

Schuss“ und muss wirklich Volumen bzw. keratinisiertes Gewebe gewinnen, dann verwende ich nur autologes Material. So beispielsweise auch bei einem Komplikationsmanagement im Sinne einer Rezeptionsdeckung am Implantat.

Prof. Stimmelmayer: Das sehe ich genauso. Ersatzmaterial kommt bei mir etwa dann zum Einsatz, wenn Patientinnen und Patienten bereits andere augmentative Behandlungen, etwa einen Knochenaufbau, hinter sich haben. Dann versuche ich natürlich, eine weitere Belastung durch zusätzliche Entnahmen von körpereigenem Gewebe zu reduzieren. Auch wenn

ich nur ein wenig über dem Implantat verdicken muss, setze ich Ersatzmaterialien ein.

Warum ziehen Sie die autologen Materialien vor?

Prof. Stimmelmayer: Weil sie besser funktionieren, weil sie offen einheilen können, während man Ersatzmaterialien immer bedecken muss. Außerdem ist das Indikationsspektrum für autologe Materialien breiter.

Wann halten Sie die Verwendung von Ersatzmaterialien für sinnvoll?

Dr. Hammächer: Es gibt natürlich interessante Konzepte und Einsatzgebiete, die auch auf unserem Kongress präsentiert und diskutiert werden. Das für den Patienten atraumatischere Vorgehen liegt auf der Hand, und in manchen klinischen Situationen lassen sich durchaus voraussagbare Ergebnisse erzielen. Welche Materialien in welchem Indikationsbereich überlegen sind, was wir uns beispielsweise von der „Biologisierung“ von Materialien zum Weichgewebeersatz versprechen können, hat u.a. in der entsprechenden Session auf diesem Kongress zu spannenden Diskussionen geführt.

Was hilft durch den Materialdschungel?

Nachgefragt bei Prof. Dr. Stefan Wolfart (Aachen)
und PD Dr. Peter Gehrke (Ludwigshafen)



Fotos: Bert Bostelmann/DGI

PD Dr. Peter Gehrke (links) und Prof. Dr. Stefan Wolfart

Eine Präsentation in der von Ihnen moderierten Sitzung trägt den Titel „Oldies but Goldies“. Darin geht es um die Metallkeramik. Wie ist da der Stand?

Prof. Wolfart: Metallkeramik stellt immer noch die Materialklasse mit den längsten Beobachtungszeiten dar. Hier liegen die Überlebensraten bei kurzspannigen Brü-

cken nach zehn Jahren bei 89 Prozent. Der Schwachpunkt der Metallkeramik ist die schwache Verblendkeramik, was zu Abplatzungen im Bereich von fünf Prozent

innerhalb von fünf Jahren führt. Die ästhetisch ansprechenderen vollkeramischen Restaurationen weisen ebenfalls im Falle von verblendeten Zirkonoxidgerüsten Verblendabplatzungen nach fünf Jahren von sechs Prozent bei Brücken auf.

Wie beurteilen Sie aus wissenschaftlicher Sicht die monolithischen vollkeramischen Restaurationen?

Prof. Wolfart: Hier fehlen zum Teil Langzeituntersuchungen. Für Einzelkronen sind aktuell sehr vielversprechende Drei-Jahres-Ergebnisse veröffentlicht worden. Diese zeigen, dass die monolithischen Restaurationen weniger Keramikabplatzungen (nur 1,2 Prozent) aufweisen als verblendete Restaurationen (drei bis fünf Prozent). Dies gilt sowohl für Zirkonoxidrestaurationen als auch für verstärkte Glaskeramiken, wie zum Beispiel Lithiumdisilikatkeramik.

Für monolithische Zirkonoxidbrücken fehlen diese Langzeitergebnisse jedoch aktuell noch. Die Schwierigkeit bei der Beurteilung der Zirkonoxidkeramiken ist außerdem, dass dort in den letzten Jahren fünf unterschiedliche Generationen mit unterschiedlichen Zugaben von Aluminiumoxid und Yttriumoxid vorliegen. Dies verändert die optischen sowie die Festigkeitseigenschaften der Keramiken. Das wiederum hat den Nachteil, dass die aktuell vorliegenden Daten, nicht zu den heute verwendeten Systemen (4. und 5. Generation) passen, sondern hauptsächlich der 2. und 3. Generation zuzuordnen sind.

Diskutiert werden auf diesem Kongress auch die Polyaryletherketone mit der Frage: Gehört ihnen die Zukunft, oder sind es Nischenprodukte?

Prof. Wolfart: Bei den Polyaryletherketonen (PAEK) gibt es keine ausreichenden klinischen Studien, die eine wissenschaftliche Einstufung dieser Werkstoffe bezüglich ihrer klinischen Anwendung zulassen. Grundsätzlich unterscheiden lassen sich verschiedene Materialien auf PAEK-Basis (PEEK, PEKK, AKP). Aus dem Hochleistungspolymer PAEK können implantat- sowie zahngestützte Restaurationen hergestellt werden. In der Prothetik werden unterschiedliche Modifikationen als herausnehmbares Restaurationsmaterial

(Klammer-, Teleskopprothetik, Stegarbeiten, Tertiärkonstruktionen etc.) sowie als festsitzendes Restaurationsmaterial (Kronen, Brücken) eingesetzt. Zudem wird PAEK in der dentalen Implantologie angewandt und hier insbesondere für Implantataufbauten und Gingivaformer verwendet.

Wie ist die Sichtweise des Praktikers? Welche Möglichkeiten gibt es, sich im Materialdschungel zu orientieren?

PD Dr. Gehrke: Aufgrund ihrer guten Biokompatibilität und ihres ästhetischen Potenzials werden in Praxis und Klinik vermehrt vollkeramische Werkstoffe in der Implantatprothetik verwendet. Die scheinbar grenzenlose Vielfalt keramischer Materialien ist eindrucksvoll, macht es für das Behandlungsteam jedoch zunehmend schwerer einen, verlässlichen Überblick zu behalten.

Zu beachten ist, dass sich vollkeramische Werkstoffe innerhalb einer Werkstoffklasse unterscheiden können und daher herstellerabhängig klinisch relevante Auswirkungen in der Ergebnisqualität zeigen. Aufgrund der Unterschiede zwischen den vollkeramischen Werkstoffklassen ist der klinische Langzeiterfolg eng mit der korrekten Indikationsstellung, dem Grad der Kenntnisse und der Erfahrung des restaurativen Teams sowie auch mit dem adäquaten Bearbeitungs-, Befestigungs- und Okklusionskonzept verknüpft.

Gibt es in der täglichen Praxis aufgrund Ihrer Erfahrung Veränderungen bei der Materialwahl?

PD Dr. Gehrke: Aufgrund der besseren Ästhetik und der ausreichend mechanischen Eigenschaften werden im Frontzahnbereich Implantatkronen aus Lithiumdisilikatkeramik bevorzugt. Gleichzeitig ist ein zunehmender Trend zu monolithischen Werkstoffen in CAD/CAM Technologie zu beobachten. Diese Werkstoffklasse liefert die notwendige Stabilität und kann gleichzeitig durch Multilayer-Rohlinge, voreingefärbte monochrome Rohlinge oder individuellen Einfärbmöglichkeiten mittels Tauch- bzw. Applikationstechnik immer höheren ästhetischen Ansprüchen genügen. Hierfür liegen klinisch günstige Kurzzeitprognosen über drei Jahre vor.



CORE® IMPLANTAT

EINE LÖSUNG FÜR ALLE ANFORDERUNGEN

Steigern Sie die Rentabilität Ihrer Praxis durch den Einsatz von CORE-Implantaten. Ihre identische prothetische Plattform ermöglicht, mit weniger prothetischen Komponenten zu arbeiten, Fehler zu vermeiden und einfache und zeitsparende prothetische Behandlungsabläufe umzusetzen.



BTI: Implantate, die sich dem Patienten anpassen



FORDERN SIE FÜR WEITERE INFORMATIONEN UNSER AUSFÜHRLICHES HANDBUCH KOSTENLOS AN

BTI DAY
 SAVE THE DATE
 Frankfurt Hilton THE SQAIRE am Flughafen
 22.04.2023