

Patientenaufklärung – Beispiele aus dem Praxisalltag Teil II

Fall 9

Die Patientin Anne Wimmer ist vollkommen unglücklich nach der Durchführung implantologischer Maßnahmen. Sie hat ständig Schmerzen. Anlässlich der Untersuchung in der Universitätsklinik wurde bei ihr festgestellt, dass ein erheblicher osteolytischer Prozess an allen Implantaten vorliegt, der zur Lockerung der gesamten Konstruktion geführt hat und es erforderlich machen wird, die Implantate samt Brücken zu entfernen, um weitere Knochenabbauvorgänge zu verhindern. Ein Verschulden des Zahnarztes konnte ein später tätiger Gerichtsgutachter nicht feststellen. Über einen möglichen Misserfolg hat ihr Zahnarzt trotz allgemeiner Aufklärung nichts erzählt. Wie sieht die Risikoaufklärung aus?

Anmerkung:

Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit des Implantatverlustes. Es entspricht wohl herrschender Meinung, dass die möglicherweise eintretenden Risiken und Komplikationen sorgfältig aufzuklären sind. Obwohl nicht ganz unumstritten, ist auch über die gängigen Risiken, wie Schwellung, Nachblutung, Hämatom, Wundinfektion und Schädigung von Nachbarzähnen aufzuklären. Im OK sollte zusätzlich auf die Problematik einer Kieferhöhleneröffnung bzw. Kieferhöhlenentzündung im UK auf die Nervenschädigungsfahr mit daraus resultierendem Taubheitsgefühl in Lippe, Kinn, Zunge hingewiesen werden. Letztlich muss stets über solche Risiken aufgeklärt werden, die nach dem medizinischen Kenntnisstand bei der konkret anstehenden Behandlung tatsächlich bestehen. Risiken, deren Auftreten zwar nicht ausgeschlossen werden kann, deren Bestehen aber nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist, müssen nicht in die zahnärztliche Aufklärung einfließen. Risiken, die nach dem medizinischen Kenntnisstand beim implantologischen Eingriff tatsächlich bestehen, sind z. B. die mögliche Schädigung des Nervus alveolaris inferior, des Nervus mentalis, des Nervus nasopalatinus.

Die Aufklärung über Behandlungsalternativen ist auch hier relevant, weil diesbezüglich eine Aufklärungspflicht besteht, wenn verschiedene Methoden für den Patienten unterschiedliche Risiken mit sich bringen und daher echte Wahlmöglichkeiten eröffnen. Somit ist immer auf die konventionell-prothetische Versorgungsmöglichkeit und den damit erreichbaren Veränderungen des Ist-Zustandes einzugehen. Aus Gründen der Sicherheit ist über alle denkbaren Behandlungsalternativen aufzuklären, obwohl die Implantatsversorgung nach dem heutigen Stand der Erkenntnisse und Behandlungsmethoden eine nicht nur gleichwertige, sondern bessere zahnärztliche Versorgung darstellen kann als die Eingliederung einer herausnehmbaren prothetischen Versorgung (LG Oldenburg vom 20. 11. 1998, - 13 O 2695/96 -).

Gern vergessen wird, dass zur Frage der Risikoaufklärung natürlich auch das Misserfolgsrisiko gehört (s. o.).

In Abhängigkeit von dem verwendeten Implantatsystem wird die Erfolgswahrscheinlichkeit für Implantate im interforaminalen Bereich des zahnlosen Unterkiefers für steggetragene Versorgungen in implantatbezogenen Statistiken nach 8 bis 10 Jahren mit 88 bis 97 % und in patientenbezogenen Statistiken nach 5 bzw. 8 Jahren mit 95 und 97 % angegeben.

Für festsitzenden, bedingt abnehmbaren Zahnersatz liegt die Erfolgsrate in implantatbezogenen Statistiken nach 8 Jahren zwischen 92 und 98 % und bei 86 % in patientenbezogenen Auswertungen. Die Zahlen für den zahnlosen Oberkiefer sind mit 71 bis 92 % in einem vergleichbaren Zeitraum deutlich niedriger, wobei hier nur implantatbezogene Statistiken vorliegen. Im zahnlosen Unterkiefer scheinen einzelne Parameter wie Implantatlänge und Knochenqualität in Überlebenszeitanalysen prognostisch nur eine geringe Rolle zu spielen, während im unbezahnten Oberkiefer sowohl die Implantatlänge als auch die lokale Knochenstruktur einen Einfluss auf die Verweilwahrscheinlichkeit aufweisen. Eine Perforation des knöchernen Kieferhöhlenbodens während der Implantatinsertion im Oberkiefer beeinflusst dagegen offenbar die Prognose der eingesetzten Implantate nicht. Implantationen im teilbezahnten Kiefer waren je nach Lokalisation der Versorgung in implantatbezogenen Statistiken in 87,8 bis 92,0 % im Oberkiefer und in 89,3 bis 94 % im Unterkiefer erfolgreich. Hierbei besteht prognostisch kein Unterschied zwischen rein implantatgetragenen Suprastrukturen und Verbundkonstruktionen mit natürlichen Zähnen.

Verlaufsaufklärung:

Zur Risikoaufklärung gehört im Grunde auch die Verlaufsaufklärung. In der Verlaufsaufklärung muss dem Patienten zum Einen erläutert werden, wie sich der bei ihm festgestellte Befund ohne Behandlung weiter entwickelt, zum Anderen muss die zu erwartende Änderung nach erfolgter Therapie in Aussicht gestellt werden. Zum Aufklärungsgespräch gehört deshalb in jedem Fall eine Darstellung der Auswirkungen ohne Implantationsbehandlung. Dem Patienten muss in einfachen Worten verdeutlicht werden, dass es z. B. zu einem fortschreitenden Knochenabbau auf Grund unphysiologischer Belastung, einer möglichen Inaktivitätsatrophie, kommen kann. Dazu das Gutachterhandbuch Implantologie, S. 42 zu weiteren Aufklärungsinhalten: (Zur Aufklärung gehört ferner) die Fehl- und Überbelastung der eigenen Zähne (insbesondere beim stark reduzierten Restgebiss) sowie wahrscheinlich fortschreitender Zahnverlust.