

I. Berufsgruppen-Abgrenzung, Dokumentation, Teilbereiche der MKG-Chirurgie

A. Lugstein

Co-Autoren: K. Cede-Lugstein, W. Drobnič, M. Malek

Seit der Einführung des Zahnärztesgesetzes gibt es zwei Berufsgruppen, die im Bereich Zahn, Mund, Kiefer und Gesicht kurativ und gutachterlich tätig sind. Der Beitrag geht auf die gutachterlichen Bereiche der jeweiligen Berufsgruppe ein und erörtert, welche Qualitätskriterien ein aussagekräftiges Gutachten erfüllen muss. Praxisorientiert werden die Probleme einzelner Erkrankungen und Regionen dargestellt.

A. Einleitung

Durch die Erlassung des Zahnärztesgesetzes¹ (ZÄG) haben sich die Ausbildungsvorschriften für Zahnärzte wesentlich geändert. Gemäß diesen Rechtsvorschriften erfahren Zahnärzte keine ärztliche Ausbildung mehr. Die daraus resultierenden Konsequenzen sind in der Gutachtenserstattung zu berücksichtigen, was mit dem vorliegenden Beitrag beleuchtet werden soll.

Es sind seither **zwei Berufsgruppen** – Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG-Chirurgie), die eine ärztliche und eine zahnärztliche Ausbildung absolvieren, und Zahnärzte (ZMK) mit einer ausschließlich zahnärztlichen Ausbildung – für Gutachten an der Schnittstelle Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich tätig. In der Folge werden diese unterschiedlichen Zugänge aus der medizinischen und der zahnmedizinischen Ausbildung (auch) in der Sachverständigenhaftigkeit dargestellt.

Prinzipiell ist anzuführen, dass alle Gutachten die Rechtsgrundlagen, wie sie in diversen gesetzlichen Vorgaben dargestellt sind, zu beachten und zu erfüllen haben. Im Rahmen zahnärztlicher Begutachtungen und an der Schnittstelle Zahnheilkunde/MKG-Chirurgie sind zudem Besonderheiten gegeben, die einer separaten Darstellung bedürfen.

Der Fachumfang für den Zahnarzt ist im Zahnärztesgesetz² geregelt. Spezialisierungen für diverse Bereiche – wie Kieferorthopädie, Endodontie, Implantologie – sind nicht vorgesehen, sondern prinzipiell Gegenstand der allgemeinen Ausbildung von Zahnärzten und damit auch möglicher Inhalt zahnärztlicher Gutachten. Die in der gesamten Medizin erkennbare Ausweitung des Machbaren sowie der Einsatz modernster technischer Möglichkeiten erfordern aus Sicht der Autoren spezielle Hinweise, wie mit der Verbreiterung der

fachlichen Ressourcen einerseits und der Abgrenzung, – gerade auch zwischen MKG-Chirurgie und Zahnheilkunde – andererseits, im Rahmen der **unterschiedlichen Ausbildung im Gutachtensfall** verfahren werden soll.

Vielfach entstehen im zahnärztlichen Bereich aufgrund der mit einer Behandlung für den Patienten einhergehenden hohen Kosten spezielle Problemstellungen. Dies trifft sowohl im Rahmen eines Unfallschadens als auch bei sogenannten „Kunstfehlervorwürfen“ zu, weil viele dieser Behandlungen ohne Kostendeckung durch die soziale Krankenversicherung erfolgen. Diese Problematik geht deutlich über die in anderen medizinischen Fachbereichen hinaus und beeinflusst das **Klageverhalten Betroffener**.

Ein weiterer anzusprechender Problemkreis ergibt sich aus der Rechtsnatur des Behandlungsvertrages. Der Behandlungsvertrag wird als freier Dienstvertrag gesehen, bei dem entweder die Elemente des Dienstvertrages oder jene des Werkvertrages überwiegen.³ In der Folge sind dadurch auch haftungs- und schadensersatzrechtliche Fragen zu klären, wozu der medizinische/zahnmedizinische Gutachter **seinen jeweiligen fachlichen Beitrag – und zwar ausschließlich** – zu leisten hat.

B. Häufige Probleme

1. Fachspezifische Abgrenzung

Der ausgebildete MKG-Chirurg ist durch seine duale Berufsausbildung⁴ – sowohl Facharzt für MKG-Chirurgie als auch als Zahnarzt – in der Lage, Grenzbereiche beider Fächer zu beurteilen und **allgemeine Stellungnahmen zu zahnärztlichen Fragen** abzugeben. Sollen hingegen Detailbereiche, beispielsweise in der Kieferorthopädie oder in der Prothetik, beurteilt werden, ist darauf hinzuweisen, dass bei fehlender Erfahrung in diesen Tätigkeiten, Begutachtungen derartiger Fälle ein praktisch tätiger zahnärztlicher Gutachter vorzunehmen hat.

Der MKG-Chirurg ist wiederholt mit Situationen konfrontiert, bei denen im Rahmen ausgedehnter **Verletzungen des Gesichtsschädels auch zahnärztliche Fragen** zu klären sind, wozu er aufgrund seiner Berufsausbildung durchaus in der Lage ist. Diese zahnärztlichen Probleme beeinflussen die zu erfassenden Dauer- und Spätfolgen sowie die Festlegung der Schmerzperioden, die bei Begutachtung posttraumatischer Folgen daher vom Facharzt für MKG-Chirurgie zu beurteilen sind.

Auch das **Ausmaß und die Art einer Zahnsanierung nach einem Unfallgeschehen** – einschließlich erlittener Zahnschäden – sind vom MKG-Chirurgen zu beurteilen, wobei die Situation vor dem Unfall, soweit erhebbar oder bekannt, zu berücksichtigen ist.

Bei Verlust eines massiv vorgeschädigten Zahnes im Rahmen eines Unfallgeschehens ist keine Implantatversorgung angezeigt, wenn die bisherige Versorgung des sanierungsbedürftigen Lückengebisses mit einer (erneuerungsbedürftigen) Kunststoffprothese erfolgte.

Es ist immer die **Ausgangssituation zu beachten** und diese im Rahmen der Feststellung der Schwere der Verletzung festzulegen – das Schadensereignis ist nicht Ursache bereits bestehender Zahnschäden und rechtfertigt deren Sanierung als Traumafolge nicht.

Dauerfolgen eines Zahnverlustes sind mit dem Zeitpunkt der prosthetischen Versorgung nicht mehr gegeben, weil damit eine *restitutio ad integrum* erfolgt ist.

Spätfolgen, durch das **Absterben des Zahnnervs** an einem frakturierten Zahn oder nach einer Prellungsverletzung, können hingegen durchaus Traumafolgen sein und sind daher entsprechend zu bewerten.

2. Dokumentation

Während aus der Erfahrung der Autoren die Dokumentation in der MKG-Chirurgie – wie in allen medizinischen Fächern – durchaus in ausreichendem Umfang vorgenommen wird und die Aufklärung üblicher Bestandteil des chirurgischen Vorgehens geworden ist, sind Aufzeichnungen von Zahnärzten, auch im Rahmen von chirurgischen Eingriffen oder nach Zahntraumen, in der weitaus überwiegenden Zahl, in denen Gutachten zu erstellen sind, auf die **Aufzeichnung verrechenbarer Leistungen**, wie sie die Honorarordnung der Zahnärzte darstellt, beschränkt. In diesen Aufzeichnungen fehlen Informationen über Entwicklungen von Komplikationen, Schmerzverläufen oder über andere, üblicherweise in einer Krankengeschichte festgehaltenen Umstände, die mit einer Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zusammenhängen.

Ein zweiter Aspekt, der in diesem Zusammenhang häufig zu Problemen für den MKG-chirurgischen Gutachter führt, sind **fehlende Aufzeichnungen von Zahnverletzungen bei schweren Unfällen**, weil diesen naturgemäß im Vergleich zu oft lebensbedrohlichen Situationen und deren Therapie durch Unfallchirurgen und Anästhesisten wenig Beachtung geschenkt wird.

Ein zusätzlicher Umstand, der die Dokumentation von Zahnverletzungen behindert, ist – entgegen den Vorgaben des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) – das **Fehlen MKG-chirurgischer Konsiliarärzte** an manchen Schwerpunktkrankenhäusern,⁵ insbesondere auch in Standardkrankenhäusern oder manchen Unfallkrankenhäusern. Deshalb fehlen oft Aufzeichnungen über diese Verletzungen, und es ist für den damit befassten MKG-chirurgischen oder zahnärztlichen Gutachter schwierig, Schäden am Gebiss des zu Begutachtenden zu werten bzw. diese einem Schadensereignis konkret zuzuordnen. Der **Kausalitätsbeweis** ist hier nicht immer möglich.

Wünschenswert wären eine verbesserte Untersuchung und Diagnose sowie bessere Therapievorschläge, Fotodokumente und Dokumentationen derartiger Schäden, allenfalls im Nachhinein, aber im näheren zeitlichen Konnex zum Schadensereignis.⁶

Häufig fehlen **zahnärztliche Aufzeichnungen** über den erhobenen Befund anlässlich der **Erstuntersuchung nach einem Schadensereignis**, wenn der Geschädigte seinen behandel-

den Zahnarzt nach einem Zahntrauma konsultiert. Dies zu vermeiden, müsste Anliegen der Zahnärzte sein und durch ihre Standesvertretung als Standardmaßnahme eingefordert werden – es ist schließlich **Pflicht des Zahnarztes**,⁷ solche Aufzeichnungen zu führen.

3. Aufklärung

Die Aufklärung der Patienten ist wesentlicher Teil der ärztlichen Behandlung. Nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes ist die Beurteilung, in welchem Umfang die Aufklärung zu erfolgen hat, eine Rechtsfrage, die nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen ist.⁸ Aufgabe des medizinischen Gutachters ist die Darstellung eines praktikablen, medizinanerkannten Aufklärungsbedarfs in einer für Juristen verständlichen Weise – die juristische Sichtweise zu medizinischen Fragen in extenso sollte hingegen nicht als unumstößliche Wahrheit gesehen werden. Nur so ist es möglich, die oft praxisfernen juristischen Ansichten zur Aufklärung einem notwendigen Wandel zuzuführen, ohne den Aufklärungsnihilismus der Vergangenheit zu unterstützen.

Aufgrund der oft hohen finanziellen Aufwendungen ist im Rahmen der zahnärztlichen **Behandlungsaufklärung auch eine Kostenaufklärung** durchzuführen.⁹

- Die **Zustimmung zur Behandlung** ist durch das einsichts- und urteilsfähige Kind selbst möglich¹⁰ – ab dem 14. Lebensjahr besteht eine gesetzliche Vermutung für das Vorliegen dieser Einsichts- und Urteilsfähigkeit.
- Die **Zustimmung zu finanziellen Aufwendungen** im Rahmen dieser Behandlung ist hingegen nach den Regeln über die Geschäftsfähigkeit zu beurteilen. Bei mündigen Minderjährigen ist dies abhängig von der wirtschaftlichen Situation des Patienten, die üblicherweise im Alter zwischen 14. und 18. Lebensjahr noch deutlich eingeschränkt ist und von den Eltern wesentlich mitbestimmt wird. Für Personen, die jünger sind, kommt das Eingehen einer finanziellen Verpflichtung im Ausmaß einer medizinischen Behandlung keinesfalls in Betracht.
- Bei gutachterlichen Äußerungen zur Dokumentation und Aufklärung sind dokumentierte Situationen und Abläufe relevant und nicht Äußerungen des Patienten oder die persönliche Meinung des Gutachters.
- Mutmaßungen sind immer als solche darzustellen.

4. Lege-artis-Behandlung

Neben der Aufklärung und der Dokumentation ist die Durchführung von Behandlungsmaßnahmen aller Art, gleich ob konservativ oder operativ, nach den jeweiligen Regeln der medizinischen Sonderfächer vorzunehmen. Für den Gutachter ist wesentlich, dass nicht *seine* bevorzugte Methode die richtige ist, sondern alle Methoden, die in medizinischen und zahnmedizinischen Publikationen als gangbarer Weg aufgezeigt und ohne wesentlichen Widerspruch in diesen abgehandelt werden. Weiters ist die Verbreitung derselben durch

universitären Unterricht als Grundlage für eine Lege-artis-Maßnahme zu sehen. Wesentlich ist auch, dass man in den angewandten Methoden ausgebildet ist.

5. Kommunikation

Kommunikation ist der zentrale Baustein des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Sie ermöglicht den Ärzten, den Patienten Diagnose und geplante Behandlungsschritte samt möglicher Probleme zu vermitteln. Sie erlaubt auch die Darstellung unerwünschter Ereignisse einer Therapie und die Zuwendung an den Patienten, bei aller gebotenen professionellen Distanz, im Vermitteln unliebsamer Diagnosen und belastender Behandlungsergebnisse.

Neben den gesetzlich vorgegebenen Parametern für eine korrekte Patientenbehandlung, Aufklärung, Dokumentation und Lege-artis-Behandlung, die bei Einhalten einigermaßen Rechtssicherheit im Bedarfsfall bietet, ist die vierte Säule, die Kommunikation, in keinem Gesetz und keiner Verordnung enthalten.

Aus gutachterlicher Erfahrung kann angeführt werden, dass ein erheblicher Teil der medizinrechtlichen Verfahren in Kommunikationsproblemen, vor allem in der Nichtkommunikation begründet ist. Kommunikation ist die Grundlage für Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis. Dieses sollte man nicht durch übertrieben dargestellte Sicherheit in der Ergebnisschilderung einer Behandlung, durch Nichterklären von Komplikationen oder gar den Kontaktabbruch bei möglichem Fehler gefährden. Auch das aktive Ansprechen von nicht gewünschten Ergebnissen ärztlichen Handelns hilft bei der Aufrechterhaltung der Kommunikation mit dem Patienten und unterstützt das Vermeiden rechtlicher Auseinandersetzungen.

Es ist anzuraten, die Arzt-Patienten-Kommunikation als „Chefsache“ zu sehen und sie nicht einem ärztlichen oder Pflegemitarbeiter im Krankenhaus oder einer Ordinationsmitarbeiterin in der eigenen Praxis zu überlassen.

Wenn wir die Aufklärung als Information des Patienten unter der Prämisse „Was wüsste ich selbst gerne?“ in der jeweiligen Situation sehen, die Dokumentation als Bericht verstehen, der uns selbst bei einer Zuweisung im Erfassen der Problemlage weiterhelfen würde, der die Vormaßnahmen nachvollziehbar macht und Behandlungsmaßnahmen nach den fachspezifischen Vorgaben ausführen, sind die rechtlichen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns erfüllt.

Wenn wir zusätzlich die Grundprinzipien der Arzt-Patienten-Kommunikation, in der wir auch auf wertende Aussagen zu etwaigen Vorbehandlern verzichten, nicht vermissen lassen, erarbeiten wir uns ein hohes Maß an Sicherheit zur Vermeidung medizinrechtlicher Auseinandersetzungen.

C. Teilbereiche MKG-chirurgischer Gutachten

Im Fachgebiet der MKG-Chirurgie ist eine Reihe von Themenstellungen aus unterschiedlichen Teilbereichen des Faches zu begutachten.

1. Dentoalveolare Chirurgie

Die dentoalveolare Chirurgie, also die operative Behandlung des Zahnes und seiner nächsten Umgebung, ist einerseits Gegenstand der zahnärztlichen Ausbildung und Tätigkeit. Andererseits können Erkrankungen, die zu derartigen Eingriffen führen, sich auf **Nachbarregionen ausbreiten** und/oder auswirken. Die dann erforderlichen Therapiemaßnahmen übersteigen die zahnärztlichen Möglichkeiten, während die MKG-Chirurgie in der Lage ist, beide Aspekte in Diagnose, Therapie, Folgemaßnahmen und Gutachten abzudecken.

Begriffe wie „Kieferchirurgie“ oder „Oralchirurgie“ sind in den einschlägigen österreichischen Rechtsvorschriften nicht enthalten. Sie können also weder in fachlichen Publikationen noch in Gutachtensaufträgen ihren Niederschlag finden.

2. Septische Erkrankungen

Bei septischen Erkrankungen ist vor allem deren **Ursache** – vielfach dentogene Entzündungsherde – zu erfassen. Die **ordnungsgemäße Behandlung** und deren Begleitmaßnahmen, wie mikrobiologische Abstriche, antibiotische Begleittherapie u.a., sind dabei zu klären. Darüber hinaus stellen **der Zeitpunkt** des möglichen Erkennens und das Einsetzen therapeutischer Schritte wesentliche Parameter in der gutachterlichen Bewertung des Gesamtgeschehens dar. Dies wird vor allem bei **fortschreitenden entzündlichen Erkrankungen** in Richtung Kiefer-, Augenhöhle und Hirnschädel oder in Form von Logenabszessen in Gesicht und Hals sowie bei phlegmonösen, lebensbedrohlichen Ausprägungen zur gutachterlichen Herausforderung.

3. Gesichtsschädeltraumen

Traumen des Gesichtsschädels sind **mit ihren funktionellen Folgen** zu beurteilen. Bei **Mittelgesichtsbrüchen** können diese auch im Bereich der Nasenatmung, der Stellung und Beweglichkeit des Augapfels (Teamarbeit mit dem Augenarzt) gelegen sein. **Unterkieferfrakturen** ziehen im Einzelfall kaufunktionelle Störungen nach sich. **Weichgewebsverletzungen**, v.a. solche größeren Ausmaßes, sind nicht nur nach ihrer ästhetischen, sondern auch nach möglichen funktionellen Folgen zu bewerten. Den Schmerzzuständen und den Dauer- und Spätfolgen, Folgeoperationen und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Kaufunktion, der Ästhetik des Gesichtes und ggf. der Nase und der Augenhöhle ist besonderes Augenmerk zu widmen. Diese sind wohl der umfangreichste Teilbereich MKG-chirurgischer Gutachten.

Zusätzlich ist der MKG-Chirurg durch seine duale Ausbildung als Arzt und Zahnarzt auch in der Lage, **begleitende Zahnschäden** zu beurteilen und sie ggf. von der Situation vor dem Unfall zu trennen und damit eine korrekte kausale Zuordnung des Schadens zu ermöglichen.¹¹

4. Tumortherapeutische Maßnahmen

Tumortherapeutische Maßnahmen in Gesicht, Mundhöhle und angrenzenden anatomischen Regionen sind mit ihren oft ausgedehnten Gewebsresektionen inklusive der abführenden Lymphwege und der notwendigen Rahmenmaßnahmen Gegenstand MKG-chirurgischer Sachverständigkeit. Die Abklärung in einem dem gegenwärtigen Standard entsprechenden **interdisziplinären Tumorboard** ist zu hinterfragen und die **Gesamttherapie** auf diagnostische und therapeutische Vorgaben hin zu prüfen. Sie sind ebenso sachverständig abzuhandeln wie die damit verbundenen **Rekonstruktionsmaßnahmen** in allen bekannten Techniken, inklusive der Gewebsentnahme außerhalb des Gesichtsschädels. Bei Bedarf empfiehlt es sich, bei spezifischen **Problemen der Entnahmeregion** einen Facharzt für diese Region beizuziehen – z.B. den Unfallchirurgen/Orthopäden nach Knochenentnahme aus der Beckenregion.

5. Fehlbildungen

Die Behandlung von Fehlbildungen des Gesichtes und angrenzender Regionen inklusive der erforderlichen rekonstruktiven Maßnahmen stellt ein breites Arbeitsfeld der MKG-Chirurgie und damit der Fachgutachter dar. Dazu zählen die operativen und konservativen Maßnahmen bei **Lippen-Kiefer-Gaumenspalten** und ähnlichen Fehlbildungen. Weiters stellen, in Kooperation mit dem Neurochirurgen, die Fehlstellungen des **Gesichts- und Schädelskalletes** einen wesentlichen therapeutischen und damit auch gutachterlichen Tätigkeitsbereich dar.

Bei jeder Form von Über- oder Unterentwicklung bestimmter Teile der knöchernen Grundlage des Gesichtes sind die notwendigen Begleitbehandlungen abzuklären. Dabei kann etwa eine **kieferorthopädische Therapie** in ihren feinmechanischen Details ggf. von einem dafür geeigneten Zahnarzt begutachtet werden. Zu berücksichtigende **HNO- oder logopädische** Folgen sind ebenso von diesen Fachrichtungen abzuklären, wie etwa **neurologische und psychische** Defizite von einem dafür geeigneten Facharzt zu beurteilen sind. Diese Umstände sind genauso Begutachtungsgegenstand wie die **funktionelle Planung** durch den MKG-Chirurgen und deren **ästhetische Auswirkungen**. Gerade letztere beeinflussen betroffene Patienten in hohem Ausmaß¹² und sind deshalb häufiger Klagsgrund, auch bei objektiver Verbesserung.

Die Zusammenschau der Gesamtproblematik ist dem MKG-Chirurgen zuzuordnen.

6. Kiefergelenk

Eine Besonderheit in der MKG-chirurgischen Begutachtung stellt das Kiefergelenk dar. Seine **funktionellen Störungen** und daraus resultierende **Schmerzzustände** können in allen Teilbereichen der Aufgabenstellung des Faches auftreten. Ihre Behandlung muss differenziert gesehen werden und ist oft von der Ausgangslage – Zahnfehlstellungen, unzureichende

Abstützung der Seitenzähne durch das Fehlen von Zähnen und Zahnersatz, skelettale angeborene Fehlstellungen – und nicht von Trauma, Tumor oder anderen Gutachtensgründen (mit)verursacht. Zudem spielt der **Zahnzustand** eine wesentliche Rolle, der in die Begutachtung miteinbezogen werden muss.

Gerade bei der Einschätzung von Störungen des Kiefergelenks und von Zahn- und Kieferfehlstellungen ist die duale Ausbildung des MKG-Chirurgen von Bedeutung. Während der Zahnarzt in diesen Gebieten nur über Kenntnisse von konservativen Maßnahmen verfügt, kann der MKG-Chirurg sowohl das konservative als auch das invasive chirurgische Spektrum sowie hybride Modalitäten bewerten. Erst dadurch wird ein Gutachten in diesen Bereichen in der notwendigen Komplexität möglich. Besonders die Einschätzung und **Bewertung von Vorschäden** im Kontext von Kiefergelenk und Verzahnung kann so mit dem notwendigen Überblick erfolgen.

Alle diese Teilaufgaben des Faches sind im Lichte der regionalen Besonderheiten in der Schmerzentwicklung, gegebener Dauer- und Spätfolgen und diverser Begleitumstände darzustellen. Dafür ist ein Zahnarzt nicht ausgebildet.

D. Gutachterliche Tätigkeit in benachbarten Fachgebieten

Grundlagen für gutachterliche Aussagen müssen **ausschließlich fachlicher Natur und in der Erfahrung und Kenntnis des Gutachters** begründet sein. Fachpolitische Äußerungen und untaugliche Versuche der Fachabgrenzung bzw. -ausweitung können nicht Gegenstand gutachterlicher Tätigkeit sein.

Bei Auseinandersetzungen im Bereich der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, der Augenheilkunde oder der plastischen Chirurgie, der Unfall- und Allgemeinchirurgie in regionalchirurgischen Fragen, die sich immer wieder überschneiden, kann der MKG-Chirurg als Gutachter konsultiert werden. Er hat, mit einem derartigen Gutachten betraut, unter den oben angeführten Aspekten sein Gutachten zu verfassen und ist gut beraten, eigene Kenntnisse und Erfahrungen nicht zu überschreiten.

E. Zusammenfassung

Seit der Einführung einer eigenen zahnärztlichen Ausbildung sind zwei Berufsgruppen – Zahnärzte und MKG-Chirurgen – im Schnittstellbereich Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich kurativ und gutachterlich tätig.

Folgen nach traumatischen Verletzungen, Entzündungsprozessen oder „Fehlbehandlungen“ gehen häufig auch mit schwerwiegenden ästhetischen Veränderungen einher und sind im Zahnsanierungsbereich kostenintensiv, was das Klageverhalten beeinflusst und Gutachten erfordert.

Bei gutachterlichen Fragestellungen zu dentoalveolären Eingriffen mit Beteiligung der Nachbarregion, bei septischen Prozessen, nach Tumorbehandlungen, bei Kiefergelenkskomplikationen oder bei (angeborenen) Fehlbildungen sind jedenfalls MKG-Fachärzte einzubinden.

- 1 Zahnärztegesetz (ZÄG) BGBl. I Nr. 126/2005.
- 2 § 4 Abs. 3 ZÄG.
- 3 Jud B, Lugstein A, Drobnič W: Gewährleistung und Schadenersatz bei prosthetischen und präprothetisch-chirurgischen Maßnahmen; Stomatologie; 2004; 8; a1 ff.
- 4 § 4 Abs. 3 Ärztegesetz (ÄrzteG), BGBl. I Nr. 59/2018.
- 5 Siehe § 2a Abs. 1 lit. b KAKuG idF BGBl. I Nr. 13/2019.
- 6 Lugstein A, Malek M: MKG-Chirurgische und zahnärztliche Fragen im Unfallgutachten. In: Internationale Fachsymposien, Begutachtung nach Trauma & rechtliche Fragen in der Medizin, Kurzfassungsband, AUVA, 2019, 34–40.
- 7 Nach § 19 ZÄG idF BGBl. I Nr. 37/2018.
- 8 OGH 12.7.1990, 7 Ob 593/90.
- 9 § 18 ZÄG idF BGBl. I 32/2014.
- 10 § 146c ABGB.
- 11 Lugstein A, Cede-Lugstein K, Malek M: Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie im Unfallgutachten. Richterzeitung; 2019; 1–2: 10–13.
- 12 Zeilhofer H F: MKG-Chirurg. Springer-Verlag, Heidelberg, 2012, 6.

9783214021696

Gutachten in der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie und in der zahnärztlichen Chirurgie

Alois Lugstein, Michael Malek, Johannes Zahrl

MANZ Verlag Wien

Jetzt bestellen