

Stellungnahme Lachgassedierung

Wie bereits schon mehrmals veröffentlicht, ist der Einsatz von Lachgas beim Zahnarzt seit Jahren ein kontrovers diskutierter Punkt. Auch innerhalb der unterschiedlichen Fachgesellschaften ist es kaum möglich, eine gemeinsame Linie zur Handhabung dieser Technik zu finden, was den Zahnarzt vor die Herausforderung stellt, seine Arbeitsweise neutral und unvoreingenommen zu bewerten, ob diese im Falle einer juristischen Auseinandersetzung einer Prüfung standhält. Mein Artikel soll einen Denkanstoß darstellen und die anwendenden Kollegen für Risiken sensibilisieren, die vielleicht auf den ersten Blick nicht deutlich sind. Die Tatsache, dass die Lachgassedierung in meiner Praxis angewendet wird, zeigt den Stellenwert, den diese Technik in meinem Praxiskonzept hat. Der notwendige Aufwand zeigt aber auch, wie groß die Hürden für eine rechtskonforme Anwendung sind.

Insgesamt fallen zwei Stellungnahmen in die Betrachtung:

- Stellungnahme der ZÄK Westfalen-Lippe veröffentlicht 2/2012. Diese wurde auch von der ZÄK Hamburg übernommen und veröffentlicht. Im Weiteren römisch I.
- Gemeinsame Stellungnahme aus dem Wiss. Arbeitskreis Kinderanästhesie der DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin) 2013. Im Weiteren römisch II.

In der Stellungnahme I wurde unter anderem gefordert: „Somit ist es zwingend erforderlich, bei allen Formen der Analgosedierung eine weitere – entsprechend qualifizierte – Person mit der Durchführung und Überwachung des Analgosedierungsverfahrens zu betrauen.“

Eine Personalunion von behandelndem Zahnarzt und Sedierungsleiter wurde somit ausgeschlossen. Doch wie soll so etwas in der zahnärztlichen Praxis umgesetzt werden?

Eine entsprechend qualifizierte Person gibt es nicht in der Zahnarztpraxis. Die zahnmedizinische Fachangestellte hat keinerlei Ausbildung in der Beurteilung und Überwachung wichtiger Vitalparameter beim Kind. Was die Sache noch

schlimmer macht, selbst wenn der verantwortliche Zahnarzt guten Willens ist, seine Fachangestellte fortzubilden, wird er feststellen, dass es gar keine Fortbildungskurse gibt, die ihm dies ermöglichen. Die einzige Personengruppe, die diese Anforderung im Moment sicher erfüllt, ist die Anästhesietechnische Assistentin. Diese sind extrem gesuchte Spezialisten und werden mit Sicherheit kein Interesse haben, in Zahnarztpraxen mitzuwirken.

Was bedeutet dies im Falle einer juristischen Auseinandersetzung?

Sollte also eine Mutter aus nicht objektiveren Gründen zu dem Schluss kommen, dass ihr Kind in der Analgosedierung beim Zahnarzt Schaden genommen hat, wird es in der Regel zum Prozess kommen. In erster Linie werden Aufklärung und richtlinienkonforme Durchführung im Vordergrund stehen. Wird hier also schon zwangsläufig festgestellt, dass der Zahnarzt bewusst gegen diese Richtlinie verstoßen hat, passiert Folgendes: Die Beweislast dreht sich um, und der Zahnarzt muss beweisen, dass das Kind keinen Schaden genommen hat. Dies wird praktisch unmöglich sein und der Zahnarzt wird mit Schadenersatzansprüchen und vielleicht auch lebenslangen Rentenansprüchen konfrontiert, die u.U. auch nicht durch seine Haftpflichtversicherung gedeckt sind.

Im weiteren Text (I) wird auf die Stellungnahme der DGAI (Version 2010) verwiesen, die eindeutig fordert, dass: „Sedierung bzw. Analgosedierung nur durch Anästhesisten und Pädiater mit intensivmedizinischen Kenntnissen durchgeführt werden sollten (...). Der Sedierende müsse die Basis und die weiteren lebensrettenden Maßnahmen bei Kindern sicher beherrschen, eine suffiziente Maskenbeatmung durchführen können, Techniken der Atemsicherung kennen und einen Venenzugang sicher schaffen können“.

Um es verkürzt auf den Punkt zu bringen: Der sedierende Zahnarzt wird im Falle einer Komplikation am Fachwissen eines Anästhesisten gemessen.

Der absolute Tiefpunkt in der Ausein-

dersetzung um die Lachgasanwendung beim Zahnarzt wurde im Jahr 2008 erreicht. Die Autoren Höhne und Reinhold kamen in ihrer damaligen Stellungnahme (Arbeitskreis Kinderanästhesie DGAI) zu dem Schluss: „Die Technik der inhalativen Applikation von Lachgas kann aufgrund mangelnder Sicherheit und Nichteinhaltung technischer Vorschriften nicht empfohlen werden.“

Eine Beurteilung, die der Technik der Lachgassedierung beim Zahnarzt in keinem Fall gerecht wird und die Tatsache einer millionenfachen, erfolgreichen und nahezu komplikationsfreien Anwendung völlig außer Acht lässt. Besonders erfreulich ist deswegen, dass die Lachgasanwendung gerade in jüngster Zeit wieder in den universitären Blick geraten ist, wo man sich anscheinend des Problems bewusst ist und eine gemeinsame Stellungnahme (II) mit der DGAI formuliert hat. Ziel war sicherlich, für den Zahnarzt Rechtssicherheit zu schaffen.

Doch ist das wirklich gelungen?

Schon der Blick auf das Autorenverzeichnis macht klar, wie hier die Kräfteverteilung liegt. Von sechs Autoren stammen zwei aus dem universitären zahnmedizinischen Bereich und vier Autoren stammen aus Kliniken für Anästhesiologie. Beim Fazit der Stellungnahme (II) wird klar, warum. Im Kern liegen auch in dieser abgemilderten Stellungnahme (II) die Hürden für eine richtlinienkonforme Anwendung extrem hoch. Vom Monitoring wird nicht nur eine Pulsoxymetrie gefordert, sondern auch eine Überwachung der Atemfrequenz. Eine Pulsoxymetrie ist preisgünstig zu haben, die Sensoren können mehrmals verwendet werden. Ein Monitor zur Überwachung der Atemfrequenz ist schon sehr viel aufwendiger. Diese Preise liegen zwischen 2.000 bis 4.000 € und die Sensoren sind systembedingt lediglich einmal zu verwenden (Preis ca. 25 € pro Sensor). Investitionen dieser Größenordnung sind sicher nur für Praxen sinnvoll, die ein hohes Aufkommen an Patienten haben. Ferner werden aber auch praktische Kompetenz und



Fortbildung

theoretisches Wissen in der Kinderreanimation gefordert. Da muss man sich schon fragen, wie viele Zahnärzte praktische Erfahrung in der Kinderreanimation besitzen. Ich zum Glück nicht. Als letzter Punkt wird allgemein das Erkennen von Komplikationen und deren Management gefordert. Dies ist so allgemein gehalten, dass hierunter praktisch das komplette Fachwissen der Anästhesie Platz hat. Das Fazit der Stellungnahme (II) sagt dann ja auch eindeutig: „Der Einsatz von Lachgas (...) kann aus Sicht der Deutschen Ge-

sellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin im o.g. Umfang empfohlen werden.“ Dies schließt wieder den Kreis zu meiner Einleitung und dem Hinweis auf die Zusammensetzung der Autoren dieser Stellungnahme. Eindeutig wird hier also bestätigt, dass die Richtlinienkompetenz für den Einsatz von Lachgas in der Zahnarztpraxis nicht in den zahnärztlichen Fachgesellschaften liegt, sondern bei der DGAI. Der zahnärztliche Kollege wird in jedem Fall am Fachwissen des Facharztes für Anästhesie gemessen werden. Der zahn-

ärztliche Arbeitsplatz wird den Anforderungen eines Anästhesiearbeitsplatzes entsprechen müssen. Meine dringende Empfehlung kann abschließend nur sein, eine äußerst genaue Prüfung der eigenen Situation in seiner Praxis durchzuführen, ob eine Lachgasanwendung gemäß dem aktuellen Stand möglich ist.

Dr. Michael Gilanschah

Wir danken dem Hamburger Zahnärzteblatt für die freundliche Nachdruckgenehmigung.

Stiftverbolzung nach Staegemann

Die im Sächsischen Zahnärzteblatt vom 14. Februar 2014 veröffentlichte Würdigung meines verehrten Hochschullehrers und Mentors Professor Gerd Staegemann veranlasst mich, zur klinischen Bewertung der von ihm inaugurierten Stiftverbolzung mit einem Fallbericht beizutragen. Eine 67-jährige Patientin, vollbezahnt und parodontitisfrei bei befriedigender Mundhygiene, stellte sich im April 1999 mit folgendem Befund bei mir vor: Klinisches und röntgenologisches Vollbild einer von Zahn 22 ausgehenden infizierten, nahezu kirschgroßen periradikulären Zyste. Eine Lockerung dieses oder der benachbarten Zähne war nicht erkennbar. Aufgrund des ausgedehnten zystisch bedingten Knochendefektes und der bei

einer Extraktion nicht auszuschließenden Frakturgefahr der vestibulären Alveolenwand verwarf ich eine Implantatlösung und entschied mich für eine Stiftverbolzung. Begünstigend war die kräftige Ausbildung der Basis des Alveolarfortsatzes und die Erhaltungswürdigkeit der Wurzel, die nur geringe Resorptionen zeigte. Nach vorbereitender Zahnsteinentfernung erfolgten entsprechend der Systematik nach Staegemann die Abtragung der klinischen Krone, die biomechanische Aufbereitung des Wurzelkanals zur Passfähigkeit eines Titanstiftes sowie die Exkochleation des Zystenbalges nach Wurzelspitzenresektion. Für die Wurzelkanalaufbereitung und die Auswahl des

Titanstiftes nutzte ich ein von Staegemann entworfenes und von MLW produziertes Besteck. Ebenfalls nach den Vorgaben Staegemanns war darauf zu achten gewesen, dass bei der Fixierung des Titanstiftes mit nunmehr angegossenem Stumpf Aufbau das Stiftende unbedingt an der knöchernen Gegenwand des Zysten kavum drucklos anlag. Unter Antibiotikaabschirmung kam es zu einer komplikationslosen Wundheilung. Nach nunmehr 15 Jahren zeigt sich eine uneingeschränkte Positionsstabilität des Zahns 22. Im Röntgenbefund ist eine vollständige Ossifikation erkennbar.

Dr. Thomas Ahlhorn-Güttner



Bilddokumentation zu einer erfolgreichen inaugurierten Stiftverbolzung. Die Bilder links sind von 1999, das rechte Bild zeigt die heutige Situation.

Bilder: Ahlhorn-Güttner

