

„Leitlinien sind Handlungsempfehlungen auf wirklich höchstmöglicher qualitativer Ebene.“

Der neue DGI-Präsidenten Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz aus Wiesbaden stellt sich im Interview den Fragen von Georg Isbaner, Leitung Fachredaktion Print der OEMUS MEDIA AG.

Prof. Grötz studierte ab 1981 Human- und Zahnmedizin sowie Philosophie (Grundstudium) an der Johannes Gutenberg Universität Mainz. 1986 promovierte er zum Dr. med. dent. und 1992 zum Dr. med. Seit 1991 ist er Zahnarzt für Oralchirurgie, seit 1995 Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie. 1999 folgten Habilitation, Venia legendi sowie die Privatdozentur und seit 2005 ist er apl. Professor an der Universität Mainz.

Georg Isbaner: Sie sind vor wenigen Wochen zum neuen DGI-Präsidenten ernannt worden. Wo wollen Sie in den nächsten Monaten und Jahren Akzente setzen?

Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz: Die geplante Akzentuierung verteilt sich auf unterschiedliche Bereiche. Wir werden viele Dinge, die die DGI schon seit vielen Jahren gut macht, weiter betreuen und ausbauen. Unsere Kommunikation mit den Landesverbänden beispielsweise, unsere Nähe zu unseren 8.500 Mitgliedern.

Aber es gibt natürlich auch Neues. Eine Neuerung, die schon in der letzten Legislaturperiode ihren Anfang genommen hat, ist die Stärkung der Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften. Wir haben jetzt eine Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin geschlossen. Wir sind in enger Kommunikation mit der Deutschen Gesellschaft für Paro-



DGI-Präsident Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz (links) und Georg Isbaner, Leitung Fachredaktion Print der OEMUS MEDIA AG, trafen sich zum Interview in Wiesbaden.

dentologie, weil wir unsere Indikation erweitert haben. Wenn es für uns heute eine Selbstverständlichkeit ist, bei Diabetikern zu implantieren, müssen wir uns fragen, wirklich bei allen? Wenn es eine offene Frage ist, dürfen wir bei Antiresorptiva-Patienten (Bisphosphonate, Denosumab) implantieren, dann muss diese

deutung hat Fortbildung in der Implantologie?

Fortbildung ist ein ganz zentraler Teil und auch eine satzungsgemäße Aufgabenstellung für die DGI, denn während des Studiums sind die traditionellen Fächer mit so vielen Inhalten hinterlegt, dass man eben in der Approbationsordnung, die ja immer noch im Werden begriffen ist, die Implantologie nicht mit breiterem Fundament verankern können. Dafür reicht einfach die Zeit im Studium nicht. Das heißt, es wird auch weiterhin so sein, dass die Implantologie ein Querschnittsfach ist, man diese Expertise aber eben erst nach der Approbation in voller Tiefe tatsächlich ausloten kann. Sie wird in der postgraduierten Aus- und Fortbildung einen ganz zentralen Bestandteil darstellen. Und dann gibt es unterschiedliche Formate. Zu diesen Formaten zählt die curriculäre Fortbildung, bei der in einem viele Module umfassenden Curriculum von einem Eingangsmodul – WK-Intro –, das die Differenzialindikation zur Parodontologie, zur Endodontie und zur Kieferorthopädie darlegt, über die fol-

gibt es DGI Special. Zudem gibt es auch auf der Ebene der Landesverbände und der Qualitätszirkel mannigfaltige Fortbildungsangebote, sodass im Grunde alle Inhalte transportiert werden, aber auch letztlich für den Geschmack jedes einzelnen Mitglieds etwas dabei ist.

Lassen Sie uns noch einmal auf die Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften zurückkommen. Wie aktiv ist die DGI hier und was bedeutet das auch im internationalen Zusammenhang?

Also die Kooperation mit der DG Paro kommt eigentlich aus einer Zeit, in der sich diese beiden Fächer ein bisschen als Konkurrenten wahrgenommen haben. Sie bildet ja im Grunde nur ab, dass die überlappenden Inhalte immer mehr wurden und man immer mehr parodontologische Kenntnisse in der Implantologie, aber auch implantologische Kenntnisse in der Parodontologie brauchte. Kein Zahnarzt geht heute in seine Praxis und sagt, heute bin ich Parodontologe oder heute bin ich Implantologe. Er hat einen Patienten vor sich, der ein komplexes Bild ab-

„Auf der Ebene der Landesverbände und der Qualitätszirkel gibt es bereits mannigfaltige Fortbildungsangebote, sodass im Grunde alle Inhalte transportiert werden, aber auch letztlich für den Geschmack jedes einzelnen Mitglieds etwas dabei ist.“

genden Module, die unterschiedlichen Implantations- und Augmentationstechniken, aber dann eben auch die Aspekte des Backward Planning, der prothetischen Planung, sozusagen ganz strukturiert an die meist sogar jung approbierten Kollegen herangetragen wird. Daneben gibt es ein Kontinuum, daneben

bildet, und dieses soll insgesamt behandelt werden.

Kooperationen müssen wir verstärken. Es gibt jetzt eine erste gemeinsame Zusammenarbeit von DGI und DG Paro auf internationaler Ebene mit einer parodontologischen Gesellschaft in Spanien, SEPA, die zwei Dinge macht, die sich von

unseren Jahreskongressen unterscheiden. Sie sind noch deutlich größer – also der Jahreskongress der DGI mit 1.500 Teilnehmer ist schon eine Nummer in Deutschland, die SEPA hat 4.000 Teilnehmer. Bei diesen 4.000 Teilnehmern sind sehr, sehr viele Studierende und Jungaprobierende dabei, das heißt also, wir müssen uns überlegen, wohin wir uns denn eigentlich mit der DGI entwickeln wollen. Und da können wir uns durch die Kooperation einerseits auf europäischer Ebene international entfalten, aber andererseits einfach auch voneinander lernen.

Der demografische Wandel und die gewachsene Mundgesundheit stellen neue Anforderungen an die Zahnmedizin. Welche Bedeutung hat das für die Implantologie?

Das ist ein ganz vielschichtiger Prozess. Zum einen – der Zahnverlust wird weniger. Den komplett Unbezahnten, der dann auch noch längere Zeit unbezahlt bleibt und dann eine großvolumige externe Augmentation braucht, sehen wir heute fast gar nicht mehr. Das heißt, wir implantieren bei immer mehr Menschen in anderen Indikationen. Das ist der eine Aspekt. Der zweite Aspekt: Der älter werdende Mensch ist auch eine Erfolgsgeschichte der modernen Medizin, das dürfen wir nicht vergessen. Aber dieses Älterwerden können hat mit viel mehr Allgemeinerkrankungen und viel mehr Begleitmedikation zu tun. Da sind wir wieder bei den kompromittierten Patienten und dessen Behandlungsoptionen. Und ein dritter Aspekt: Wir müssen uns heute Gedanken machen, ist ein Implantat für einen dann ganz alt werdenden Patienten mit stärkerer Kompromittierung, Stichwort Demenz, ein Handicap oder nicht? Im ersten Moment denken wir: Oh, oh, was haben wir da getan? Was macht der Patient in seinem hohen Alter, was macht das Pflegepersonal? Aber wir müssen es anders betrachten. Eine teiprothetische Versorgung mit einer Konusarbeit auf natürlichen Zähnen ist bei einem demenzten Patienten, wenn er die Prothese nicht mehr trägt, für das Pflegepersonal eine gefährliche Waffe. Diese Primärkrone ist nicht entfernbar. Der Zahn müsste operativ entfernt werden, um sie, die Gefahr, zu beseitigen. Ganz anders beim Implantat. Das Implantat ist rückbaubar, und zwar nicht operativ. Man kann alles von Implantaten entfernen, bis zur Verschlussschraube, die sozusagen beim Implantieren eingesetzt wurde, und man kann es dann schlafen legend zuheilen lassen. Das heißt, auch da die erste Plausibilität: Vielleicht stiften wir mit dem Wunsch, implantieren zu wollen, später einen negativen Rebound-Effekt?

Ich denke nein. Die Implantologie ist auch für diese Phase des Lebens gut gewappnet.

Herr Professor, vielen Dank für das Gespräch. ☺

„Die Implantologie wird in der postgraduierten Aus- und Fortbildung einen ganz zentralen Bestandteil darstellen, und zwar in ganz unterschiedlichen Formaten.“

dontologie, aber wir schauen auch über den Tellerrand. Wir sind in Gesprächen mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Innere Medizin deshalb, weil wir einen Großteil systemisch erkrankter Patienten haben, für die wir auch die Kommunikation mit den Internisten brauchen.

Ein großes Thema sind die Leitlinien. Was waren aus Ihrer Sicht die wichtigsten Leitlinien der jüngeren Vergangenheit und was sind die Leitlinien, an denen sie mit Ihren Kollegen jetzt arbeiten werden?

Gerade heute Morgen hielt ich einen Vortrag auf einer Gutachtertagung zum Thema Leitlinien für Gutachter/Leitlinien für Behandler und dabei wurde mir wieder deutlich, dass wir mit den Leitlinien wirklich auf höchstmöglicher qualitativer Ebene Handlungsempfehlungen haben, die sowohl die externe Evidenz/Studienlage als auch unsere Expertise, unsere Erfahrung, unsere Empirie widerspiegeln. Das ist der besondere Wert der Leitlinien.

Leitlinien für die Implantologie haben gerade deshalb besondere Be-

deutung, weil wir unsere Indikation erweitert haben. Wenn es für uns heute eine Selbstverständlichkeit ist, bei Diabetikern zu implantieren, müssen wir uns fragen, wirklich bei allen? Wenn es eine offene Frage ist, dürfen wir bei Antiresorptiva-Patienten (Bisphosphonate, Denosumab) implantieren, dann muss diese

Leitlinie eine Beunruhigung, eine offene Frage beantworten, die die Kollegenschaft tatsächlich umtreibt. Zwei Leitlinienthemen, die wir zuletzt verabschieden konnten, habe ich nun schon benannt. Weitere Leitlinien, die jetzt vor Kurzem verabschiedet wurden, thematisieren das „Periimplantäre Weichgewebsmanagement“ und eine weitere Leitlinie hat sich mit der skelettalen Verankerung in der Kieferorthopädie beschäftigt. Man mag sich mal die Kieferorthopädie vor 30 Jahren vorstellen. Skelettale Verankerung gab es nicht, herausnehmbare Apparaturen oder festsitzende, die Zahn mit Zahn verbunden haben. Also auch da ist ein Paradigmenwechsel im Gange: Und wir haben neue Leitlinienthemen, zum Beispiel zur Fragestellung „Immundefizienz“. Wie ist es da mit der Implantologie?

Leitlinien sind ein wichtiger wissenschaftlicher Motor, der gerade Praxis und Wissenschaft, Wissenschaft und Praxis eng miteinander verknüpft.

Da spielt natürlich auch das Thema Fortbildung eine Rolle. Welche Be-