

Bedingt kontrovers...

Jahrestagung der SSRD in Bern

Die Schweizerische Gesellschaft für Rekonstruktive Zahnmedizin (SSRD) wollte dieses Jahr etwas Neues probieren. Statt der harmonischen Abfolge von Vorträgen sollten **«battles» zwischen zwei Referenten** Würze in die Veranstaltung bringen. Hat das neue Konzept funktioniert?

Text und Bilder: med. dent. Daniel Nitschke, Bonstetten

«Was ist besser, wer hat Recht? Kontroverses in der Prothetik» lautete das Motto der diesjährigen Jahrestagung der SSRD. Und man muss zugeben: Aus der Sicht des Marketings führte dieser Titel zu einem vollen Erfolg. Prof. Dr. Ronald Jung zeigte sich in seiner Begrüßungsansprache hocheifrig über den vollen Saal. Das Auditorium im Zentrum Paul Klee war mit über 300 Zuhörern fast bis auf den letzten Platz gefüllt. Der Kongress war damit aus-

gebucht. Jung erklärte, dass die heutigen Redner sorgfältig ausgewählt wurden. Es seien nur Personen auf der Bühne, die ihren Fachbereich in den letzten Jahren geprägt hatten. Die Erwartungen waren also hoch, und sie wurden nicht enttäuscht. Jedoch: Die Referenten wollten nicht so richtig kämpfen und waren eher um Konsens bemüht. Lediglich in Runde 2 («Klebebrücke vs. Implantat») war ein wenig vom «Schlagabtausch» zur spüren.

All-On-Teeth vs. All-On-Implants

«Man kann nicht sagen, was besser ist. Das Thema konnte daher kaum bearbeitet werden», erklärte Prof. Dr. Niklaus Lang zu Beginn seines Referates. Womit das Thema «battle» vorerst schon mal erledigt war. Dennoch machte sich der Professor engagiert an die «noble Aufgabe, 40 Jahre in der Zeit zurückzugehen. Implantate existierten damals offiziell noch nicht». Lang zeigte im Verlauf seines Vortrages



Prof. Dr. Niklaus Lang, Prof. Dr. Bjarni Pjetursson, Prof. Dr. Ronald Jung und Prof. Dr. Hannes Wachtel (v.l.n.r.)

verschiedene grossartige Ergebnisse von fest sitzenden Brückenversorgungen, die zum Teil den gesamten Zahnbogen umfassten. Er gab jedoch auch zu, dass viele dieser erfolgreichen Versorgungen, zum Teil seit über 30 Jahren im Mund, heute kaum noch vorgezeigt werden könnten. Zu wenig würden sie heute dem Zeitgeist entsprechen. Im Laufe der Jahre habe es viele technische Probleme mit Versorgungen dieser Art gegeben. Es bedürfe grosser Erfahrung und viel Fachwissen, um Patienten auf diese Weise sicher zu behandeln. Zudem seien diese Behandlungen sehr teuer. Der Weg zurück sei daher nicht unbedingt empfehlenswert. Was aber gesagt werden könne: Zahnärzte sollen auf gesundes Parodont vertrauen.

Brücken mit Cantilever, Brücken auf Implantaten. Sehr überraschende Ergebnisse, die in gewissem Masse der Logik widersprechen. Der Referent erklärte als Fazit: «Wir sollten die Herausforderung annehmen. Wir sind ausgebildet, um Zähne zu erhalten. <Make space for titanium> ist ein No-Go!» «Wann ist das Implantat der bessere Zahn?», fragte Prof. Dr. Hannes Wachtel. Es gebe durchaus eine Gruppe von Zahnärzten, die diese Frage mit «oft» beantworten würden. Problematisch sei, dass die einzelnen Gruppen selten zusammentreffen. Dadurch zementieren sich die jeweiligen Ansätze. Ob man den Zahn nun mit allen Mitteln halten wolle oder beim geringsten Anlass extrahiere.

Klientel stark limitiert sei. Zum einen wegen der enormen Kosten. Zum anderen aber auch wegen der langen Behandlungszeit. Nicht jeder Patient ist in der Lage, bis zu 15 Termine in zwei Jahren über sich ergehen zu lassen. Die Ergebnisse in der Literatur seien jedoch ermutigend. Biologische Komplikationen seien selten. Wesentlich häufiger komme es zu technischen Komplikationen, vor allem zu Chipping. Der Professor thematisierte u.a. auch die Möglichkeit, Implantate im Molarenbereich anguliert zu setzen. Dies ermögliche oftmals eine Versorgung auf vier Implantaten ohne weitere Vorbehandlungen.

Klebebrücke vs. Implantat

Im Zeitalter der Implantologie scheint die Möglichkeit der Anfertigung einer Klebebrücke aus dem Fokus geraten zu sein.

Dr. Urs Brodbeck wollte in seinem Referat zeigen, dass es sehr wohl Indikationen für diese atraumatische Behandlungsoption gebe. Das könne ein beschränktes Budget des Patienten sein. Auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist eine Indikation. Ebenso die Situation, wenn Patienten nicht chirurgisch behandelt werden können oder wollen. Weiterhin mache auch ein unzureichendes Platzangebot zum Nachbarzahn die Behandlung mit einem Implantat nahezu unmöglich.

Das Zeitalter der Klebebrücke begann in den frühen 70er-Jahren. Damals wurden erstmals Rochette-Brücken, später Maryland-Brücken angefertigt. Aufgrund der Weiterentwicklung der verwendeten Materialien können heute vollkeramische Adhäsivbrücken angefertigt werden. Dabei zeigte sich, dass die unilaterale Version zu besseren Ergebnissen führt als die adhäsive Befestigung an zwei Nachbarzähnen. Laut dem Referenten sei die Klebebrücke besonders für den Ersatz von Front- und Eckzähnen sowie von Prämolaren indiziert. Der Ersatz von Molaren sei jedoch ungünstig. Wenn überhaupt sollte dies nur als ästhetische Behandlung erfolgen – nicht als Ersatz eines «Kau-elements». Brodbeck rät aber grundsätzlich nicht dazu. Bei der Behandlung im Seitenzahnbereich solle darauf geachtet werden, dass der Flieger den mesialen Teil der Brücke darstelle. Aufgrund des Mesialshifts der Seitenzähne bei Kaubelastung werde sonst der Druck auf den distalen Flieger zu gross. Dadurch steige das Risiko für Frakturen oder Entzementierungen. Als Material empfiehlt der Referent die Verwendung von monolithi-



Dr. Ueli Grunder (l.) und Dr. Urs Brodbeck duellierten sich im Thema «Klebebrücke vs. Implantat».

Parodontal beeinträchtigte Zähne könnten wesentlich weiter behandelt werden, als normalerweise angenommen wird. Um dies zu unterstreichen zeigte der Referent eine Metastudie von Lulic (2007). In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass Brückenversorgungen auf parodontal beeinträchtigten Zähnen die besten Überlebensraten aufweisen – sowohl nach fünf als auch nach zehn Jahren. Damit schneiden sie besser ab als alle anderen untersuchten Gruppen: u.a. konventionelle Brücken auf gesunden Pfeilern,

Laut Wachtel ist die Methode von Niklaus Lang ein Ansatz. Diesem Ansatz sei man lange gefolgt. Mittlerweile gebe es jedoch erfolgversprechende Alternativen. «Patienten kommen selten in die Praxis und sagen: Ich möchte abnehmbare Zähne», sagte der Referent. Wenn die vorhandene Restsubstanz jedoch für eine fest sitzende Lösung nicht mehr ausreicht, sei die Behandlung mit kieferumfassenden Brückenversorgungen auf vier bis sechs Implantaten eine hochinteressante Lösung. Dabei räumte der Referent ein, dass die



Prof. Dr. Irena Sailer (l.) moderierte die Diskussion zwischen Oliver Brix (M.) und PD Dr. Andreas Bindl.

schem Lithium-Di-Silikat. Alternativ könne auch Zirkonia oder InCeram verwendet werden. Der Klebeprozess sollte lichterhärtend erfolgen. Sollte dies nicht möglich sein, können dualhärtende Materialien, wie beispielsweise Panavia zum Einsatz kommen.

«Ich möchte mal wissen, wo Dr. Brodbeck das okklusale Platzangebot für seine atraumatischen Klebebrücken hernimmt», begann *Dr. Ueli Grunder* sein Referat und landete damit den ersten Wirkungstreffer des Tages. Um die bessere Behandlungsmethode zu krönen, müsse man sich fragen: Was hält länger? Wo ist der Aufwand höher? Und was ist schöner? In der Literatur sei die Studienlage schwach. Klinisch, erklärte *Grunder*, sei das Weichgewebsmanagement mit der Implantatmethode besser zu gewährleisten und führe zu ästhetisch befriedigenderen Ergebnissen. Im Frontzahnbereich des Unterkiefers sei die Sachlage jedoch anders. Der Aufwand sei mit viel Erfahrung zu managen. Die Behandlung sei jedoch oft sehr anspruchsvoll. Diese Aussage wirkt jedoch beinahe wie ein Understatement. Vergleicht man eine

chirurgische Behandlung mit Augmentation, Weichgewebsmanagement mit Bindegewebsstransplantat und Untertunnung, anschliessender Implantation und Suprakonstruktion mit der Anfertigung einer Klebebrücke, so scheinen die dramatischen Kostenunterschiede noch das geringste Hindernis darzustellen. So hatte *Dr. Brodbeck* auch völlig Recht, als er in der anschliessenden Diskussion die Behandlung *Grunders* als olympische Goldmedaille beschrieb. Die Klebebrücke sei eher Breitensport – für viele Zahnärzte sicher durchführbar. *Brodbeck* weiter: «Ein Implantatmisserfolg kostet sehr viel Zeit und Geld. Das Worst-Case-Szenario bei der Klebebrücke ist deutlich weniger problematisch zu beheben. Man hat jedoch kein börsenkotiertes Unternehmen als Patenonkel.»

Der Zahntechniker vs. CAD/CAM

PD Dr. Andreas Bindl sprach in seinem Vortrag über die Vorteile des Arbeitens mit CAD/CAM in der eigenen Praxis. Er zeigte, welche grosse Bandbreite an Materialien dem Zahnarzt durch die Industrie zur Verfügung gestellt werden. Am

weitesten verbreitet ist dabei sicher die typische Feldspatkeramik (VITA). Auch die Verwendung von Lithium-Di-Silikat ist möglich (e.max). Bei diesem Material ist aber nach dem Schleifprozess ein Brand mit Glasur und Farbe notwendig. Auch Komposit kann mit der Chair-Side-Methode geschliffen werden. Von den Herstellern werden diese Blöcke jedoch als «Nanoceramic» oder «Hybridceramic» bezeichnet. Aufgrund des veränderten Elastizitätsmoduls ist auch der Schliff dünner Ränder möglich. *Bindl* äusserte sich an dieser Stelle leider nicht über die Probleme der adhäsiven Haftung von beispielsweise aus Kompositblöcken geschliffenen Teilkronen, die in den letzten Jahren beschrieben wurden. Alle Materialien haben jedoch eines gemeinsam: Für ihre Verarbeitung in der Praxis wird für den Zahnarzt eine Anschaffung im mittleren bis hohen fünfstelligen Bereich notwendig. Und wer bereits Erfahrung mit chair-side hat, der weiss: Es macht nicht unbedingt von Anfang an Spass. Der Zahnarzt benötigt eine gewisse Erfahrung, um die Maschine sicher und vor

allem auch rentabel in den Praxisalltag integrieren zu können.

«Ist der Kampf <Mensch gegen Maschine> für den Zahntechniker überhaupt machbar? Oder ist er gar nicht notwendig?», fragte Zahntechniker *Oliver Brix* zu Beginn seines Referats. Im Endeffekt komme es auf den Patienten und dessen Wünsche an. Bei Einzelkronen im Seitenzahnbereich sei der Techniker unter Umständen einfach zu ersetzen. Spannend werde es jedoch, wenn die Fälle komplexer werden. Oder wenn Arbeiten mit höchstem ästhetischen Anspruch her-

gestellt werden sollen. Die Vielseitigkeit der Natur könne von der Maschine, zumindest im Moment, nicht realisiert werden. Das manuelle Arbeiten ermögliche eine deutlich bessere Planung und Umsetzung. Gerade bei komplexen Fällen sei Teamarbeit notwendig, damit am Ende kein Zahnersatz das Ergebnis sei, sondern Zähne.

Die Moderatorin der dritten Runde, *Prof. Dr. Irena Sailer*, erklärte in der anschließenden Diskussion, dass Patienten in den letzten Jahren deutlich weniger bereit oder in der Lage gewesen seien,

viel Geld für ihren Zahnersatz auszugeben. Wer soll sich diese hochklassige Zahnmedizin also leisten können? Eine Frage, die sicher vielen Zuhörern unter den Nägeln brannte. Dies sei, so *Oliver Brix*, in der Tat eine relativ kleine Klientel, die die finanziellen Mittel besitze oder die entsprechenden Prioritäten setze. *Andreas Bindl* erklärte zum Schluss noch: Seiner Meinung nach werde es auf lange Sicht noch Zahntechniker brauchen. Es werden jedoch weniger sein als im Moment, und ihr Leistungsspektrum werde sich verkleinern.

INSERAT

«Wir kennen jeden Briefkasten»

Die Schweiz hat sich zu einer mobilen Gesellschaft entwickelt. Deshalb veralten Adressen schneller als früher. Gerade für Zahnarztpraxen ist es wichtig, die Adressdaten ihrer Patienten immer aktuell zu halten. Wie einfach das heute online geht, erklärt *Christian Stucki*, Leiter Kompetenzzentrum Adressen der Schweizerischen Post.

Weshalb sind gut gepflegte Adressen für jede Zahnarztpraxis wichtig?

Christian Stucki: In erster Linie natürlich, damit Einladungen zu Kontrollterminen,

Rechnungen und andere persönliche Dokumente direkt bei den Patienten eintreffen. Retouren bedeuten für das Praxisteam oft mühsame Recherchen. Doch auch der Dialog mit ihren Patienten ausserhalb der Sprechstunde wird für Zahnärzte immer wichtiger. Dabei geht es um vertrauensbildende Informationsmassnahmen wie Broschüren, Newsletter oder Einladungen zu Vorträgen. Bei solchen Versänden sind aktuelle Adressen das A und O.

Welche Adressdienste bietet die Post an?

Eine breite Palette: von der Adresspflege bei sehr grossen Adressstämmen bis hin zur Abfrage einer einzelnen Adresse. Unser neuestes Produkt ist die Adresspflege Online. Damit können unsere Kundinnen und Kunden bei bis zu 300 000 Adressen schnell und kostenlos überprüfen, ob sie noch aktuell sind. Auf Wunsch erhalten die Kunden gleich die bereinigten Adressen (siehe Infobox).

Für die Adresspflege gibt es verschiedene Anbieter. Weshalb lohnt es sich, die Dienste der Post zu nutzen?

Weil wir als einziges Unternehmen der Schweiz jeden Briefkasten und jedes



Gemeinsam mit seinen Mitarbeitenden erleichtert er es Zahnarztpraxen, ihre Patientenadressen aktuell zu halten: *Christian Stucki*, Leiter Kompetenzzentrum Adressen der Schweizerischen Post.

Postfach kennen. Unsere rund 13 000 Postbotinnen und -boten prüfen täglich die Adressangaben. Zudem melden uns etwa 400 000 Kundinnen und Kunden pro Jahr ihre Umzugsdaten. Deshalb sind wir die Nummer eins, wenn es um korrekte Adressdaten geht. Wir verkaufen den Firmen aber keine Adressen. Stattdessen stellen wir ihnen unsere Informationen zur Verfügung, damit sie ihre bestehenden Adressen aktuell halten können.

Aktuelle Adressen in sieben Schritten

1. www.post.ch/adresspflege wählen und «Adresspflege Online» anklicken
2. Im Kundencenter der Post einloggen
3. Adressdatei hochladen, die bereinigt werden soll
4. Kostenlose Adresskontrolle starten
5. Resultate der Adresskontrolle samt Offerte für bereinigte Adressen anzeigen lassen
6. Auf Wunsch bereinigte Adressen kostenpflichtig anfordern
7. Datei mit bereinigten Adressen auf den eigenen Computer zurück laden