

Komplikationen und Misserfolge in der Zahnmedizin

Am 23.04. 2005 fand in Güstrow das nun schon XIII. Zahnarztseminar statt, das mit 375 Teilnehmern seinen Seminarcharakter längst verloren hat und zu einem traditionellen Treffpunkt für Kollegen und Kolleginnen aus Mecklenburg-Vorpommern und Nordbrandenburg geworden ist. Zum Bedauern der Veranstalter konnten aus Raumkapazitätsgründen nicht alle Teilnahmewünsche realisiert werden.



Trotz größter Sorgfalt sind Komplikationen und Misserfolge in den einzelnen Teilgebieten der Zahnmedizin nicht zu vermeiden. Gängler/ Witten-Herdecke stellte die Auseinandersetzung zwischen Mikroorganismen und lokaler Abwehr als Ursache eines Misserfolges in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen. Er wies eindringlich darauf hin, dass die seit Jahrzehnten postulierten Prinzipien der Füllungstherapie sowohl hinsichtlich der Kavitätenpräparation als auch der Erneuerungsnotwendigkeit vorhandener Füllungen keine Gültigkeit mehr haben. Heute wird ein minimalinvasives Vorgehen favorisiert. Entscheidend ist die Erhaltung des Biofilms.

Blankenstein/ Berlin unterschied in seinem sehr praxisorientierten Referat in der prothetischen Zahnheilkunde zahnärztlich-zahntechnische Produktionsfehler, zu geringe Überlebensdauer aufgrund von Planungs- und Benutzungsfehlern sowie Adaptationsprobleme. Er hob den Wert der dreistufigen Relationsbestimmung einschließlich einer sekundären Remontage zur Vermeidung von Misserfolgen hervor. Ausführlich ging er auf das Problem der Einbeziehung avitaler Pfeilerzähne für eine prothetische Rehabilitation ein. Schraubenanker stellen ein besonders hohes Risiko dar und sollten nach seiner Auffassung nicht mehr verwendet werden. Ebenso sind endständige avitale Zähne bei Freindbelastung besonders frakturgefährdet und erhöhen somit die Misserfolgsrate. Ähnlich schlechte Ergebnisse lassen avitale Teleskop- anker erwarten und sollten nach Auffassung des Referenten eher durch Magnete ersetzt werden. Eine nicht zu unterschätzende Bedeutung kommt Adaptationsproblemen zu. Vor der Neuanfertigung eines Zahnersatzes ist gründlich zu prüfen, wo das Adaptationsproblem für den Patienten liegt.

Kocher/ Greifswald hob hervor, dass die Einschätzung eines Erfolges oder Misserfolges der Parodontalbehandlung wesentlich von der Erfolgsdefinition abhängt. Neben der Regeneration ist auch die langfristige Zahnerhaltung als Behandlungserfolg zu werten, unabhängig vom ästhetischen Ergebnis. Entscheidend sind Gesamtplanung, Patientenverhalten und ständige Erhaltungstherapie. Erfolgsbewertungen in der Literatur sind wegen der sehr unterschiedlichen Kriterien bei der Patientenselektion kaum vergleichbar. Er wies noch einmal darauf hin, dass Nikotinabusus eindeutig zu einer schlechten Prognose sowohl bezüglich Attachmentgewinns als auch der Ästhetik führt.



Als Ursache für den Misserfolg einer kieferorthopädischen Behandlung sieht Grabowski/ Rostock Fehler bei der Diagnostik und Therapieplanung, das Nichtbeherrschen der Behandlungsmittel, die Nichtbeachtung des funktionellen Status und Probleme der Wurzelresorption an. Bezüglich der Planung handelt es sich insbesondere um die falsche Indikationsstellung zur Extraktion, das Nichtbeachten vestibulärer Knochenbedeckungen sowie des Profils, die Wahl eines ungeeigneten Behandlungsgerätes sowie die Nichtbeachtung der Wachstumsrichtung und damit das nicht rechtzeitige Erkennen eines Operationsfalles. Hinsichtlich des funktionellen Status sind unter anderem Haltungsschwächen und Zungenfunktionen zu beachten. Sie wies eindringlich darauf hin, dass Misserfolge vielfach auf eine unzureichende Diagnostik zurückzuführen sind. Diese Aussagen wurden durch eine Vielzahl von Falldemonstrationen belegt.

Über einen reichen Erfahrungsschatz hinsichtlich der implantologischen Versorgung der Patienten konnte Singer/ Ludwigshafen berichten. Durch regelmäßigen Einsatz von Antibiotika im Rahmen der Implantatsetzung konnte er die Frühkomplikationen von 2,3 % auf 0,85 % senken. Der Referent ging insbesondere auf Misserfolge und Komplikationen aus gutachterlicher Sicht ein. Er ist seit vielen Jahren als Gutachter sowohl für Versicherungen als auch für Krankenkassen tätig und überblickt ein umfangreiches Material von Beschwerdeverfahren. Hier stehen Verletzungen der Aufklärung und der Dokumentationspflicht im Vordergrund. Der Behandler sollte den Patienten insbesondere über die geplante Therapie auf der Grundlage der Ausgangssituation sowie das operative Vorgehen ausführlich unterrichten. Dabei müssen mögliche Komplikationen genannt werden, es muss weiterhin auf die medizinische Notwendigkeit hingewiesen werden. Die Aufklärung über alternative Behandlungsmöglichkeiten darf nicht fehlen. Wichtig ist, dass das chirurgische Aufklärungsgespräch mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff erfolgt. Die Unterschrift des Patienten auf dem Aufklärungsbogen sowie Bemerkungen zur Übergabe des Implantatpasses und die Dokumentation des Behandlungsverlaufes dürfen nicht fehlen. Aus den Behandlungsunterlagen muss hervorgehen, dass die Regeln der zahnärztlichen Kunst eingehalten wurden (state of the art). Die Implantate müssen dem derzeitigen Kenntnisstand der Implantologie entsprechen. Bei Versorgungen mit subperiostalen Implantaten oder sogenannten Disc-Implantaten ist Vorsicht geboten. Ausdrücklich wies Singer darauf hin, dass bei Risikoerkrankungen, wie zum Beispiel einem nicht eingestellten Diabetes oder extremem Nikotinabusus, auf die Implantation verzichtet werden sollte.

Sonnenburg/ Güstrow wies darauf hin, dass eine exakte Diagnostik unter Nutzung aller moderner bildgebender Verfahren Voraussetzung für die Risikominderung auch bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen ist. Komplikationen sind aber auch dadurch nicht immer sicher zu vermeiden. Das gilt insbesondere für Nervfunktionsstörungen. Nach operativen Weisheitszahnentfernungen ist bei 0,2 bis 1 % mit bleibenden Nervfunktionsstörungen zu rechnen. Das klinische Erscheinungsbild lässt zunächst meist nicht auf das Schadensmuster schließen. Somit ist die Prognose der Reversibilität des Schadens unsicher. Die Inzidenz von Komplikationen im Zusammenhang mit der Entfernung unterer Weisheitszähne steigt nach dem 25. Lebensjahr. Deshalb sollten diese, wenn sie sich nicht regelrecht einstellen, frühzeitig entfernt werden. Einen breiteren Raum nahmen Ausführungen zur Prophylaxe von Blutungen bei Patienten, die mit Vitamin-K-Antagonisten oder Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden, ein. Der Hausarzt oder Facharzt hat das Risiko potentieller Thromboembolien gegen das Blutungsrisiko abzuwägen und zu entscheiden, ob und in welcher Weise die medikamentöse Therapie geändert wird. Misserfolge betreffen in erster Linie operative Eingriffe

zur Zahnerhaltung. Transfixationen und Transplantationen haben nach Auffassung der Referentin bei dem heutigen Stand der Implantologie nur noch eine geringe klinische Bedeutung.



Insgesamt war es eine sehr praxisorientierte Fortbildung, die daneben wie auch in den Jahren zuvor ausreichend Zeit für kollegiale Gespräche ließ.

PD. Dr. Michael Sonnenburg