



Der Aufklärungsratgeber – Teil 2

Wie in der ZWP 12/2015 versprochen, setze ich die Artikelreihe zur „Patientenaufklärung“ nun fort. Während im Arztbereich die Aufklärung des Patienten vor Eingriffen zum Standard gehört, ist dieses Thema bei Zahnärzten hingegen noch nicht wirklich angekommen. Und dies, obwohl seit Februar 2013 das sogenannte „Patientenrechtgesetz“ die wirksame Einwilligung des Patienten in jedwede medizinische Maßnahme vorschreibt. Und wirksam einwilligen kann nur ein Patient, der zuvor aufgeklärt wurde.

Eine solche Aufklärung sollte wie folgt strukturiert sein:

- A** Diagnose und Behandlungsplan
- B** Übliche Vorgehensweise
- C** Die wichtigsten Risiken der Behandlung
- D** Wichtige Regeln zur Sicherung des Heilerfolgs
- E** Hauptsächliche Risiken der Nichtbehandlung
- F** Grundsätzliche Behandlungsalternativen

Wir behandeln heute das Thema Patientenaufklärung im Fall einer Implantation im Unterkiefer Regio 46. So könnte man in der Rubrik A bereits darauf hinweisen, dass bei nicht behandlungsbedürftigen Nachbarzähnen die Überkronung dieser Zähne als Brückenanker durch die Implantation vermieden werden kann.

Die „übliche Vorgehensweise“ unter B hängt natürlich vom Implantatsystem ab. Bei einer zweizeitigen Vorgehensweise und der Verwendung einer Bohrschablone könnte man die Rubrik B wie folgt formulieren:

B) Übliche Vorgehensweise

Vor der Einbringung von künstlichen Zahnwurzeln werden Röntgenaufnahmen zur Beurteilung der Knochensituation und von gefährdeten Nachbarstrukturen (wie z.B. Nervenbahnen oder Zahnwurzeln) sowie Gipsmodelle angefertigt. Aufgrund von Knochenqualität und -angebot erfolgt die Auswahl von Typ und Größe der künstlichen Zahnwurzeln. Das Einbringen von Implantaten erfolgt üblicherweise unter örtlicher Betäubung. An der gewählten Implantatstelle wird das Zahnfleisch eröffnet und mit wassergekühlten Spezialbohrern in mehreren Schritten das Implantatbett im Kieferknochen aufbereitet. Dabei wird eine Bohrschablone zur präzisen Positionierung des Implantats eingesetzt. Der Implantatkörper wird dann in

das Implantatbett eingebracht. Nach dem Verschluss des Implantatkörpers mit einer Deckschraube wird das Zahnfleisch dicht über dem Kieferkamm vernäht. Nach etwa einer Woche können die Fäden im Operationsgebiet entfernt werden. Sobald die künstlichen Zahnwurzeln nach mehreren Monaten eingeheilt sind, werden sie im Bereich des Zahnes 46 unter örtlicher Betäubung durch Eröffnen der bedeckenden Schleimhaut wieder freigelegt. Die Deckschraube wird entfernt und durch einen Zahnfleischformer (Gingivaformer) ersetzt, damit sich eine, die zukünftige Krone umfassende, Schleimhautmanschette ausbilden kann. Gegebenenfalls wird eine provisorische Versorgung an die geänderte Situation angepasst. Mit einem individuell angefertigten Abdrucklöffel, der im Bereich des Zahnes 46 ausgespart ist, wird mittels einer selbsthärtenden Abdruckmasse die Situation im Munde abgeformt. Dabei wird die Position der Implantate durch Abdruckpfosten verschlüsselt, die im Abdruck verbleiben und dem Zahntechniker ermöglichen, mithilfe von Modellimplantaten die Situation im Munde in einem Gipsmodell nachzubilden. Dieses Gipsmodell dient zur Herstellung von passgenauen Kronen an dem Zahn 46, die dann über eine Kronenbasis mit den künstlichen Zahnwurzeln fest verbunden werden. In der Regel sind für die Anpassung des Zahnersatzes mehrere Sitzungen erforderlich.

Die „wichtigsten Risiken der Behandlung“ – Rubrik C – hängen natürlich vom Ort des Eingriffs ab: Im Unterkiefer gibt es andere Risiken als im Oberkiefer – auch muss zwischen Front- und Seitenzahnbereich unterschieden werden. In unserem Fall sollte man unter „C“ zunächst über das Risiko einer Wundheilungsstörung aufklären, das bei Rauchern deutlich erhöht ist und zum Implantatverlust führen kann. Neben den Risiken der Verletzung von Nachbarstrukturen muss unbedingt über das Risiko einer Nervläsion aufgeklärt werden. Dabei muss nach aktueller Rechtsprechung dem Patienten verdeutlicht werden, was eine solche Nervschädigung für ihn konkret bedeutet: nämlich ein zeitweiliges oder dauerhaftes Taubheitsgefühl im Kinn-Lippenbereich der betroffenen Seite. Auch über eher seltene Komplikationen wie die Perforation oder das Risiko eines Kieferbruchs bei atrophiertem Unterkiefer sollte

aufgeklärt werden. So ist z.B. laut Urteil des OLG München (AZ. 1 U 3458/94) über das Risiko eines Kieferbruchs vor der operativen Entfernung von Weisheitszähnen aufzuklären, obwohl in einer Studie der Zahnklinik Basel dieses Risiko mit sieben Fällen bei 2.384 entfernten Weisheitszähnen – also 0,3 Prozent – dokumentiert wurde.

Wie kann man nun in der täglichen Praxis differenzierte Patientenaufklärungen mit einem Minimum an Verwaltungsarbeit durchführen?

Mit vorgefertigten Aufklärungsbögen, einen für die Anästhesie, einen für die Implantation, einen für den Knochenaufbau, einen für den Sinuslift, einen für die Krone, einen für die Brücke usw. ist es recht mühsam. Ich schlage Ihnen hier den Einsatz der Synadoc-CD vor, die aus einem Behandlungsplan automatisch einen auf den Fall präzise zugeschnittenen individuellen Aufklärungsbogen erzeugt. Natürlich wird begleitend auch der Eigenanteil des Patienten für die geplante Behandlung ermittelt, sodass die um Patientenaufklärung bemühte Praxis in einem Schritt ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen kann.

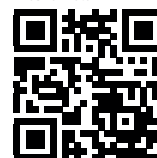
Interessiert? Eine kostenlose Probeinstallation der Synadoc-CD bestellen Sie unter www.synadoc.ch

INFORMATION

Synadoc AG

Gabi Schäfer
Münsterberg 11
4051 Basel, Schweiz
Tel.: +41 61 2044722
kontakt@synadoc.ch
www.synadoc.ch

Infos zur Autorin





MOVEMENT BY SWEDEN

The S1 System – reciprocating, smooth and flexible. Like a dance.



Sendoline[®]

Sendoline AB, Tillverkarvägen 6 / P.O. Box 7037, 18711 Täby, Sweden
t: +46 8-445 88 30, e: info@sendoline.com, www.sendoline.com
Contact: Area Sales Manager AT/DE, Stefan Rippel, e: stefan.rippel@sendoline.com

