

Das Recht der Implantatpatienten/-innen auf Informiertheit

Die Zeiten sind vorbei, in denen die Diskussion der Risiken einer Zahnimplantation im Mittelpunkt der Patientenkommunikation standen. Die Risiken einer jeden Implantation sind nahezu Allgemeingut geworden und durch vorgedruckte Musteraufklärungsbögen hinreichend bewältigt, sofern der Arzt auch auf die individuelle Befundsituation eingeht. Mit dieser Personalisierung der Aufklärung muss der Arzt sich weitergehend auch mit den Wünschen und der Erwartung der Patienten/-innen befassen wie auch mit dessen Haltung zu Behandlungsvarianten und Kostenoptionen. Denn in § 630e Abs. 1 Satz 3 BGB heißt es: Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. Unter Informationspflichten heißt es in § 630c Abs. 2 Satz 1 BGB weiter, den Patienten/-innen seien alle wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen, alles dies unter Erläuterung der unterschiedlichen Kostenbelastung (§ 630c Abs. 3 BGB). Erst wenn diese Umstände und Folgen vollständig kommuniziert sind, liegt ein „informed consent“ der Patienten/-innen vor. Gerade diese Kommunikation stellt Implantolog/-innen heute vor besondere Herausforderungen, da sie – anders als die Risikoaufklärung – eine gegenseitige ist und Patienten/-innen mitnichten auf die Kenntnisnahme der ärztlich mitgeteilten OP-Risiken reduziert sind.



1. Alternativenaufklärung

Dies galt im Wesentlichen freilich schon vor dem Inkrafttreten dieser Regelungen durch das Patientenrechtsgesetz 2013, dies damals noch gestützt auf Richterrecht:

So ermöglicht die kortikale Verankerung eines Implantats den Verzicht auf einen sonst erforderlichen Knochenaufbau, wodurch auch das Risiko entfällt, hierbei anatomische Strukturen zu gefährden oder Komplikationen bei der Knochenaufbauoperation zu erfahren (LG Köln, Urt. v. 07.02.2007, AZ 23 O 458/04, NJW-RR 2007, 1401) – zweifellos eine alternative Perspektive, die für einen Patienten/-innen mit atrophiertem Knochen von höchstem Interesse ist.

Patienten/-innen sind über die Details der Behandlungsplanung und der sich bietenden Alternativen expressis verbis zu informieren: So bedarf es des Hinweises darauf, dass statt einer auto-

logenen Knochentransplantation auch die Verwendung eines Knochenersatzmaterials grundsätzlich möglich ist und es wiederum unter dieses unterschliche Risiko- und Kostenaspekte gibt, je nachdem ob biologische oder synthetische Materialien in der Operation vorgesehen werden; zuvorderst aber sind die Patienten/-innen darüber zu informieren, ob ein Knochenaufbau überhaupt erforderlich ist (wie regelmäßig bei den sogenannten 2-Phasen-Implantaten) oder ob dieser trotz der Atrophie des Kieferknochens unter Umständen verzichtbar ist, wie dies regelmäßig bei kortikalen Schraubimplantaten der Fall ist (OLG Stuttgart, Urt. v. 12.07.2005, AZ 1 U 25/05, sog. Bikortikalschrauben [BCS]).

Eine durch den Behandler verkürzte Patienten/-inneninformation kann nach der Behandlungsdurchführung zu einer für die Patienten/-innen schmerzhaften Erstattungsverweigerung des Kostenträgers führen. Denn der Kostenträger

kann Patienten/-innen und damit im Reflex Behandler/-innen befragen, warum überhaupt ein Knochenaufbau erfolgt ist, wenn doch auch die Verwendung kortikaler Implantate möglich gewesen wäre, bei denen diese Augmentationen nicht erforderlich sind. Regelmäßig werden Behandler/-innen dann die Gründe für die Unverzichtbarkeit der Knochentransplantation oder auch nur eines Knochenaufbaus der Krankenversicherung darzulegen haben und die Krankenversicherung wird im Falle der Kostenversicherung auf das Merkmal der sogenannten Verlangensleistung oder der sogenannten Übermaßbehandlung nach § 4 Abs. 2 der Musterbedingungen hinweisen. Dann kommt es nicht nur auf die zahnmedizinische Sachlage an, sondern auch darauf, ob der Behandler die Patienten/-in auch über die unterschiedlichen Kostenzenarien, insbesondere auch im Hinblick auf einen Erstattungsausfall, hingewiesen hat und dies auch beweisen kann. Denn Patienten/-innen, die nachträglich erfahren, dass die vonseiten der Behandler/-innen gewählte Behandlung länger gedauert hat, invasiver war und auch noch teurer ist, wird am Ende seine Uninformiertheit bei den Behandler/-innen geltend machen.

2. Information zur Periimplantitis

Die Befürworter/-innen der strategischen Implantate weisen darauf hin, dass glatt polierte Implantatoberflächen das Risiko einer Periimplantitis herabsetzen oder gar ausschließen, die als solche häufig erst zwei oder drei Jahre nach einer Implantation auftritt. Bei herkömmlicher Betrachtung ist dies dann nicht die Folge einer Standardabweichung durch den Implantologen, denn bei diesem Zeitfenster kommt eine Zurechnung der Entzündung auf die Implantation selbst sicher nicht mehr in

Betracht. Sollte diese Folge aber auf die Implantatwahl zurückzuführen sein oder zumindest bekannt sein, dass es in der Fachwelt einige Hinweise darauf gibt, dass die rauen Oberflächen der 2-Phasen-Implantate eine Risikosteigerung im Hinblick auf das Auftreten einer Periimplantitis bergen, kann dies zu dem Vortrag der Patienten/-innen führen, dass er sich bei Kenntnis dieser Hinweise für strategische Implantate entschieden hätten. So wurde die Haftung eines Chirurgen bejaht, der die Patientin nicht darauf hingewiesen hatte, dass bovines Knochenersatzmaterial verwendet wurde. Es war dabei unerheblich gewesen, ob ein wissenschaftlicher Nachweis für das Risiko einer Kreuzfeld-Jacob-Krankheit geführt werden konnte. (Für die Haftung des Chirurgen reichte es, dass es an diesem Material zu einer Entzündung gekommen war und die Patientin zur Überzeugung des Gerichts nachweisen konnte, dass sie der Verwendung dieses Materials aus einer rein subjektiven Überzeugungslage niemals zugestimmt hätte (OLG Stuttgart, Ur. v. 12.07.2005, AZ 1 U 25/05). In vergleichbarer Weise könnte ein Patient bei aufgetretener Periimplantitis darlegen, dass er präoperativ gerne von dem strategischen Implantat als Option erfahren hätte, das für sich unter Hinweis auf wissenschaftliche Studien reklamiert, diese Krankheit nicht zu verursachen.

Ein Implantatverlust lässt sich nicht als Risiko einer Implantation verstehen. Hier steht die Information der Patienten/-innen im Mittelpunkt, wie lange ein Implantat verbleiben kann. Zum Teil finden sich Überlebenszeitanalysen von Zahnimplantaten, die zu einer Rate von 96,1% nach 7 Jahren gelangen¹. Andere Analysen sprechen davon, dass bei 45% aller Patienten/-innen Periimplantitis auftritt, bei 14,5% sogar mit einem besonderen schweren Verlauf². Nach einer aktuellen Studie zum strategischen Implantat soll hier die Periimplantitis als

Verlustursache gar keine Rolle spielen. Hier tritt eine fachliche Meinungsdivergenz auf, die für autonome Patienten/-innenentscheidungen und damit für das ärztliche Informationsprogramm jedenfalls relevant ist, so auch dieses Kriterium der Implantatwahl gegenüber den Patienten/-innen offenzulegen ist.

3. Information über Behandler/-innen

Ein typisches patienten/-innenseitiges Informationsbedürfnis besteht darin zu erfahren, wie versiert die kontaktierte Behandlerin in dem vorgesehenen Verfahren ist. Wenn ein unerfahrener Assistenzarzt erstmals und unter Aufsicht eine bestimmte Operation durchführt, sind Patienten/-innen hierüber vorab zu informieren. In ähnlicher Weise wird die erfahrene Operateurin dem Patienten zu eröffnen haben, dass er für das geplante bzw. angewendete Verfahren die herstellerseitig geforderte Autorisation gar nicht besitzt, etwa weil sie an dem Einweisungskurs des Herstellers hierzu nicht teilgenommen hat. Ein Übernahmeverschulden kann sowohl einen völlig unerfahrenen Operateur als auch eine nur mit dieser Technik unerfahrene Operateurin treffen. Dies gilt sowohl für die Einbringung als auch für die Herausnahme eines Implantats, wiewohl auch für die prothetische Versorgung. Denn es ist zu beobachten, dass die Gestaltung und Suprakonstruktion der verschiedenen Implantattypen bezüglich der Positionierung, des Einbringungswinkels und des Belastungsprotokolls auch in zeitlicher Hinsicht variieren. Das Erfordernis Produktkenntnis dürfte wohl auch der Grund dafür sein, dass als Gutachter einer Behandlungstechnik nur der- oder diejenige in Betracht kommt, der das Verfahren selbst anwendet und somit in Theorie und Praxis selbst beherrscht (BGH, Beschl. v. 06.06.2019, AZ III ZB 98/18).

4. Kommunikation patientenrelevanter Umstände

Aus § 39 SGB V, aber auch im PKV-Recht wird ein Grundsatz des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Versorgung hergeleitet. Zumindest bei Patienten/-innen einer geplanten Knochentransplantation könnte so der Vorrang der BCS hergeleitet werden. Dieser wird abgeleitet daraus, dass grundsätzlich dem weniger invasiven Verfahren der Vorrang gebührt und die Kosten einer stationären Aufnahme grundsätzlich zu vermeiden sind. Bei der Verwendung bikortikaler Zahnimplantate bedarf es gar keiner autologen Knochentransplantation, die als vollnarkosepflichtiger Vorgang der Knochen- bzw. Gewebetransplantation zwingend eine stationäre Aufnahme notwendig macht.

Auch losgelöst vom konkreten Behandlungsvorgang stellt sich die Frage, wie der Konflikt zwischen Expert/-innen-dominanz und Patienten/-innenautonomie aufgelöst werden kann. Über die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung wirken Patienten/-innenvertreter ohnehin längst mit. Sie werden von Patienten/-innenorganisationen als sachkundige Personen benannt und haben ein abgeleitetes Teilnahme-, Beratungs- und Antragsrecht (§ 140f SGB V). Dies ist sinnvoll, da dem Patienten/-innenwillen nicht nur vor der eigenen Operation aufgrund vollständiger Informationserteilung Gehör zu verschaffen ist, sondern auch schon im Vorfeld, nämlich bei der Frage, welche Behandlungstechniken bei generalisierender Betrachtung Bestandteil des Leistungskatalogs des Kostenträgers sind. Während dies für Keramikimplantate immer noch diskutiert wird, sind die bikortikalen Implantate seit Jahren inkludiert.

5. Fazit

Die sprechende Medizin ist auch in der Zahnmedizin das Gebot der Stunde. Der so erhöhte Aufwand zahlt sich aus in der späteren Behandlungstreue der Patienten/-innen, denn nichts gibt einen so anhaltenden Impuls wie die eigene Bejahung eines Vorgangs in der Außenwelt. Die Grundlage hierfür müssen Behandler/-innen durch ein Informationsgespräch legen, das nicht die Risiken der Behandlung in den Mittelpunkt stellt, sondern die wirklich entscheidungserheblichen Umstände der konkreten Behandlungsplanung.

Literatur

1. Pommer, Mailath-Pokorny, 10.000 Tausend Implantate: Langzeiterfahrungen und Risikoanalyse, Klinik & Praxis 2013.
2. Palka, Lazarov, Immediate loading: Results for the concept of strategic implant. Ann Maxillofac Surg 2019;9(1):78.



Michael Zach

Fachanwalt im Auftrag der DGAO e.V.
Deutsche Gesellschaft für Aligner Orthodontie e.V. (DGAO)
Geschäftsstelle
Lindenspürstraße 29C, 70176 Stuttgart
E-Mail: info@rechtsanwalt-zach.de

