

# Neue „Spezialisten für Prothetik“ der DGZPW

Im Rahmen der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde wurden Anfang Juni 2008 in Wuppertal weitere 15 Zahnärztinnen und Zahnärzte zum „qualifizierten fortgebildeten Spezialisten für Prothetik der DGZPW“ ernannt. Alle haben ein mindes-

tens dreijähriges universitäres Qualifikationsprogramm an einer akkreditierten Ausbildungsstätte und die Abschlussprüfung durch die Prüfungskommission der prothetischen Fachgesellschaft erfolgreich absolviert.

Gemeinsam mit dem scheidenden Präsidenten der DGZPW,

Prof. Dr. Reiner Biffar aus Greifswald (siehe Abbildung rechts), freuen sich die neu ernannten Spezialisten: Dr. Marina Andreiotti, Freiburg, Dr. Birgit Encke, Freiburg, Dr. Jan Fischer, Aachen, Dr. Andreas Koob, Heidelberg, Dr. Andreja Kulis, Freiburg, Dr. Aninka Ludwig, Freiburg, Dr. Falk

Nagel, Dresden, Dr. He Son On, Aachen, Dr. Tobias Plein, Regensburg, Dr. Sandra Siepmann, Erlangen, Dr. Sjoerd Smeekens, Freiburg, Dr. Jan Spieckermann, Chemnitz, Dr. Kassiani Stamouli, Freiburg, Dr. Claudia Weber, Aachen, und Dr. Michael Rudolph, Halle (Saale). ▼



Foto: Koltures

# Das Erfahrungswissen der Praktiker mit den Erkenntnissen der Forschung verbinden

DGZPW und Bergischer Zahnärzterverein tagen gemeinsam in Wuppertal

Ein gelungenes Mix aus Wissenschaft und Praxis mit altbekannten, aber neu interpretierten Themen („Der prothetische Pfeiler“, Vollkeramik) und neuen Themenbereichen (Versorgungsforschung) bot die diesjährige 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (DGZPW) am ersten Juni-Wochenende, die diesmal in Verbindung mit dem 22. Bergischen Zahnärztetag stattfand.

Die Organisatoren ZA Uwe Diedrichs für die DGZPW und Dr. Hans Roger Kolwes für den Bergischen Zahnärzterverein hatten ein Programm zusammengestellt, in dem sich Beiträge aus der universitären Forschung und der Praxis ergänzten und für den Praxisalltag Wissenswertes und Hilfreiches vor wissenschaftlichem Hintergrund vermittelten. Hier kann gerade das für viele Praktiker erstmals so vermittelte Gebiet der Versorgungsforschung in Zukunft sicher noch viele Impulse geben. Prof. Dr. Michael Walter, Dresden, stellte dieses Gebiet vor (Bericht folgt).

Beim Themenkomplex „Der prothetische Pfeiler“ standen Fragen der Entscheidungsfindung im Vordergrund: Welche Wertigkeit für die Prothetik hat ein parodontal geschädigter Pfeiler? Welche Folgen hat eine Überbelastung der Pfeiler? Welche Überlebensraten sind zu erwarten, welche neuen Risiken entstehen durch die prothetische Versorgung? Ist vielleicht ein Implantat eine bessere Lösung?

Auf viele dieser Fragen kann die Wissenschaft noch keine evidenz-basierten Antworten geben, vieles sei überwiegend „evidenz-based“.

„Erfahrungswissen der Praktiker. Und dieses Erfahrungswissen sei wichtig und unbedingt ein Teil der evidenzbasierten Medizin, so Prof. Dr. Markus Hürzeler, München, der in seinem Vortrag die Entscheidungskriterien für und wider Implantate in der Prothetik beleuchtete. Die Wahl zwischen Parodontologie und Implantologie sei ein tägliches Dilemma in der Praxis. „Implantate sind nicht die Lösung, sie bergen auch Risiken. Der auf Implantatkongressen so oft vermittelte Tenor ‚Implantate sind besser als Zähne‘ ist eine Katastrophe“, so Hürzeler. Anhand eigener Misserfolge zeigte er, wo Fehlerquellen liegen und wie sie sich auswirken können.

Die Parodontaltherapie führe zwar in der Mehrzahl der Fälle zu einem Erfolg, sie stelle aber auch hohe Anforderungen an den Behandler. Bei 10 bis 20 Prozent der Patienten sei Parodontitis trotz aller Bemühungen aber nicht in den Griff zu bekommen. „Zahnverlust nach Initialtherapie ist immer ein Problem, auch für die Prothetik“, so Hürzeler.

In seiner Gemeinschaftspraxis in München wird für die Entscheidung, ob ein Zahn in der Prognose erhaltungswürdig, hoffnungslos oder fraglich ist, ein einfaches Ampelsystem benutzt, das schnell einen Überblick schafft. Viele schwierige Fälle würden dann gemeinsam diskutiert, gerade was fragliche Zähne angehe. Hier müsse dann anhand des individuellen Befunds – Knochenabbau, Furkationsbeteiligung ja/nein entschieden werden, ob der fragliche, als Pfeiler wichtige Zahn durch eine entsprechende konservie-

rende und Parodontaltherapie erhalten werden könne oder ob es doch besser ist, ihn durch ein prothetisch-strategisch gesetztes Implantat zu ersetzen. In einem parodontal sanierten Gebiss hätten Implantate heute unter Berücksichtigung aller weiteren Risikofaktoren (Rauchen, Diabetes, Mundhygiene, Art der Prothetik) in der Regel recht gute Erfolgschancen, so Hürzeler.

Es lohne aber auch, sich alternative Konzepte zur Prothetik zu erschließen. Gute Erfolge zeige gerade bei lückigem Zahnstand nach PAR-Therapie eine kieferorthopädische Behandlung oder das Schließen von schwarzen Dreiecken durch ästhetische Korrektur mit Kompositen. Diese sei zwar technisch nicht so einfach, aber die Therapie der Wahl in der Front.

„Sie stehen dabei vor dem Problem, das alleine entscheiden zu müssen. Es hilft Ihnen, wenn Sie dafür für sich ein Konzept aufstellen und dieses weiterentwickeln“, so Hürzellers Empfehlung. Seine zweite: „Klären Sie den Patienten richtig auf, berücksichtigen Sie seine Wünsche, beraten Sie ihn ausführlich über das Für und Wider und die Konsequenzen, denn er muss mitarbeiten. Auch Sie beeinflussen den Patienten und das Therapieergebnis.“

Prof. Dr. Thomas Kocher und Prof. Dr. Reiner Biffar, Universität Greifswald, diskutierten den Weg zur prothetischen Versorgung aus parodontologischer (Kocher) und prothetischer (Biffar) Sicht und konnten dabei auf die Daten der großen Bevölkerungsstudien Study of Health in Pommerania 0 und 1 zurückgreifen, um daraus die Risiken für Attach-

mentverlust und Zahnverlust in Relation zum Alter, aber auch zum Bildungsgrad darzustellen. Das Risiko für Zahnverlust korreliert mit dem Attachment-Verlust, so Kocher. Wer nur noch wenige Zähne habe, habe bei diesen in der Regel auch eine höheren Attachmentverlust, diese Entwicklung steige mit dem Alter linear an, vor allem der Attachmentverlust sei altersabhängig. Die entscheidende Altersgruppe in der Praxis sind dabei die 40- bis 60-Jährigen, sie zeigten zwar noch einen mäßigen Attachmentverlust, in dieser Altersgruppe gebe es aber den höchsten Zahnverlust, sie sei auch am stärksten für Parodontitis anfällig. Für die Überlebenswahrscheinlichkeit der Zähne (Attachment- und Zahnverlust) und damit der geplanten Prothetik seien auch Faktoren wie der Bildungsgrad – je niedriger, desto höher das Risiko für Zahnverlust –, Rauchen – „Ex-Raucher brauchen zehn Jahre, um auf das Risikoniveau von Nichtrauchern herunterzukommen“ (Kocher) –, Diabetes, genetische Disposition („es ist eine Erblichkeit von ca. 50 Prozent der chronischen Parodontitis zu vermuten“), prothetische Situation, Karies- und Endo-Behandlungen, Mundhygiene, Compliance, aber auch Bluthochdruck und nicht zuletzt die Vorlieben des Zahnarztes entscheidend.

Es werde oft zu früh extrahiert, schon bei fünf Millimeter Attachmentverlust. Dabei seien selbst 50 Prozent Attachmentverlust noch kein K.-o.-Kriterium, Molaren mit Furkationsbeteiligung zeigten in der Praxis bei Einhalten des Recalls eine Überlebensrate von 85 bis 90 Prozent über zehn Jahre.

Es scheine eine Scheu der Zahnärzte vor Parodontalbehandlungen zu geben, gerade bei älteren Patienten werde, so die SHIP-Studien und die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie, oft keine PAR-Therapie in Angriff genommen.

Teilprothesen erwiesen sich in der Praxis oft als echte Extraktionsmaschinen. Der Erhalt geschlossener Zahnreihen sollte höchste Priorität haben.

Eine weitere Beobachtung aus der Praxis: Eine Überbelastung der Pfeilerzähne führt zwar zu Knochenabbau, aber nicht zu histologischem Attachmentverlust. Das sei – allerdings nur im Tierversuch – auch an Zähnen mit höherer Beweglichkeit und tiefem Sondieren nach PAR-Behandlung nachgewiesen worden. Werden die Pfeilerzähne entlastet, sei dieser Knochenabbau sogar zum Teil reversibel. Gebe es aber parodontale Entzündungen, führe das im Tierversuch (Hund) auch zu Attachmentverlust.

Auch Biffar verwies in seiner Analyse aus prothetischer Sicht auf das Erfahrungswissen. „Hier kommt die Hochschule alleine nicht weiter, wir müssen Strategien entwickeln, wie wir gemeinschaftlich zu zuverlässigen Studien kommen“, so seine Aufforderung. „Mit der Prothetik schaffen wir auch neue Risiken oder verstärken vorhandene. Es ist wie eine ständig kreisende Acht, es beginnt nach der prothetischen Versorgung immer wieder von vorne“, beschrieb Biffar das Spannungsfeld der Prothetik.

Nach zehn Jahren zeigten prothetische Pfeiler in einer Spanne von 5 bis 28 Prozent einen Sensibilitätsverlust, der Schutz der Pfeiler in der Therapie, vor allem in der Präparation, und ein möglichst geringer Substanzverlust seien wichtig. „Dank der neuen vollkeramischen Materialien müssen wir parodontal geschädigte Zähne mit überlangen klinischen Kronen heute nicht mehr so weit beschleifen“, so Biffar. Für parodon-

tal geschädigte und sanierte Pfeiler müsse ein anderes prothetisches Konzept greifen, die axiale Krafteinleitung sei hier entscheidend. So sollten Zähne gleicher Lockerungsqualität verbunden werden, das Verblocken gelockerter und fester Zähne schade den festen Zähnen.

Für den Langzeiterfolg sei die Mundhygiene des Patienten, vor allem die Interdentalraumprophylaxe, entscheidend. Hier müsse die Prothetik entsprechende Voraussetzungen schaffen, die Leitfunktionen des natürlichen Zahns sollten für eine bessere Hygienefähigkeit erhalten bleiben. Abnehmbarer Zahnersatz berge dabei größere Risiken für die Zahnhygiene, er sei oft schwer zu reinigen und treffe zudem auf die am schlechtesten disponierten Patienten. Ein höheres Risiko gebe es in der Mundhygiene auch für die Implantatprothetik.

„Die Funktion ist ein weiteres, ganz wichtiges Thema. Wir brauchen ein Funktionsscreening zum Erkennen von Störungen und zur Beurteilung des Risikos von Funktionsstörungen nach prothetischer Versorgung“, so Biffar. Bei Zahnverlust greife ein biokybernetisches Regelsystem, das die Kaukraft reduziere.

Das sei oft ein Problem bei Implantaten. Diese seien ein wichtiger Faktor als strategische Pfeiler für die Prothetik, dort bringen Sie als wichtige Partner für die richtige Abstützung der Prothetik hohen Benefit und schützten so auch die natürlichen Zähne. „Aber auch langfristig werden nur 6 bis 8 Prozent der Patienten Implantate wählen, ähnlich wie in Skandinavien“, so Biffars Einschätzung.

Insgesamt sei mit Blick auf die vorhandenen Studien festzuhalten, dass die Struktur des Restgebisses ab einem Alter von 40 Jahren das Ergebnis stärker beeinflusse als die Versorgungsart. „Daher ist es wichtig, den Patienten möglichst gut zu kennen“, so Biffar. MM