



IMPLANTOLOGIE

DIE ZEITSCHRIFT FÜR DIE PRAXIS ■ MÄRZ 2003

11. JAHRGANG



Implantatprothetik versus „konventionelle“ Prothetik – Sind die „klassischen“ Zahnersatzformen schon bald obsolet?

Bei der Entscheidung zwischen konventionellem und implantatgetragenem Zahnersatz zeichnet sich eine Entwicklung ab, die in letzter Konsequenz zu einer völligen Neubewertung und damit zu einer kompletten Umkehr der Differenzialindikation zwischen Implantatprothetik und konventioneller Prothetik führen könnte.

Blicken wir 20 Jahre zurück in das Jahr 1983 in die spezielle Implantat-Sprechstunde einer deutschen Universitätsklinik.

In der interdisziplinären Spezialsprechstunde werden Patienten vorgestellt, die mit ihrem konventionellen Zahnersatz nicht zurecht kommen bzw. bei denen die Versorgung mit konventionellem Zahnersatz erschwert oder gar unmöglich sein könnte. Die Untersuchung und Beratung ist stets so ausgerichtet, dass primär ein konventioneller Zahnersatz angestrebt wird. Nur wenn dies zum Beispiel aufgrund extremer Atrophie der Kieferkämme oder tumorbedingter Defekte aussichtslos zu sein scheint, wird die Indikation für Implantate zur Verankerung und Abstützung eines Zahnersatzes in Erwägung gezogen. Die Implantatversorgung als Ultima ratio wird erst dann eingesetzt, wenn die Grenzen der konventionellen Prothetik erreicht sind. Bundesweit ist implantatgetragener Zahnersatz von der Anzahl der eingegliederten Restaurationen her gegenüber konventionellem Zahnersatz noch nahezu bedeutungslos.

Wie stellt sich die Gegenwart dar? Wir befinden uns im Jahr 2003 in derselben Universitätsklinik.

Jeder Patient, der sich mit der Frage nach partiellem oder totalem Zahnersatz vorstellt, wird mittlerweile sowohl über konventionellen Zahnersatz als auch routinemäßig über die Möglichkeiten der Versorgung mit implantatgetragenem Zahnersatz aufgeklärt. Bei zahlreichen Indikationsstellungen (z. B. Einzelzahnersatz bei kariesfreien Nachbarzähnen) wird den Patienten die Implantatversorgung mittlerweile als das Therapiemittel der ersten Wahl empfohlen. Die „klassische“ präprothetische Chirurgie ist durch die Möglichkeiten der Implantologie nahezu bedeutungslos geworden.

Bundesweit ist die Integration der Implantologie in das routinemäßige Behandlungsspektrum extrem unterschiedlich ausgeprägt. Auf der einen Seite stehen die Kollegen, die bereits einen sehr hohen Stand an implantologischem Spezialwissen und Können besitzen, sodass die Implantatversorgung einen integralen Teil ihres Behandlungsspektrums darstellt. Diese implantologisch tätigen Zahnärzte führen zum Teil extrem komplexe, höchst anspruchsvolle und aufwändige Versorgungen durch. Auf der anderen Seite bietet ein großer Teil der bundesdeutschen Zahnärzte Implantatversorgungen als Behandlungsoption überhaupt noch nicht an. Viele Kollegen raten sogar ihren Patienten wegen „unkalkulierbarer Risiken“, „möglicher Abstoßungsreaktionen“, „fehlenden Knochens“ oder sonstiger düsterer Prognosen von der Implantation ab.



Wie wird die Zukunft aussehen? Eine fiktive Vorausschau in das Jahr 2032.

Bei der Abwägung zwischen konventionellem und implantatgetragendem Zahnersatz ist eine vollständige Neubewertung eingetreten. Implantatgetragener Zahnersatz gilt grundsätzlich als das Mittel der ersten Wahl. Leitlinien und Statements der Fachgesellschaften schreiben vor, dass aufgrund der in evidenzbasierten Studien belegten Nachteile nur noch in begründeten Ausnahmefällen parodontal bzw. parodontal-gingival getragener Zahnersatz eingegliedert werden darf. Die Präparation von Zähnen für Kronen oder Brücken sowie die Eingliederung gingival getragenen Zahnersatzes, insbesondere schleimhautgelagerter Totalprothesen ohne Stabilisierung oder Abstützung durch Implantate, gilt mittlerweile als Kunstfehler. Zahnersatz ohne Implantate ist nicht mehr denkbar.

Wird es tatsächlich so kommen?

Die derzeitige Entwicklung legt tatsächlich die Annahme nahe, dass künftig „klassische“ konventionelle Zahnersatzformen nur noch als das Therapiemittel der zweiten oder gar dritten Wahl betrachtet werden können. Bereits jetzt liegt eine enorme, ständig zunehmende Zahl evidenzbasierter Studien vor, die zeigen, dass mit implantatgetragendem Zahnersatz in einem breiten Indikationsspektrum hervorragende ästhetische und funktionelle Langzeitergebnisse erreicht werden können. Aus Patientensicht nicht minder entscheidend sind die erhebliche Verbesserung der Lebensqualität durch einen hervorragenden Tragekomfort und die nahezu unbegrenzten Möglichkeiten zur Verankerung eines wirklich fest sitzenden Zahnersatzes.

Denken wir diese Entwicklung konsequent weiter, wird unvermeidlich der Tag kommen, an dem konventioneller Zahnersatz sogar als kontraindiziert oder obsolet gelten könnte. Erste Schritte in diese Richtung zeichnen sich bereits ab. So heißt es in dem McGill Consensus Statement on Overdentures (publiziert im *Clin Oral Impl Res* 2002; 13: 566-570): „There is now overwhelming evidence, that a 2-implant overdenture should become the first choice of treatment for the edentulous patient“. Hier rangiert die implantatstabilisierte Deckprothese bereits unzweifelhaft vor der Totalprothese.

Einen Implantologen kann dies nicht überraschen. Welchen medizinischen Grund gäbe es auch, einer rein schleimhautgelagerten Totalprothese gegenüber einer implantatstabilisierten oder implantatgestützten Versorgung den Vorzug zu geben. Ist nicht allein die funktionelle Beanspruchung des Knochens und der dadurch bedingte langfristige Erhalt des Alveolarfortsatzes durch osseointegrierte Implantate Argument genug, möglichst früh die Indikation für eine Implantation zu stellen? Ist die Schonung natürlicher Zähne durch die Vermeidung unnötiger Präparationen, der Verzicht auf Sublingualbügel, Gaumenplatten, Klammern und sonstige Hilfsmittel allein oder in Kombination nicht schon jetzt Grund genug, einer implantatgetragenen Suprakonstruktion grundsätzlich den Vorrang vor einem konventionellen Zahnersatz zu geben?

Damit besteht zumindest aus medizinischer Sicht an der Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen des oben beschriebenen Zukunftsszenarios kein Zweifel. Als limitierender Faktor kommen allein wirtschaftliche Überlegungen infrage. Da der implantologische Behandlungserfolg nicht zufällig eintritt, sondern ein hohes Maß an Spezialisierung, Können, Investition, Einsatz und Erfahrung erfordert, wird der Preis für das medizinisch Machbare stets über dem des medizinisch absolut Notwendigen liegen. Die Solidargemeinschaft wird den routinemäßigen Ersatz jedes verloren gegangenen Zahnes durch ein Implantat nicht leisten können.

Abschließend ist festzustellen, dass der Weg für die routinemäßige Implantatversorgung als Therapie der ersten Wahl aus medizinischer Sicht bereits jetzt vorgezeichnet ist. Zumindest im Kreis der implantologisch tätigen Kollegen hat die Umkehr in der Bewertung und Differenzialindikation zwischen konventionellem Zahnersatz und implantatgetragenen Suprakonstruktionen schon jetzt stattgefunden. Sollten Klammer- und Totalprothese, Krone und Brücke als historische Therapiemittel dennoch länger als eigentlich medizinisch begründbar überleben, verdanken sie diese Tatsache bestenfalls wirtschaftlichen Realitäten, nicht jedoch ihren medizinischen Vorzügen.

Prof. Dr. Manfred Wichmann, Erlangen