

Die direkte Kompositfüllung im Seitenzahnbereich

Wenn es um die Versorgung ästhetisch bedeutsamer Regionen der Prämolaren oder 1. Molaren im Unterkiefer geht, kommen sehr schnell anstelle langjährig bewährter Versorgungsformen wie dem Goldinlay – oder auch der Amalgamfüllung – aus primär ästhetischen Gründen Keramikinlays, aber auch direkte Kompositrestaurationen in den Fokus des Patienten.

► Prof. Dr. Claus-Peter Ernst

Goldinlays und Teilkronen gehören zwar immer noch zu den qualitativ hochwertigsten und langjährigsten Versorgungsformen, die die Zahnmedizin anzubieten hat; Überlebensraten von bis zu 20 Jahren werden hier berichtet – eine Erfolgsquote, die für moderne Keramik- und Kompositrestaurationen noch nicht dokumentiert werden konnte. Dennoch darf die ästhetische, adhäsive, metallfreie Versorgung nicht als eine qualitativ mindere Versorgungsform gesehen werden: Korrekte Verarbeitung vorausgesetzt, sollten heute eigentlich vergleichbare Langzeitergebnisse erzielt werden können.

Somit bleibt in der Regel bei ästhetisch anspruchsvollen Patienten nur die Frage nach der Alternative Komposit oder Keramik zu klären: Die Keramikversorgung weist aufgrund der indirekten Herstellungsweise eindeutige Vorteile einer optimalen gnathologischen Kauflächengestaltung bei größeren Restaurationen sowie die höchste Abrasionsresistenz eines zahnärztlichen Füllungsmaterials auf. Sie bekommt allerdings in den letzten Jahren nicht nur bei den kleinen bis mittleren, sondern auch häufig bei den mittleren bis großen Restaurationen ernsthafte Konkurrenz durch die direkte Kompositfüllung. Moderne Composite stellen heute für den kaudruckbelasteten Seitenzahnbereich eine adäquate Alternative zu Amalgam, Gold und Keramik

dar und werden auch von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung als definitive Versorgung anerkannt. Die Abrasion zahnärztlicher Composite stellt heute kein KO-Kriterium für deren Verwendung im Seitenzahnbereich dar. Aus diesem Grunde stellt heute auch der Ersatz einzelner Höcker im kaudruckbelasteten Seitenzahnbereich keine Kontraindikation mehr dar. Geht es somit um reine Einzelzahnversorgungen und müssen nicht alle Höcker eines Molaren ersetzt werden, stellt oftmals die direkte Kompositversorgung die effizientere Versorgung eines Einzelzahnes gegenüber dem laborgefertigten Keramikinlay dar (wenn einem nicht gerade eine moderne CEREC-Einheit zur Verfügung steht).

Genauso wie Amalgam- und Kompositversorgungen können allerdings durchaus auch Keramikinlayversorgungen versagen. Hauptgrund hierfür ist in der Regel eine Inlayfraktur oder Sekundärkaries. Für Frakturen werden in der Regel Präparationsfehler sowie Fehler in der labortechnischen Herstellung als verantwortliche Ursache gefunden. Sekundärkaries hingegen tritt meist aufgrund eines Versagens der adhäsiven Verbindung zwischen Keramik und Befestigungskomposit oder zwischen Befestigungskomposit und Zahnhartsubstanz auf. Generell spricht bei der Austausch-

kontakt:

Prof. Dr. Claus-Peter Ernst
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Klinikum der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz
Augustusplatz 2
55131 Mainz



Abb. 1: Klinische Ausgangssituation: Frakturiertes Keramikinlay an Zahn 46.