu keilförmigen Defekten bzw. zur Lockerung der Zähne.

Neben diesen okklusionsbezogenen Folgen kommt es, insbesondere beim Verspannen der Muskulatur ohne Zahnkontakt, zur verstärkten Beanspruchung der Kaumuskulatur und der Kiefergelenke.



Abb. 3a und b – 50-jähriger Patient mit kombiniert erosiv-abrasiv bedingtem extensiven Zahnhartsubstanzverlust



Abb. 4 – Bild einer umfangreichen Keramikabplatzung bei implantatgetragenem Zahnersatz

Diese können mit Adaptation auf die vermehrte Belastung reagieren. In der Folge kommt es zur Hypertrophie der Kaumuskulatur oder zur Vergrößerung der Kondylen, um die Last besser zu verteilen (Abb. 5). Besonders bei akuter Zunahme parafunktioneller Aktivitäten kann es aber auch zu einer Dekompensation kommen. Diese äußert sich in Schmerzen und verklebten Muskelfasern (Myogelosen) bzw. in verstärktem Knorpelverschleiß und Entzündungen im Bereich der Kiefergelenke. Vor allem langanhaltender statischer Bruxismus steht hier im Verdacht, besonders schädlich zu wirken. Ausgesprochen hoch ist

Fortbildung

das Risiko craniomandibulärer Dysfunktionen als Folge von Bruxismus, wenn dieser sowohl tagsüber als auch nachts ausgeübt wird (Sierwald et al. 2015).



Abb. 5 – 43-jähriger Patient mit Hypertrophie der Mm. masseteris und temporales

Diagnostik/Befunderhebung und Symptome

Patienten ist oft nicht bewusst, dass sie an Bruxismus leiden. Oft werden Betroffene entweder von ihrer Partnerin oder ihrem Partner oder Eltern auf das Zähneknirschen im Schlaf aufmerksam gemacht. Andere erfahren erst durch eine zahnärztliche Untersuchung, dass ihre Zähne Abnutzungserscheinungen aufweisen. Die frühzeitige Diagnose ist wichtig, um Schäden an Zähnen, Zahnfleisch und den umgebenden Strukturen durch Behandlungen zu vermindern. Wie in der aktuellen S3-Leitlinie beschrieben (DGFDT 2019), lässt sich Bruxismus mehr oder weniger verlässlich anhand verschiedener diagnostischer Herangehensweisen in

- möglichen (anamnestische Hinweise),
- wahrscheinlichen (klinische Hinweise) und
- definitiven Schlaf- bzw. Wachbruxismus (instrumentelle Hinweise wie Elektromyografie, Polysomnografie) einteilen.

Durch Fremdanamnese lässt sich nur dynamischer Bruxismus, der sich durch entsprechende Geräusche bemerkbar macht, ermitteln. Dabei werden die Patientinnen oder Patienten befragt, ob sie mit den Zähnen knirschen oder ob ein Schlafpartner oder auch die Eltern dieses Verhalten bemerkt haben. In der Eigenanamnese können Patienten selbst berichten, ob sie die Zähne fest aufeinanderpressen oder die Muskulatur anspannen. Diese Information ist allerdings sehr suggestionsanfällig, hängt von der Körperwahrnehmung des Patienten ab und ist auch nur für Wachbruxismus möglich. Hier bieten entsprechende Apps (z. B. BruxApp – Padua, Italien) die Möglichkeit, mittels einer zufallsbasierten wiederholten Abfrage (z. B. 20 x tagsüber für 7 Tage) Wachbruxismus zuverlässiger zu ermitteln (Câmara-Souza et al. 2023; Emodi-Perlman et al. 2021; Manfredini et al. 2016). Außerdem wird die Patientin oder der Patient zur Selbstbeobachtung angeregt. Für die Diagnose ist die Information wichtig, unter welchen Bedingungen und wie häufig die Patienten im Wachzustand die Kiefer anspannen bzw. verschieben und dabei Zahnkontakt haben.



Abb. 6a und b – Typische Zungen- und Wangenindentationen bei Bruxismus

Klinische Symptome, wie scharfkantige, ebene Schliiffacetten an den Zähnen, Hyperkeratosen der Wangenschleimhaut, Indentationen der Zunge und Hypertrophie bzw. Druckdolenzen im Bereich der Kaumuskulatur, können durch eine Untersuchung ermittelt werden (Abb. 6). Eine Übersicht zu den häufigsten klinischen Befunden, die auf erhöhte parafunktionelle Aktivitäten hindeuten, ist in Tabelle 1 aufgelistet.

Anamnestische Hinweise

- Eigenanamnese oder Fremdanamnese von Knirschgeräuschen mit den Zähnen
- Ermüdungsgefühl und Schmerzen in der Kaumuskulatur
- Schläfenkopfschmerzen
- Empfindliche Zähne

Klinische Hinweise

- Masseterhypertrophie
- kongruente Schliiffacetten in exzentrischer Okklusion
- Zungen- oder Wangenimpressionen

Tabelle 1 – Anamnestische und klinische Hinweise aus dem Bruxismus Screening Index der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie

Zur instrumentellen Diagnostik gilt die Polysomnographie (PSG) als Goldstandard für die Diagnostik von Schlafbruxismus. Bei dieser Untersuchung der Schlafphasen im Schlaflabor werden mehrere physiologische Parameter (Elektromyografie, Herzfrequenz) aufgezeichnet und die Unterkieferbewegungen sowie Knirschgeräusche optisch und akustisch erfasst. Bedingt durch den hohen apparativen Aufwand ist eine stationäre PSG zur Diagnostik von Bruxismus in der klinischen Praxis in der Regel nicht indiziert. Zum einen kann damit nur Schlafbruxismus diagnostiziert werden und zum anderen beschränkt sich die Erhebung auf nur einzelne Nächte in einer fremden Umgebung. Zur praktikableren Abklärung bietet sich deshalb eine ambulante