

# Zahnlos! Was nun?

## Applikationen zur implantatprothetischen Behandlung für den zahnlosen Ober- und Unterkiefer Teil I

*Zahnlos bedeutet nicht gleichzeitig hilflos oder ausweglos. Möglichkeiten der modernen zahnärztlich-prothetischen Therapieverfahren stellen kompensative Lösungsansätze dar, die in Abhängigkeit vom Behandlungsaufwand den funktionellen, ästhetischen und lebensqualitativ erforderlichen Wunschvorstellungen der betroffenen Menschen Rechnung tragen.*

DR. KARL-LUDWIG ACKERMANN, DR. AXEL KIRSCH,  
ZTM GERHARD NEUENDORFF/FILDERSTADT

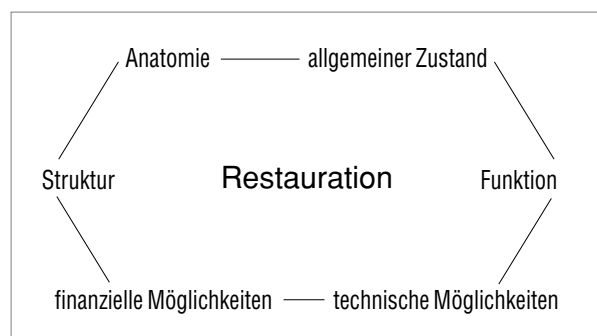
Anhand mehrerer Behandlungsbeispiele geben die Autoren einen Einblick in die von ihnen praktizierten implantatprothetischen Versorgungsmodalitäten für den zahnlosen Unter- und/oder Oberkiefer. Sie stellen eine repräsentative Auswahl der zahlreich denkbaren, akzeptierten und umsetzbaren Behandlungsstrategien vor dem Hintergrund klinischer, labortechnischer, funktioneller, „handlingstechnischer“ und finanziell-wirtschaftlicher Aspekte dar.

Machbar ist heute fast alles; temporär limitierende allgemeinmedizinische, anatomische und psychosoziale Faktoren können selektiv ausgeschlossen werden und lassen dann nahezu immer einen abgestuften zielorientierten Therapieansatz zu. Wirkliche Grenzen bestimmt der zahnlose Patient meist selbst – z. B. die Behandlungsstrategie, den Behandlungsaufwand, das Behandlungsziel und selbstverständlich das eigene finanzielle Investment. Voraussetzungen, das angestrebte individuelle Behandlungsziel zu erreichen, sind patientenseitige einerseits subjektive Meinungs-bilder und Therapiewünsche, aber andererseits auch alle durch eine detaillierte Diagnostik erhobenen objektiven Befunde, die erst eine differential-therapeutische Würdigung, Beratung und Behandlung erlauben (siehe Grafik 1). Der Behandler evaluiert, berät, therapiert und verantwortet.

Die Entwürdigung des Menschen durch Verlust der

Zähne hat schon frühzeitig dazu geführt, dass man nach Hilfsteilen Ausschau gehalten hat, diese so gut als möglich zu ersetzen. In der Anwendung konnten diese therapeutischen „Krücken“ aber lange die Erwartungen bezüglich Wiederherstellung von Funktion, Sprache und Aussehen nur eingeschränkt erfüllen. Grundsätzlich funktioniert das Kausystem des Menschen dynamisch und es muss per se ein Widerspruch für die Natur sein, wenn biophysiological Teilstrukturen dieses Systems durch starre „Ersatzteile“ kompensiert werden. Dabei ist es nur logisch, dass ein linearer Zusammenhang zwischen Strukturverlust (Zähne, Weichteile, Knochen), Funktionseinschränkung und Restaurationsaufwand besteht. So schreibt bereits HARALDSON 1979<sup>1</sup> „edentulous persons are oral invalids“ und gibt damit zu erkennen, dass ein Mensch ohne Zähne ein Behinderter im eigentlichen Sinne ist. Die maximale Kaukraft ist bei diesen Menschen eingeschränkt und um das Fünf- bis Sechsfache geringer im Vergleich zu Bezahnten, obschon in den meisten Fällen eine ausreichende Kaufunktion subjektiv angegeben wird. BERGMANN et al.<sup>2</sup> und RISSIN et al.<sup>3</sup> stellen allerdings in diesem Zusammenhang fest, dass der totalprothetisch versorgte Patient auf längere Sicht die realistische Einschätzung der Prothesenpassung und -funktionalität zu verlieren scheint. Dies drückt sich auch dadurch aus, dass im Regelfall eine große Diskrepanz der Bewertung von Passung, Funktion und Zufriedenheit durch den Zahnarzt respektive den Patienten existiert!

Die prothetische Restauration wird unabhängig vom therapeutisch betriebenen Aufwand von den flankierenden Faktoren wie Gesamtstruktur des Kausystems, Anatomie, Funktion, allgemeinmedizinischer Zustand, technische Lösungsansätze und den finanziellen Möglichkeiten der Patienten bestimmt (Grafik 1). Der verständliche Wunsch des zahnlosen Patienten, die verloren gegangenen Struktureinheiten – Zahnwurzel und Zahnkrone – zumindest teilweise zur Retention eines herausnehmbaren Zahnersatzes durch



Grafik 1