



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Kopf- und Neurozentrum
Direktor:
Prof. Dr. Dr. Max Heiland
Facharzt für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
-Plastische Operationen-
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Fellow of the European Board of
Oro-Maxillo-Facial Surgery

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-52251,
-53251, -53259, -52260
Telefax: (040) 7410-55467
mkg@uke.de
www.uke.de

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinstraße 52 20246 Hamburg
Klinik/Institut

Landgericht Itzehoe
Postfach 1655

25506 Itzehoe

Ansprechpartner/-in
Prof. Heiland

11. März 2014

Geschäftszeichen: 3 O 393/10

Sehr geehrte Frau [REDACTED]

mit Schreiben vom 16.08.2013 baten Sie mich, in dem Rechtsstreit [REDACTED] ./ Provinzial Nord,
Brandkasse AG ein schriftliches Sachverständigengutachten zu erstellen.

Der Auftrag fällt in mein Fachgebiet, sodass die Gutachtenerstellung von mir akzeptiert wurde. Auch eine Befangenheit in meiner Person hinsichtlich der Beteiligten des Verfahrens besteht nicht.

Gemäß Beschluss des Landgerichts Itzehoe vom 09.07.2013 (S. 257 der Gerichtsakte) sollen im Rahmen dieses Gutachtens folgende Fragen beantwortet werden:

1. Ist die Klägerin an Craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) erkrankt?
2. Falls die Frage zu 1.) bejaht wird, ist der Verkehrsunfall der Klägerin vom 15.11.2006 die einzige Ursache für die CMD-Erkrankung, d.h. handelt es sich um eine Spätfolge des erlittenen Schleudertraumas?
3. Falls die Frage zu 1.) bejaht wird, welche Beschwerden der Klägerin sind auf deren CMD-Erkrankung zurückzuführen? Insbesondere: Sind die von der Klägerin genannten Beschwerden

Zertifikat Nr. QS-6568HH und EM-8126HH



Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Gerichtsstand: Hamburg
USt-ID-Nr.: DE218618948

Vorstandsmitglieder:
Prof. Dr. Christian Gerloff
(Vertreter des Vorsitzenden)
Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus
Joachim Pröß
Rainer Schoppik

Bankverbindung:
HSH Nordbank
Kto.-Nr.: 104 364 000
BLZ: 210 500 00
IBAN-Nr.: DE9721050000104364000
BIC: HSHNDEHH

den, d.h. Kopfschmerzen, Druck auf den Zähnen, Schwindel, Krämpfe in der ganzen linken Körperhälfte sowie starken Schmerzen im rechten Fuß spezifische Symptome dieser Erkrankung?

Aufgrund der komplexen Anamnese und des komplexen zu beurteilenden medizinischen Sachverhaltes wurde die Klägerin am 20.11.2013 gutachterlich untersucht.

Anamnestisch machte die Klägerin folgende Angaben:

- aktuell keine Medikamenteneinnahme
- Z.n. Appendektomie (Blinddarmentfernung)
- Z.n. Lipomentfernung linke Schulter
- Z.n. Basaliomentfernung und plastische Deckung medialer Lidwinkel re
- Z.n. TEP li 2012 (künstliches Hüftgelenk)
- Am 15.11.2006 sei die Klägerin als PKW-Fahrerin in einen Verkehrsunfall verwickelt gewesen, wobei es zu einem Aufprall mit ca. 50 km/h mit Aktivierung der Airbags gekommen sei. Es hätte dann eine Amnesie, Nasenbluten, Schmerzen im linken Arm und eine Schürfwunde am rechten Unterschenkel bestanden. Die initiale ärztliche Versorgung der Patientin sei im Krankenhaus Itzehoe erfolgt, wo als Röntgendiagnostik konventionelle Röntgenaufnahmen der HWS erfolgt seien.

Seit diesem Unfall leide die Klägerin bis heute an diffusen Gesichtschmerzen, die vom Mittelgesicht beidseits (links mehr als rechts) über Stirn und Kopf bis in den Nacken ausstrahlen würden. Diese Schmerzen würden nur durch Ruhe oder Wärme gelindert, Medikamente hätten keinen Effekt. Seit diesem Unfall bestünde auch eine eingeschränkte Mundöffnung als auch unspezifische Beschwerden bei Kaubelastung. Seit 2007 sei die Klägerin von ihrer damaligen Hauszahnärztin mit einer nachts zu tragenden Aufbisschiene behandelt worden, wodurch es zu einer leichten Besserung gekommen sei, die aber im Tagesverlauf jeweils wieder zugenommen hätte. Seit 2008 sei die Therapie der Beschwerden durch zweimal wöchentliche CMD-spezifische Physiotherapie erweitert worden. Im Februar 2010 sei von der Unfallkasse ein Gutachten bei Prof. Dr. Dr. Kreuzsch veranlasst worden. Seit Oktober 2010 befindet sich die Patientin bei Dr. von Peschke in Behandlung. Seit dieser Zeit werden alle 3-4 Monate wegen Verschleiß und nach jeweils erneuter Vermessung neue individuelle Schienen eingliedert. Unter dieser Therapie gibt die Patientin ein Schmerzlevel von 3-4 auf einer Schmerzskala bis 10 an. Eine Überführung in eine neue definitive Okklusion durch umfang-

reiche prothetische Neuversorgung ist noch nicht erfolgt, da die Kostenübernahme durch die Berufsgenossenschaft in einem Sozialgerichtsverfahren strittig ist.

Bei der durchgeführten körperlichen Untersuchung zeigt bei der intra- und extraoralen Inspektion ein unauffälliger Aspekt. Bei der Palpation lässt sich ein massiver Druckschmerz des linken Musculus masseter, sowie in schwächerer Form des rechten Musculus temporalis, sowie in noch schwächerer Form im Bereich der Kieferhöhlenvorderwände auslösen. Bei Mundöffnungsbewegungen kam es im linken Kiefergelenk zu einem leisen terminalen Knacken. Unter Mundöffnungsbewegungen war das linke Kiefergelenk druckschmerzhaft. Die aktuelle Schiene der Patientin führt zu einer Bissperrung von 1-2 mm, ohne den Unterkiefer nach anterior zu führen. Aufgrund der laufenden funktionellen Therapie und der bei der Patientin bereits wiederholt durchgeführten klinischen Funktionsanalysen wird auf eine erneute Funktionsanalyse verzichtet.

Beantwortung der vom Gericht gestellten Fragen:

1. Ist die Klägerin an Craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) erkrankt?

Nach Ahlers und Jakstat (Ahlers und Jakstat: Klinische Funktionsanalyse, denta Concept, 4. Auflage 2011) gibt es bei der sehr vielfältigen klinischen Symptomatik keine apparativen Hilfen, die hundertprozentig eine Funktionsstörung des craniomandibulären Systems objektiv beweisen können. Dass das Krankheitsbild trotzdem existiert, ist unstrittig.

Die von der Patientin berichtete Symptomatik sowie die bei der klinischen Untersuchung erfasste deutliche Druckschmerzhaftigkeit der Kaumuskulatur sind typisch für das Krankheitsbild der Craniomandibulären Dysfunktion. Auch eine Linderung durch die eingeleiteten – und für die Behandlung einer CMD typischen – therapeutischen Massnahmen unterstützt das Vorliegen einer CMD. Die in den Gerichtsakten enthaltenen fachspezifischen Behandlungsunterlagen sind ebenfalls mit der Diagnose CMD zu vereinbaren. Insofern ist diese Frage aufgrund eigener Urteilsfindung, Anamnese der Klägerin und Aktenlage eindeutig zu bejahen.

2. Falls die Frage zu 1.) bejaht wird, ist der Verkehrsunfall der Klägerin vom 15.11.2006 die einzige Ursache für die CMD-Erkrankung, d.h. handelt es sich um eine Spätfolge des erlittenen Schleudertraumas?

Im Allgemeinen wird bei der Erkrankung CMD von einer multifaktoriellen Ätiologie ausgegangen (S. Kopp: „Ein primärer Faktor in der Ätiologie funktioneller Störungen ist wissenschaftlich bisher nicht bewiesen. Nach Lauritzen spielen zumindest vier Faktoren eine wichtige Rolle: Disposition (arthrogen bzw. myogen), Okklusion, Psyche, Zeit.“ In: Ahlers und Jakstat: Klinische Funktionsanalyse, denta Concept, 4. Auflage 2011). Inwieweit eine okklusale Komponente zu der Beschwerdesymptomatik beigetragen hat, kann bei erfolgter und aktueller Schienentherapie nicht mehr beurteilt werden.

Das Gutachten von Prof. Dr. Dr. Kreuzsch, das mit Datum vom 07.06.2010 auf Veranlassung der Unfallkasse Nord erstellt wurde, ist als Seite 94 - 102 der Gerichtsakte beigefügt. Darin wird die Diagnose einer Craniomandibulären Dysfunktion bestätigt und diese als Folge des erlittenen Schleudertraumas gewertet. Als Beleg für diesen Kausalzusammenhang wird u.a. die Publikation „M. Hülse, B. Losert-Bruggner: Die kranio-mandibuläre Dysfunktion. Ein Folgezustand nach erlittenem HWS-Trauma. HNO 2008, 56: 1114-1121“ aufgeführt.

In dieser wissenschaftlichen Publikation setzen sich die Autoren explizit mit der Fragestellung auseinander, „ob eine solche CMD die anhaltende Beschwerdesymptomatik nach HWS-Traumen mitverursacht, oder ob es sich allein um ein „zufälliges“ Zusammentreffen zweier verschiedener Krankheitsentitäten handelt“. Von den in dieser Studie eingeschlossenen 187 Patienten, deren zum Schleudertrauma führendes Unfallereignis zwischen weniger als 7 Tage bis zu 22 Jahre zurücklag, berichteten 145 Patienten über persistierende Schmerzen im Kiefergelenk- und Kieferbereich, so dass die Autoren zu der Schlussfolgerung kommen, dass bei Patienten mit anhaltenden Beschwerden nach einem HWS-Schleudertrauma regelmäßig eine craniomandibuläre Dysfunktion vorliegt.

In der Literatur finden sich weitere Belege für das gehäufte Auftreten einer CMD nach einem Schleudertrauma. Beispielsweise berichteten Klobas et al. 2004, dass die Prävalenz einer CMD bei Patienten mit Z.n. Schleudertrauma höher ist als in einer alters- und geschlechts-adjustierten Kontrollgruppe ist, und schlussfolgern, dass Schleudertraumata auch die Kiefergelenksfunktion miteinbeziehen können (Klobas et al.. Symptoms and signs of temporomandibular disorders in individuals with chronic whiplash-associated disorders. Swed Dent J 2004, 28: 29-36).

Insofern kann aus der aktuellen Literatur die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die von Kopp im Lehrbuch von Ahlers und Jakstat beschriebene arthrogene und/oder myogene Disposition durch ein in der Vergangenheit liegendes Schleudertrauma verursacht worden sein kann. Dieser mögliche Kausalzusammenhang wird bei der Klägerin auch durch das zeitliche

Intervall zwischen Unfallereignis und Auftreten der CMD-Symptomatik nicht ausgeschlossen. Inwiefern die Klägerin aber auch ohne das Unfallereignis eine CMD entwickelt hätte, kann nicht beurteilt werden und bleibt Spekulation.

Der Kausalzusammenhang zwischen Schleudertrauma und einer CMD wurde in Deutschland auch schon gerichtlich akzeptiert (OLG Halle, AZ 7 O 510/01; aus M. Hülse, B. Losert-Bruggner: Die kranio-mandibuläre Dysfunktion. Ein Folgezustand nach erlittenem HWS-Trauma. HNO 2008, 56: 1114-1121).

3. Falls die Frage zu 1.) bejaht wird, welche Beschwerden der Klägerin sind auf deren CMD-Erkrankung zurückzuführen? Insbesondere: Sind die von der Klägerin genannten Beschwerden, d.h. Kopfschmerzen, Druck auf den Zähnen, Schwindel, Krämpfe in der ganzen linken Körperhälfte sowie starken Schmerzen im rechten Fuß spezifische Symptome dieser Erkrankung?

Die Kardinalsymptomatik einer CMD kann nach Ahlers und Jakstat in vier Dimensionen unterteilt werden:

- Schmerz: an den Zähnen, im Gesicht, im Mund, in den Ohren, hinter den Augen
- Funktionseinschränkung: eingeschränkte Mundöffnung, Probleme bei langem Sprechen, Schlucken
- Empfindungsstörungen: Brennen im Kieferknochen, bohrende Schmerzen im Kiefer, Brennen im Mund, Taubheit der Zunge, Globusgefühl in der Speiseröhre, Engegefühl
- Kiefergelenkgeräusche

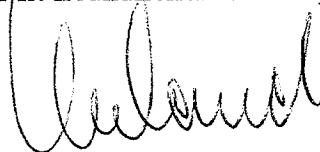
Des Weiteren wurden in der Literatur wiederholt das gehäufte Auftreten von otologischen Symptomen wie Tinnitus und Schwindel bei Patienten mit CMD beschrieben (u.a. bei R.A. Chole, W.S. Parker: Tinnitus and vertigo in patients with temporomandibular disorder. Arch Otolaryngol Head neck Surg 1992, 118: 817-821).

Insofern können von den oben genannten Symptomen Kopfschmerzen, Druck auf den Zähnen und Schwindel der Diagnose CMD zugeordnet werden.

Beschreibungen, dass auch Krämpfe in der ganzen linken Körperhälfte oder starke Schmerzen im rechten Fuss auf eine CMD zurückzuführen sein können, konnten in der Literatur nicht gefunden werden. Auch in meiner persönlichen klinischen Erfahrung mit CMD-Patienten sind derartige Symptome bisher noch nicht auf eine CMD zurückzuführen gewesen.

Ich hoffe, Ihnen mit diesen Angaben geholfen zu haben.

Mit freundlichen Grüßen,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Max Heiland', written in black ink.

Prof. Dr. Dr. Max Heiland