

Implantatpatienten und das Recht auf Informiertheit

share



[RA Michael Zach](#)

E-Mail: info@rechtsanwalt-zach.de



Foto: Seventyfour – stock.adobe.com

Die Zeiten sind vorbei, in denen die Diskussion der Risiken einer Zahnimplantation im Mittelpunkt der Patientenkommunikation stand. 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 des Patienten 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, dem Patienten 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 sog. informed consent des Patienten vor. Gerade diese Kommunikation stellt Implantologen heute vor besondere Herausforderungen, da sie -anders als die Risikoaufklärung- eine gegenseitige

ist und der Patient mitnichten auf die Zurkenntnisnahme der ärztlich mitgeteilten OP-Risiken reduziert ist.

Alternativaufklärung

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 Implantates 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, 23 O 458/04, NJW-RR 2007, 1401) – zweifellos eine alternative Perspektive, die für einen jeden Patient mit atrophiertem Knochen von höchstem Interesse ist.

Der Patient ist über die Details der Behandlungsplanung und der sich bietenden Alternativen *expressis verbis* zu informieren: so bedarf es des Hinweises darauf, dass statt einer autologen Knochentransplantation auch die Verwendung eines Knochenersatzmaterials grundsätzlich möglich ist und es wiederum unter diesen unterschiedliche Risiko- und Kostenaspekte gibt, je nachdem ob biologische oder synthetische Materialien in der Operation vorgesehen werden; zuallererst aber ist der Patienten darüber zu informieren, ob ein Knochenaufbau überhaupt erforderlich ist (wie regelmäßig bei den sog. 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, 1 U 25/05, sog. Bicorticalschrauben [BCS]).

Eine durch den Behandler verkürzte Patienteninformation, kann nach der Behandlungsdurchführung zu einer für den Patienten schmerzhaften Erstattungsverweigerung des Kostenträgers führen. Denn der Kostenträger kann den Patienten und damit im Reflex den Behandler 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 wird der Behandler dann die Gründe für die Unverzichtbarkeit der Knochentransplantation oder auch nur eines Knochenaufbaus der Krankenversicherung darzulegen haben und die Krankenversicherung wird im Falle der Kostenversagung auf das Merkmal der sog. Verlangensleistung oder der sog. Übermaßbehandlung nach § 4 Abs. 2 der Musterbedingungen hinweisen. Dann kommt es nicht nur auf die zahnmedizinische Sachlage an, sondern auch darauf, ob der Behandler den Patienten auch über die unterschiedlichen Kostenszenarien, insbesondere auch im Hinblick auf einen Erstattungsausfall, hingewiesen hat und dies auch beweisen kann. Denn ein Patient, der nachträglich erfährt, dass die vom Behandler gewählte Behandlung länger gedauert hat, invasiver war und auch noch teurer ist, wird am Ende seine Uninformiertheit bei dem Behandler geltend machen.

Information zur Periimplantitis

Die Befürworter 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-Phasenimplantate eine Risikosteigerung im Hinblick auf das Auftreten einer Periimplantitis bergen, kann dies zu dem Vortrag des Patienten führen, dass er sich bei Kenntnis dieser Hinweise für strategische Implantate entschieden hätte. 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 (2005), für die Haftung des Chirurgen reichte es, dass es an diesem Material zu einer Entzündung gekommen war und die Patientin zur Überzeugung des Gerichtes nachweisen konnte, dass sie der Verwendung dieses Materials aus einer rein subjektiven Überzeugungslage niemals zugestimmt hätte (OLG Stuttgart, Urt. v. 12.07.2005, 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 des Patienten im Mittelpunkt, wie lange ein Implantat verbleiben kann. Zum Teil finden sich Überlebenszeitanalysen von Zahnimplantaten die zu einer Rate von 96,1 % nach sieben Jahren gelangen (Nahid Meyer-Tehrani, BDIZ EDI konkret 2006,68). Andere Analysen sprechen davon, dass bei 45% aller Patienten Periimplantitis auftritt bei 14,5% sogar in einem besonderen schweren Verlauf (J. Dent. Res Vol 95 /I) 43-49, 2016, Derks. J., Schaller C., Hakannsson). Nach einer aktuellen Studie zu dem strategischen Implantat soll hier die Periimplantitis als Verlustursache gar keine Rolle spielen (Palka, Lazarov, 2019). Hier tritt eine fachliche Meinungsdivergenz auf, die für autonome Patientenentscheidungen und damit für das ärztliche Informationsprogramm jedenfalls relevant ist, so dass auch dieses Kriterium der Implantatwahl dem Patienten offenzulegen ist.

Information über den Behandler

Ein typisches patientenseitiges Informationsbedürfnis besteht darin zu erfahren, wie versiert der kontaktierte Behandler in dem vorgesehenen Verfahren ist. Wenn ein unerfahrener Assistenzarzt erstmals und unter Aufsicht eine bestimmte Operation durchführt, ist der Patient hierüber vorab zu informieren. In ähnlicher Weise wird der erfahrene Operateur dem Patienten zu eröffnen haben, dass er für das geplante bzw. angewendete Verfahren die herstellenseitig geforderte Autorisation gar nicht besitzt, etwa weil er an dem Einweisungskurs des Herstellers hierzu nicht teilgenommen hat. Sowohl einen völlig unerfahrenen als auch den nur mit dieser Technik unerfahrenen Operateur kann ein Übernahmeverschulden treffen. Dies gilt sowohl für die Einbringung als auch für die Herausnahme eines Implantates, wie wohl auch für die prothetische Versorgung. Denn es ist zu beobachten, dass die Gestaltung und Suprakonstruktion in einem ganz erheblichen Maße von der Positionierung, dem Einbringungswinkel und das Belastungsprotokoll auch in zeitlicher Hinsicht zwischen den einen Implantattypen deutlich variiert. Das Erfordernis Produktkenntnis dürfte wohl auch der Grund dafür sein, dass als Gutachter einer Behandlungstechnik nur derjenige in Betracht kommt, der das Verfahren selbst anwendet und somit in Theorie und Praxis selbst beherrscht (BGH, Beschl. v. 06.06.2019, III ZB 98/18).

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 einer geplanten Knochentransplantation könnte so der Vorrang der BCS-Implantate 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 bicortikaler Zahnimplantate bedarf es gar keiner autologen Knochentransplantation, die als vollnarkosepflichtiger Vorgang der Knochen- bzw. Gewebetransplantation zwingend eine stationäre Aufnahme erfordert.

Auch losgelöst vom konkreten Behandlungsvorgang stellt sich die Frage, wie der Konflikt zwischen Expertendominanz und Patientenautonomie aufgelöst werden kann. Über die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung wirken Patientenvertreter ohnehin längst mit. Sie werden von Patientenorganisationen als sachkundige Personen benannt und haben ein abgeleitetes Teilnahme-, Beratungs- und Antragsrecht (§ 140f SGB V). Dies ist sinnvoll, da dem Patientenwillen 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 Leistungskataloges des Kostenträgers sind. Während dies für Keramikimplantate immer noch diskutiert wird, sind die bicorticalen Implantate seit Jahren inkludiert.

Fazit

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