

27. Gutachterkonferenz des BDIZ EDI zum Umgang mit kurzen Implantaten

Was ist (zahn-)medizinischer Standard?

„Ist das fachärztlicher Standard?“ Diese Frage des Richters „fürchten“ die zahnärztlichen Sachverständigen vor Gericht. Die Frage zielt auf die zuverlässige Anwendung der wissenschaftlich fundierten Behandlungsmethoden in der zahnärztlichen Praxis. Eine Gratwanderung für den Gutachter, denn in der Zahnmedizin ist nichts in Stein gemeißelt. Prinzipien müssen weiterentwickelt werden, weil sich die Zahnheilkunde weiterentwickelt. Studien veralten, Leitlinien sind nicht immer aktuell. Evidenzbasierte Zahnmedizin kann nicht an den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten vorbei umgesetzt werden – so könnte man das Fazit der BDIZ EDI-Gutachterkonferenz in München ziehen: Eindeutig ziehen Patienten die wenig invasive Anwendung kurzer Implantate gegenüber längeren Implantaten mit aufwendigen augmentativen Verfahren vor.

Zwar ging es bei der 27. Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie um kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate. Die vorgestellten Fälle brachten jedoch manchen Gutachter ins Grübeln. Was ist evidenzbasiert, was ist noch nicht Standard?

Die meisten Referenten der Gutachterkonferenz haben an dem 2016 erarbeiteten Praxisleitfaden des BDIZ EDI aus dem Jahr 2016 mitgearbeitet. Konsensus war, dass die Anwendung von kurzen (Implantatlänge ≤ 8 mm und Durchmesser $\geq 3,75$ mm; ultrakurze < 6 mm), angulierten oder durchmesserreduzierten Implantaten ($d = < 3,5$ mm) bei reduziertem Knochenangebot für viele Patienten eine verlässli-

che Therapieoption darstellt im Vergleich zu den Risiken bei der Anwendung von Implantaten mit Standarddimension in Kombination mit augmentativen Verfahren. Allerdings, so die Empfehlung aus dem Papier, müssen die spezifischen Behandlungsparameter eingehalten werden und die Behandler eine angemessene Ausbildung vorweisen können. Dies untermauerten die zahnärztlichen Referenten der diesjährigen Gutachterkonferenz.

Vor neuen Erkenntnissen ist auch ein alter „Augmentationshase“, wie Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers, der über die Feststellung „Früher Beckenkamm, heute kurze Implantate“ referierte, nicht gefeit. Sein Vortrag zeigte beispielhaft, welcher schwierigen Abwägung sich der heute vor Gericht auftre-

tende Gutachter unterzieht. Denn längst haben die genannten Implantate ihre Erfolge bei korrekter Indikation nachgewiesen, die Prof. Ewers anhand einer eigenen prospektiven Studie über kurze Implantate und Dr. Wolfgang Bolz mit einer prospektiven Studie über sieben Jahre an 380 Patienten vorstellten. Natürlich blieb die Frage nach zitierfähigen randomisierten Studien der teilnehmenden Gutachter nicht aus und darüber entbrannte auch die Diskussion, was (zahn-)medizinischer Standard sei. Moderator Christian Berger verwies auf die höchstrichterliche Entscheidung*, dass jede Behandlung im Einzelfall zum Zeitpunkt ihrer Anwendung eine vertretbare Therapieentscheidung sein müsse. Die Frage des Richters nach dem medizinischen Standard sei daher



Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer sprach im ersten Teil über die chirurgischen Aspekte von kurzen, durchmesserreduzierten und anguliert gesetzten Implantaten; Prof. Dr. Norbert Schmedtmann, der sich in seinem Referat der prothetischen Versorgung widmete sowie Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers, der mit Moderator Christian Berger über seine „Bekehrung“ zu kurzen Implantaten diskutierte.



BDIZ EDI-Vorstandsmitglied Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer stellte im zweiten Teil die prothetischen Aspekte bei kurzen, durchmesserreduzierten und anguliert gesetzten Implantaten vor; Dr. Stefan König beleuchtete die therapeutischen Möglichkeiten mittels Plateau-Anker-Geometrie bei Ultrakurz-Implantaten und Dr. Felix Drobig lieferte Daten über klinische Langzeiterfahrung.

leicht zu beantworten: „Ja, das gehört heute als Alternative zum Repertoire eines erfahrenen Implantologen!“ Auch deshalb gebe es den jährlichen Praxisleitfaden, den der BDIZ EDI in der Europäischen Konsensuskonferenz zu unterschiedlichen Fragestellungen in der oralen Implantologie herausgebe.

Zu der Diskussion passte die Grundsatzkritik von BDIZ EDI-Justiziar *Prof. Dr. Thomas Ratajczak* an verschiedenen Studien bezüglich des Rauchens als Kontraindikation für die Implantation. Manche der zitierten Studien seien gar nicht darauf angelegt gewesen, die Auswirkungen des Rauchens zu untersuchen oder würden nicht zwischen den Auswirkungen einer ganzen Anzahl von Risikofaktoren unterscheiden. Auch seien manche Studien zu klein oder hätten zu wenige Patienten, um aussagefähige Resultate zu liefern. Zudem sei oftmals der Faktor „Rauchen“ gar nicht definiert oder untersucht worden, um verlässliche Aussagen treffen zu können.

Fazit

Insbesondere bei neueren Verfahren, wie der Anwendung von kurzen, angulierten und durchmesserreduzierten Implantaten, die von vielen Patienten als Behandlungsoption bevorzugt werden, muss sich der zahnmedizinische Standard nicht nur am Wunsch des Patienten, sondern auch an den Kenntnissen und Fähigkeiten des Behandlers orientieren. ■

*BGH-Urteil vom 17.12.1986 – IVa ZR 78/85

AWU

Hintergrund

Auf der Basis des Praxisleitfadens der 11. Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) wurde bei der diesjährigen Gutachterkonferenz diskutiert. Der Praxisleitfaden ist auf der Webseite des BDIZ EDI erhältlich:

Deutsch



Englisch



NACHGEFRAGT

Zur diesjährigen Gutachterkonferenz Implantologie des BDIZ EDI fragte der Dental Online Channel des Deutschen Ärzteverlags bei BDIZ EDI-Präsident *Christian Berger* nach, der die eintägige Veranstaltung vor rund 60 Sachverständigen auch moderiert hat.

Inwieweit beschäftigen sich Gutachter bereits mit kurzen, angulierten und durchmesserreduzierten Implantaten?

Das müssen sie schon seit einiger Zeit, denn kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate sind eine vom Patienten geforderte Therapiealternative zu Standardimplantaten mit aufwendigen augmentativen Verfahren. Viele Behandler verwenden sie durchaus erfolgreich. Der BDIZ EDI hat bereits 2010 einen Leitfaden zur Praxisreife über kurze und angulierte Implantate erstellt. Damals war die Praxisreife noch nicht eindeutig einschätzbar. 2016 waren wir deutlich weiter mit unserem Update. Die Europäische Konsensuskonferenz 2016 unter Federführung des BDIZ EDI hat als Empfehlung festgestellt, dass die Anwendung von kurzen, angulierten oder durchmesserreduzierten Implantaten bei reduziertem Knochenangebot eine verlässliche Therapieoption im Vergleich zu den Risiken bei der Anwendung von Implantaten mit Standarddimensionen in Kombination mit augmentativen Verfahren darstellt. Voraussetzung: Der implantierende Zahnarzt und der prothetische Behandler müssen eine angemessene Ausbildung erhalten haben.

Welche klinischen Langzeiterfahrungen gibt es inzwischen zu Kurzimplantaten?

Es gibt Reviewarbeiten, Metaanalysen und randomisierte kontrollierte Studien sowie andere systemische klinische Studien. Wir haben in unserem Praxisleitfaden 54 Literaturstellen angegeben. Wobei wir für die ultrakurzen Implantate (< 6mm) keine ausreichende Evidenz gefunden haben. Fünf Studien zeigen bei einer Beobachtungsdauer von 16 bis 18 Monaten eine Überlebensrate von 99,5 Prozent für lange Implantate in Kombination mit einer Sinusbodenelevation und von 99 Prozent beim Einsatz von kurzen Implantaten. Eine retrospektive Vergleichsauswertung zeigt keinen Unterschied zwischen kurzen und langen Implantaten über einen Untersuchungszeitraum von fünf Jahren.

Was waren die wichtigsten Aussagen im Vortrag des BDIZ EDI-Justiziars Prof. Dr. Ratajczak?

Das war ein hochinteressanter Vortrag, der grundsätzlich die Frage aufwirft, ob wir Leitlinien und Studien nicht viel intensiver hinterfragen müssen. Am Beispiel des Rauchens als Kontraindikation zur Implantation hat er recherchiert und herausgefunden, dass manche der zitierten Studien gar nicht darauf angelegt sind, die Auswirkungen des Rauchens zu untersuchen. Er hat auch dargestellt, dass manche Studien zu klein, bzw. auf zu wenig Patientengut zugegriffen haben, um tatsächlich aussagefähige Resultate zu liefern. Auch der Faktor „Rauchen“ wurde vielfach gar nicht definiert oder untersucht,



Foto: BDIZ EDI

um verlässliche Aussagen treffen zu können. Im Übrigen hat er Sinn und Unsinn von Leitlinien thematisiert. Darüber gibt es in unserer Mitgliederzeitschrift eine interessante Abhandlung unseres Justiziars. Er kommt zu der Einschätzung, dass zunächst die Frage gestellt werden sollte, wem Leitlinien wirklich nutzen, bevor sie produziert und „auf den Behandler“ losgelassen werden.

Welche Diskussionen gab es auf der Gutachterkonferenz in München?

Die Frage der Richter nach dem (zahn-)medizinischen Standard treibt die Sachverständigen natürlich um. In einigen Vorträgen wurden neue Behandlungsansätze gezeigt, die noch nicht Standard sind. Wie geht also ein Gutachter damit um? Das ist die alte Frage nach der evidenzbasierten Zahnmedizin. In der Zahnmedizin ist nichts in Stein gemeißelt, insbesondere dann nicht, wenn es um neuere Verfahren geht. Die Zahnheilkunde muss sich weiterentwickeln. Da ist vieles im Fluss und der Gutachter muss im Fall entscheiden, ob die Behandlung im Einzelfall zum Zeitpunkt ihrer Anwendung eine vertretbare Therapieentscheidung dargestellt hat.

Welches Fazit ziehen Sie aus der Gutachterkonferenz in München?

Wir haben festgestellt, dass wir mit dem Erstellen unseres jährlichen Praxisleitfadens – übrigens keine Leitlinie! – auf einem guten Weg sind. Wir schreiben dem Behandler nichts vor, sondern geben ihm eine Handhabe im Umgang mit einem aktuellen Thema in der oralen Implantologie. Das gibt Sicherheit bei der Behandlung. Wir haben inzwischen den 12. Praxisleitfaden erstellt. Alle sind für jeden einsehbar im Internet zugänglich.

Was bedeuten die Ergebnisse für die implantologische Praxis?

Wenn Sie die aktuelle Thematik anschneiden, dann ist es die Erkenntnis, dass sich insbesondere bei neueren Verfahren, wie der Anwendung von kurzen, angulierten und durchmesserreduzierten Implantaten, die von vielen Patienten als Behandlungsoption bevorzugt werden, der zahnmedizinische Standard nicht nur am Wunsch des Patienten, sondern auch an den Kenntnissen und Fähigkeiten des Behandlers orientieren muss.

Das Interview führte Stefanie Hanke vom Deutschen Ärzteverlag. Es wurde als Podcast auf Dental Online Channel gesendet. ■