



# Implantologie vs. konventionelle Therapien

**Christian Berger**

Präsident Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)

Christian Berger  
Infos zum Autor



Das Zahnimplantat ist die wohl innovativste Form von modernem Zahnersatz: Kein anderer Zahnersatz ist einem natürlichen Zahn ähnlicher. Natürlich müssen die Voraussetzungen für eine Implantation stimmen. Jeder Haken ist nur so belastbar wie die Wand stark ist, in der er steckt. Initial ist das schon lange kein Problem mehr: Hartgewebsaugmentation wo nötig, mit Eigenknochen oder Knochenersatzmaterial, Weichgewebsausformung zum ästhetischen Behandlungsergebnis.

Nur ein Gespenst scheint den Langzeiterfolg zu bedrohen – die Periimplantitis. Ganze Kongresse kreisen um die Frage, ob das eine Komplikation oder eine eigenständige Erkrankung ist, und weiter um die Möglichkeiten der Vorbeugung und der Therapie von Entzündungen und folgendem Knochenabbau an Implantaten. Oder doch lieber auf der vermeintlich sicheren Seite bleiben und mit modernen Materialien und CAD/CAM die Versorgungsformen der Väter und Großväter weiterführen? Auch bei Kronen und Brücken kann man durch eigene Fehler den Misserfolg auf lange Sicht vorbereiten.

Wohl dem, der neben Industrierversprechen und Patientenwünsche noch die eigene zahnmedizinische Erfahrung und das in Studium und Fortbildung erlernte Wissen setzt. Voraussetzung für jede Art von chirurgischer Intervention und prothetischer Versorgung sollte die gesäuberte Mundhöhle sein. Ja, es ist schwer, Zahnputzmuffel umzuerziehen und unser Personal kann das meist besser als der Zahnarzt. Aber es sollte die notwendige und unabdingbare Voraussetzung für die weitere Behandlung sein, weil es eine wichtige Voraussetzung für vorhersagbaren Langzeiterfolg ist.

Nach Reinigung und Befunderhebung braucht es eine saubere Diagnostik und Planung. Nicht gleich auf das von Patient

und Behandler favorisierte Konzept hin ausgerichtet mit der Frage, wie man es verwirklichen könnte, sondern akademisch, ergebnisoffen und selbstkritisch. Kann ich den Zahn endodontisch in allen Kanälen bis zum Apex hin abfüllen und dauerhaft „ruhig“ bekommen? Genügt der Zahnstumpf für einen Stiftaufbau oder muss ich durch chirurgische Kronenverlängerung viel wertvollen Knochen opfern? Sind die Nachbarzähne unversehrt, behandelt, behandlungsbedürftig, als Pfeiler geeignet oder selbst fraglich? Welche Gegenbeziehung liegt vor, welche Belastung wird auftreten und welche Habits hat der Patient? Erlaubt der Gesundheitszustand des Patienten heute und in den kommenden Jahren die geplante Versorgungsart?

Alles nichts Neues, alles altbekannt? Sicher, aber sehen wir aus solchen Überlegungen entstandene Versorgungsformen in den Mündern aller Patienten? Das Patientenrechtegesetz, die Richtlinien und Leitlinien, Hygieneverordnung und Arbeitsschutz werden uns übergestülpt, weil die Gesellschaft glaubt, dass Ärzte und Zahnärzte dem hippokratischen Eid nicht mehr immer einhalten. Es ist an uns, für jeden Patienten individuell die Therapie zu planen und gewissenhaft durchzuführen. Dann erledigen sich viele Pflichten wie von selbst und die Frage lautet nur noch: In diesem Fall konventionell (und dann wie?) oder implantologisch (und dann wie?) und künftig vielleicht mithilfe der Stammzellforschung?

**Christian Berger**

Präsident Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)