

Identity

EVIDENT SUCCESS

2005



sofort_versorgung

DENSPLY
FRIADENT



2_Impressum

2_Inhalt

3_Editorial

4_Zack_zack!

6_Dr. W. Groll: Mehr_Wert

8_Dr. J. Neugebauer: Sofort_Integration

10_Dr. F. Kornmann: Sofort_Belastung

12_12. Internationales FRIADENT Symposium 2006 in Salzburg

13_Rückblick: 11. Internationales FRIADENT Symposium 2005

16_Preis_gekrönt: Posterpublikationen FRIADENT Symposium 2005

18_Praxis_(Top)Tipps: Steuer- und Abrechnungstipps

20_OP_Partnerschaft

24_BEAUTY and SPEED®

26_Dr. M. Degidi, Dr. A. Piatelli: Sofort_Erfolg

30_Dr. Dr. R. Fangmann, M. Hoppa, K. Herrmann: Sofort_Versorgung

34_Dr. J. Kielhorn: Multi_funktional

38_Platform_Switching

40_Dr. D. Weng: Knochenreaktion bei verschiedenen Mikrosplatt-Designs

42_R. Jansen: Sofort_Konzept

43_M.Chalard, J. Chalard: O.D.I.L.® – One Day Immediate Loading

48_Dr. O. Yüksel, R. Jansen, Dr. K. Chimielewski: Sofort_Funktion

52_Dr. B. Giesenhagen: SynCone®_Praxis

inhalt

54_Dr. S. Kistler: Sofort_Ästhetik

60_Dr. F. Kornmann: Einfach_schnell

66_Sofort_Erfahrung: Interview mit einer SynCone® Patientin

68_Kunst_Stoff: ANKYLOS® Laborauswahlposten

69_Lese_Stoff: Buchvorstellungen

70_Wieder_lachen: Interview mit Katrin Rinke

72_Muskel_Kater: 1. DENTSPLY Friadent MTB Rally

73_Events 2005/2006

Impressum

iDENTity EVIDENT SUCCESS® · Erscheinungsweise: dreimal jährlich Herausgeber: FRIADENT GmbH Postfach 71 01 11 · D-68221 Mannheim

Tel.: +49 (0) 621 43 02-010 · Fax: +49 (0) 621 43 02-011 · Internet: <http://www.friadent.de> Redaktion: Nadine Dusberger (Chefredaktion) · Ricarda Jansen
Christine Rohne · Claudia Schillinger · Vanessa Voll Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe: Eva Maria Hübner und Thomas Lange

Design und Layout: WEGA Werbeagentur/Mannheim Druck: Wörmann & Partner /Mannheim Fotografie: Getty Images® (Titel/Seite 2/5/10/43/61/66/67)

iDENTity erscheint in deutscher und englischer Sprache. Namentlich gekennzeichnete Beiträge müssen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion widerspiegeln Copyright: FRIADENT GmbH, Mannheim · Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers

iDENTity erhalten Sie kostenfrei unter Tel.: +49 (0) 621 43 02-010 oder identity@friadent.de

Anwenderhinweis: Für die Anwendung unserer Produkte und die zugelassenen Indikationen ist die von uns herausgegebene Gebrauchsanweisung für jedes Produkt maßgeblich. In iDENTity veröffentlichte Anregungen oder Erfahrungsberichte von Anwendern dienen der wissenschaftlichen Diskussion, es ist möglich, dass die dargestellten Anwendungen und Indikationen noch nicht wissenschaftlich anerkannt sind oder gemäß der Gebrauchsanweisung nicht von uns empfohlen werden. Die Auswahl der geeigneten Behandlungsmethode ist in jedem Einzelfall vom Behandler eigenverantwortlich vorzunehmen. Eine Haftung unsererseits ist bei Auswahl einer nicht geeigneten Behandlungsmethode ausgeschlossen.



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

haben Sie schon einmal nach dem Stichwort Sofortversorgung „gegoogelt“, wie es heute so schön heißt? 615 Webseiten thematisieren sie, 509 davon kommen allein aus Deutschland. Natürlich gibt es darunter auch einige „Exoten“ wie Wracktauchen.net, die die Sofortversorgung eher aus Sicht der Tauchsicherheit betrachten.

Die heißesten und ersten Treffer sind allerdings ausschließlich implantologische – vielleicht ein Beweis dafür, dass dieses Thema brandaktuell, heikel und heiß diskutiert ist?

So empfinden es nämlich unsere Autoren. Sie haben die Sofortversorgung für Sie auseinander genommen, von allen Seiten beleuchtet und wieder zusammengesetzt.

_ 3

sofort_versorgung

Vielleicht fordern manche Beiträge dieses prall gefüllten Heftes Ihren Widerspruch heraus. Vielleicht bestätigen Sie aber auch Ihre Erfahrungen. Oder machen Ihnen einfach nur Lust darauf, sich selbst näher mit diesem Konzept auseinander zu setzen.

Wir freuen uns auf den Dialog mit Ihnen und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen,
Ihre

*Nadine Dusberger
und das ganze iDENTity-Redaktionsteam*



_4



flotte_kiste

36 qm Bad + 36 qm Küche + 36 qm
Schlafzimmer = 36 qm Wohnfläche!
In Colanis 6 x 6 m Raumwunder rotiert
die Raumfunktion auf Knopfdruck.
www.hanse-haus.de

zack_zack!

ALLES, WAS GEHT, GEHT AUCH SCHNELLER.

pillen_paste

Schluss mit dem ewigen Streit um
zerquetschte Zahnpastatuben:
Jetzt kommt Zahnpasta tubenlos,
quetschfrei und selbst aufschäu-
mend in Tablettenform.
www.denttabs.de



sofort_idylle

Wie, wann und wo sie wollen! Pfeiler in den Rasen spießen, den passenden Aufsatz wählen – fertig ist das Gartenglück.

www.pool22.de



gold_esel

Knusprig goldene frisch frittierte Pommes in 30 Sekunden! Die vollautomatische Hightech-Frittenbude in der Box.

www.freadix.de



ich_will

.....aber sofort! Der Drive-in-Wedding-Service macht den schönsten zum schnellsten Tag im Leben.

www.chapelsoflasvegas.com



spül_trieb

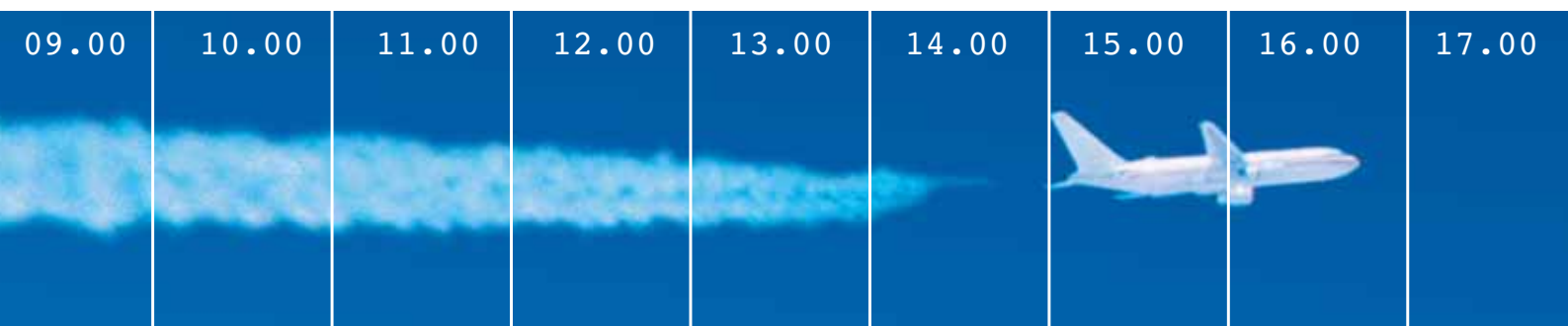
Lassen Sie Ihrem Spieltrieb freien Lauf. „Erika“, die flexible Design-Modul-Kombi-Küche, macht alles mit.

www.moormann.de

bis_gestern

Vielleicht lässt sich durch geschicktes Zeitonenmanagement der Liefertermin vor den Versandtermin legen?!

www.time-matters.de



mehr_wert

FÜR DEN ERFOLG IHRER PRAXIS
UND ZUFRIEDENE PATIENTEN



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wollen Sie Ihre Patienten nicht auch noch schneller, noch einfacher, noch sicherer und noch wirtschaftlicher zufrieden stellen? Wir können Sie dabei unterstützen, denn wir beschäftigen uns tagtäglich mit lösungsorientierten Ansätzen und Therapiekonzepten, um Ihnen die Arbeit zu erleichtern.

Deshalb haben wir für dieses Heft auch das Schwerpunktthema „Sofortversorgung“ gewählt. Dies, obwohl wir aus Gesprächen mit Ihnen wissen, dass wir damit gewissermaßen „ein heißes Eisen“ aufgegriffen haben. Wir glauben dennoch, dass es uns mit diesem Heft gelingt, Sie in Ihrer Beschäftigung mit diesem Konzept zu bestärken.

Denn Sie erfahren direkt von Ihren Kollegen, wie Sie am besten mit der Sofortversorgung umgehen. Welcher genauen Voraussetzungen es dazu bedarf. Wie die Patienten auf diese Möglichkeit reagieren. Und welche Zukunft Ihre Kollegen der Sofortversorgung prognostizieren. Dabei ist uns wichtig, dass Sie sich ein möglichst objektives Bild verschaffen können. Deshalb haben wir die unterschiedlichsten Autoren zu unterschiedlichen Facetten der Sofortversorgung zu Wort kommen lassen.

BEAUTY and SPEED®, unser Anspruch an alle DENTSPLY Friadent Therapiekonzepte, begleitet Sie dabei ebenfalls durch die Ausgabe. So sehen Sie, welche Möglichkeiten sich Ihnen beispielsweise durch eine Versorgung mit ANKYLOS® SynCone® bieten. Bei einer Spätbelastung und zur Pfeilvermehrung, aber gerade auch bei einer Sofortversorgung können Sie damit in maximal zwei Stunden einen Patienten mit zahnlosem Unterkiefer versorgen – ohne Zweiteingriff und ohne weitere Termine zur Eingliederung der Prothetik. Schneller und wirtschaftlicher geht es nicht. Gleiches gilt für die FRIADENT® TempBase auf unseren XiVE® Implantaten. Sie bildet die Basis für die Sofortversorgung mit einem Provisorium. Und auch die FRIADENT®plus Oberfläche tut alles, um Ihre Therapie zu beschleunigen: Sie steht wissenschaftlich geprüft und auf Seite 26 auch klinisch bewiesen für eine frühzeitige stabile Osseointegration mit der Möglichkeit verkürzter Einheilzeiten.

Auch in Zukunft werden unsere 350 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Standort in Mannheim alles daran setzen, zukunftsfähige Therapiekonzepte umzusetzen und weiterzuentwickeln. Mit dieser Investition in Ihre Zukunft helfen wir Ihnen, auch künftig schneller und wirtschaftlicher zu wachsen als andere. So arbeiten wir weiter an Ihrem Erfolg.

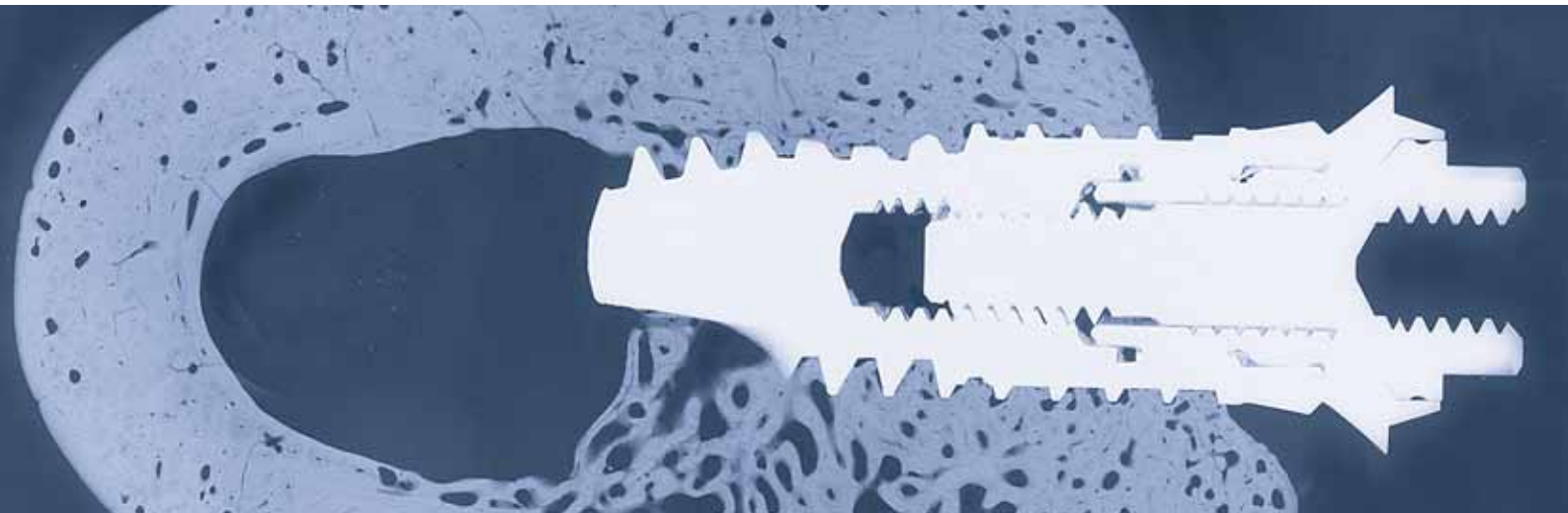
Ihr



Dr. Werner Groll

sofort_integration

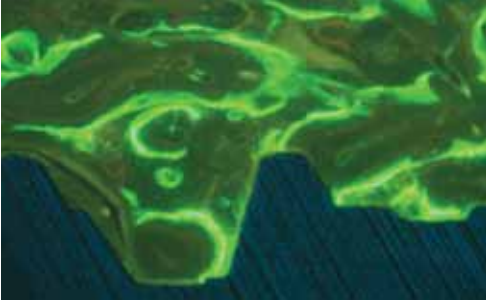
SOFORT- UND FRÜHBELASTUNG IN DER
ZAHNÄRZTLICHEN IMPLANTOLOGIE
NUR VERKANNT ODER DOCH KRITISCH?



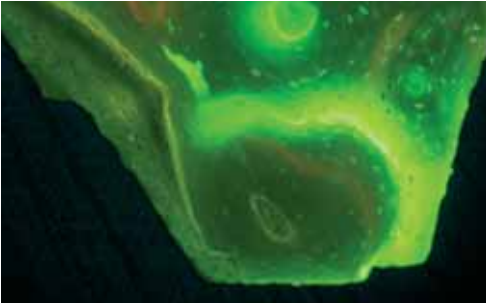
Eine Vielzahl der aktuellen, zahnmedizinischen Veröffentlichungen dreht sich heute um die Verkürzung der Einheilzeit. Dabei wird dieses Thema immer als Innovation in der zahnärztlichen Implantologie dargestellt. So wird aber die stegprothetische Sofortversorgung von 4 Implantaten im anterioren Unterkiefer seit den 70er Jahren erfolgreich angewendet.

Bei implantologischen Weiterentwicklungen wird der Fokus heute auf die schnellere Behandlung der Patienten durch Verkürzen der Wartezeit zwischen Implantatinsertion und prothetischer Versorgung gelegt. Zu Recht, berücksichtigt man die zunehmende Nachfrage von Patienten nach schnellerer Restauration. Was aber wissen wir über verkürzte Einheilzeiten? Die klassischen Standardeinheilzeiten, wie sie von der Brånemark-Gruppe beschrieben

wurden, sind nicht in erster Linie durch wissenschaftliche Studien festgelegt worden. Man hat sich vielmehr durch empirische Untersuchungen an die Zeitspanne bis zur sicheren Osseointegration „herangetastet“. Entsprechend der Einschränkungen des damals gängigen Implantatdesigns, besonders im Hinblick auf die Implantatoberflächenstruktur, konnte eine Optimierung der Erfolgsquoten durch eine längere Einheilzeit erreicht werden. Die als Standardeinheilzeiten postulierten Zeiträume von sechs Monaten im Oberkiefer und drei bis vier Monaten im Unterkiefer sind daher nicht als klinisch notwendige, sondern lediglich als empirische Empfehlungen zu werten. Sie stehen im Gegensatz zu den Erfahrungen aus der konventionellen Frakturbehandlung, die belegen, dass eine Funktionsstabilität des Knochens bereits nach sechs Wochen erreicht werden kann.



–1



–2

1_XiVE®plus Implantat mit dichter Knochenstruktur nach 5 Monaten Sofortbelastung

2_Konzentrischer Knochenumbau während der Sofortbelastung

Die Erfolgsquote von Implantaten hängt aber nicht allein von der Einheilzeit ab, sondern ist eine Kombination aus Zeit, Implantatdesign und -oberfläche sowie dem patientenspezifischen Knochenangebot. Knochen unterschiedlicher Qualität, wie man ihn in den verschiedenen Regionen der Kieferareale findet, benötigt in vielen Fällen zusätzliche Maßnahmen, damit die Implantate langfristig eine hohe Osseointegrations-Erfolgsquote zeigen. Diese wird zudem durch die Mikrostruktur der Implantatoberfläche und die Art der prothetischen Versorgung bestimmt. Ein vollständiger Verzicht auf Wartezeit bis zur Belastung der Implantate ist seit über 20 Jahren durch die Arbeiten von Ledermann bekannt. Aufgrund der technischen Einschränkungen der zu dieser Zeit angebotenen Implantatsysteme hat die Sofortbelastung durch das Abweichen vom Routineprotokoll ein negatives Image erhalten, da die systemspezifischen Verlustquoten nicht mit dem jeweiligen Implantatdesign, sondern alleinig mit dem Zeitpunkt der prothetischen Belastung in Verbindung gebracht wurden. Moderne Implantatsysteme erlauben heute bei guter Knochenqualität eine sofortige Versorgung mittels einer Stegkonstruktion oder eines Langzeitprovisoriums. Durch die Immobilisation der Implantate kann man auf diese Weise eine unter Umständen sogar quantitativ und qualitativ höherwertige Osseointegration erreichen als mit Implantaten, die gedeckt einheilen. Einschränkungen bei der Sofortbelastung sind jedoch im ästhetisch-relevanten Bereich zu sehen, da sich das Weichgewebsmanagement durch den Wegfall

der Eröffnungsoperation schwieriger gestalten kann. Im schwachen Knochenlager ist der peri-implantäre Knochen bei einer frühzeitigen Implantatversorgung im Sinne eines „progressive loadings“ zu trainieren, damit sich die trabekuläre Struktur der Lasteinleitung anpassen kann. Auch dies hängt nicht vom Zeitpunkt der Implantateröffnung nach der Implantatinsertion ab, sondern vom Ausmaß der prothetischen Belastung nach Eingliederung der Suprakonstruktion.

Die Diskussion um die Verkürzung der Einheilzeit sollte nicht weiter von klassischen, empirisch definierten Einheilzeiten abgeleitet werden. Je nach anatomischen Voraussetzungen ist eine Belastung nach Ausheilung der Knochenwunde möglich, die jedoch an die anatomischen Gegebenheiten angepasst werden sollte. Eine Belastung in der frühen Osseointegrationsphase, d. h. nach dem 5. Tag bis zum 30. Tag nach Implantatinsertion, sollte besonders im Hinblick auf Torsionskräfte vermieden werden. Der Wechsel von verschraubten Aufbauteilen bedeutet eine Dehnung bzw. Kompression des neu gebildeten Knochens (Osteoid), die je nach Umfang der Kräfte zu einer Zerstörung der noch nicht mineralisierten Faserstruktur führen kann. Daher können in diesen Arealen Schädigungen des Osseointegrationsprozesses eintreten, die dann zu einem frühzeitigen Implantatverlust führen. Folgerichtig ist daher eine Immobilisation der Implantate innerhalb der ersten drei Tage nach Insertion zu erreichen oder eine initiale Einheilphase von sechs Wochen abzuwarten, damit dann die für das jeweilige Implantatlager abgestimmte prothetische Belastung beginnen kann.

Werden diese Punkte beachtet, zeigt die Sofortbelastung mit modernen Implantatsystemen eine ebenso hohe Vorhersagbarkeit wie die klassische Vorgehensweise.

Literatur auf Anfrage beim Verfasser

– 9

Dr. Jörg Neugebauer
 Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität zu Köln
 Direktor:
 Univ.-Professor Dr. Dr. J. E. Zöller
 Kerpener Str. 32
 50931 Köln
 Joerg.neugebauer@uk-koeln.de





sofort_belastung

EIN PRAXISRELEVANTES KONZEPT ?

Philipp D. Ledermann veröffentlichte bereits 1979 die ersten Publikationen über die stegprothetische Versorgung des zahnlosen Unterkiefers mit Schraubenimplantaten und führte damit die Sofortbelastung von Implantatrekonstruktionen, unter der Maßgabe einer polygonalen Abstützung bei entsprechender Knochenqualität, als reproduzierbares Therapiekonzept in die dentale Implantologie ein. Zur Vermeidung der Alveolarfortsatzatrophie nach Extraktion oder traumatischem Verlust von Einzelzähnen entwickelte Willi Schulte schon 1976 das Konzept der Sofortimplantation eines wurzelanalogen Keramikimplantats (Tübinger Sofortimplantat – Vorläufer des FRIALIT®-2 Implantates) mit Spätbelastung.

Während in den folgenden Jahren die direkte Belastung von Implantaten heftig umstritten und kontrovers diskutiert wurde, entwickeln sich mit wachsendem Erfahrungshorizont der Implantologen erfolgsversprechende, praxisrelevante Behandlungskonzepte, die die Sofortbelastung erfolgreich in die bestehenden Belastungs- und Heilungsmodi integrieren.

Zahlreiche aktuelle Studien belegen auch, dass die sofortige provisorische Versorgung von Implantaten das experimentelle Stadium längst verlassen hat. Über die primäre Stabilität entscheiden Faktoren wie Knochenqualität und -quantität, operative Techniken, Implantatoberflächen und -design

sowie ausgereifte Behandlungsstrategien. Durch ständig verbesserte Implantatoberflächen und optimierte Implantatdesigns kann so mittlerweile auch in den Grenzbereichen eine ausreichende Primärstabilität erreicht werden.

Außerdem entscheidet nicht zuletzt eine knochenadäquate Implantatbetaufbereitung mit Insertion eines Implantates mit speziellem Gewindedesign über eine einfache, schnelle und sichere Integration. Zu empfehlen sind Implantate, die die Primärstabilität fördern und/oder etwa nach Art einer Kompressionsschraube zu einer internen Kondensation führen.

Ziel der Sofortbelastung von Implantaten ist die Verkürzung des Behandlungszeitraums mit Versorgung eines ästhetisch korrekten, stabilen, festsitzenden Langzeitprovisoriums am Op-Tag. Dabei ist die sichere primäre Stabilität der Implantate eine *conditio sine qua non*. Unter idealen Bedingungen ist die Sofort- und Spätimplantation mit sofortiger provisorischer Belastung gleichzeitig ein Behandlungskonzept zum Strukturerehalt von Hart- und Weichgewebe. Das Ziel einer naturalen Rehabilitation kann durch eine geeignete Implantatgeometrie unter Berücksichtigung einer belastungsreduzierten Einheilung erzielt werden.

Mikrobewegungen fördern erfolgreich die Osseointegrationsphase, so dass die knochenphysiologischen Grundprinzipien am Interface zum Implantat aufmerksam beachtet werden müssen. Die Steigerung der sekundären Stabilität durch Knochenstraining sowie ein optimiertes Weichgewebemanagement stellen die wichtigsten Parameter in dieser Therapiephase dar.

Im Praxisalltag bleibt der Standardbelastungsmodus von drei bis vier Monaten im Unterkiefer und sechs Monaten im Oberkiefer als bewährtes Behandlungsprotokoll von entscheidender Bedeutung, wobei zusätzlich die Sofortbelastung sinnvoll und notwendig sein kann.

In der täglichen Praxis wird heute von Patienten immer häufiger der Wunsch nach beschleunigter Implantatbehandlung und nach frühzeitiger funktioneller Belastung der Implantate geäußert. Die Entscheidungsfindung zu einer konventionellen oder zu einer sofortigen, innovativen Behandlungsmethode sollte jedoch letztendlich dem erfahrenen Implantologen überlassen bleiben.

Sowohl die Implantatchirurgie als auch die dazugehörige Prothetik geben uns heute, unter Berücksichtigung der Kriterien für die unterschiedlichen Belastungszeitpunkte, die Möglichkeit, ein sicheres Behandlungsprotokoll einzuhalten und weitgehend auf die Patientenwünsche einzugehen.

Somit wird der Stellenwert der sofortigen Versorgung zweifelsohne steigen und sich als Therapieform weiter in unser bestehendes Behandlungskonzept integrieren.

Dr. Frank Kornmann
Fachzahnarzt für
Oralchirurgie
Gemeinschaftspraxis
Dr. Dr. Dieter Haessler
Dr. Frank Kornmann
Tagesklinik Oppenheim
Sant' Ambrogio Ring 39
55276 Oppenheim
Tel.: 06133 4641
**Frank.Kornmann@
t-online.de**



und ihre praxis blüht auf

**BESUCHEN SIE DAS
12. INTERNATIONALE
FRIADENT SYMPOSIUM
IN SALZBURG/ÖSTERREICH**

**2 LIVE-OPs
via Satellit**



Begleiten Sie uns zum 12. Internationalen FRIADENT Symposium am 24. und 25. März 2006 in Salzburg. Denn dort zeigen internationale Top-Referenten wie Professor Dennis Tarnow und Dres. Henry und Maurice Salama, welche Potenziale die moderne Implantologie mit ihren neuen Materialien, Techniken und Technologien eröffnet und welche entscheidenden Erfolgsfaktoren die implantologische Praxis von heute aufblühen lassen. Wie Sie sich Ihre tägliche „Motivationspritze setzen“, wird der bekannte Sportwissenschaftler und Sportpsychologe Prof. Dr. rer. nat. Hans Eberspächer verraten. Er ist spezialisiert auf mentale Fitness, Stressmanagement, Motivation und Teamentwicklung.

Optimale Implantationsergebnisse sind nur im Team mit Zahntechniker und Assistenz zu erzielen. Deshalb findet am Samstag das Parallelprogramm für Zahntechniker und Assistentinnen statt. „Partner Dentallabor: von der präzisen Planung zur perfekten Prothetik“ heißt es für die zahntechnische Session. Bei den Assistentinnen geht es „durch Teamwork zum Praxiserfolg“.

Der kollegiale Austausch in außergewöhnlicher Atmosphäre ist bei den Internationalen FRIADENT Symposien ein fester Programmpunkt: Schauplatz für die abendliche Unterhaltung ist die traditionsreiche Stiegl's Brauwelt, einer der schönsten Veranstaltungsorte Salz-

burgs. Zudem gehört die österreichische Stadt mit ihrer barocken Altstadt zu den kulturellen Hochburgen Europas – insbesondere im Mozartjahr 2006. So gibt das Begleitprogramm die Möglichkeit, auf Mozarts Spuren zu wandeln, während einer Pferdeschlittenfahrt das landschaftlich reizvolle Salzkammergut zu erkunden und am anschließenden Sonntag die Ski-Pisten der nahen Alpen herunter zu wedeln.

Kurzum: Das 12. Internationale FRIADENT Symposium verspricht mit dem wissenschaftlichen Programm und einer stimmungsvollen Abendveranstaltung zu einem besonderen Start in den Frühling zu werden.

Lassen Sie sich begeistern, entdecken Sie Ihre Potenziale – und Ihre Praxis blüht auf.

Eva-Maria Hübner ■

**Anmeldung und weitere
Informationen unter:
www.friadent.de**

Erleben Sie ein interessantes wissenschaftliches **Programm**, das die aktuellen Themen der Implantologie umfassend aufgreift:

- Für zufriedene Patienten: Implantatgetragene Zähne von Anfang an
- Update in Sachen Sofort- und Frühbelastung
- Richtlinien für ideale Implantatposition
- Behandlung von Patienten mit hohem Risiko
- Vereinfachtes Vorgehen für hervorragende Ästhetik
- Praxismarketing: Schritte zu Ihrem Erfolg
- Wege zu perfekter Form und Funktion



ready for take-off - startklar für die zukunft

DIE ZUKUNFT HAT BEGONNEN: 11. INTERNATIONALES FRIADENT SYMPOSIUM IN DRESDEN

Implantologische Erfolgskonzepte für die Zukunft standen während des 11. Internationalen FRIADENT Symposiums in Dresden im Mittelpunkt des facettenreichen wissenschaftlichen Programms. Die Top-Referenten der implantologischen Szene präsentierten sowohl die neuesten Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis wie auch umfassende und innovative Praxismarketing-Konzepte. So nahmen die über 1500 Teilnehmer zahlreiche Impulse mit in ihre Praxen und Labore und sind nun „startklar“ für die Herausforderungen 2005.

Zum Auftakt betrat ein großer Implantologe das Podium: Prof. Dr. Dr. hon. caus. Willi Schulte, der Vater des FRIALIT® Implantats. Er hat mit der Einrichtung und langjährigen Leitung des Sonderforschungsbereichs 175 „Implantologie“ an der Universität Tübingen einen der initialen Antriebsschübe für die moderne Implantologie geleistet. So beeindruckte der

„Grand Seigneur“ der zahnärztlichen Implantologie die Teilnehmer mit dem Abriss der Studienergebnisse des Sonderforschungsbereiches aus den letzten drei Dekaden. Viele der heutigen „Implantologie-Trends“ hatte er bereits in seinem Tübinger Implantatkonzept angedacht: Zum Beispiel Sofortversorgung und Keramik.





Beide Aspekte sind heute aktueller denn je: Patienten wünschen schöne Zähne, Behandler möchten Behandlungszeit und -aufwand reduzieren. Diese beiden Bedürfnisse hat DENTSPLY Friadent aufgegriffen: „BEAUTY and SPEED®“. So lauten die Leitlinien in der Entwicklungspolitik des Unternehmens. Natürlich fanden sich diese auch in den vier Sessions des wissenschaftlichen und zahntechnischen Programms wieder.

Der Schritt in die Zukunft: Patientenwünschen gerecht werden, Diagnosen optimieren und Therapien verkürzen

Kürzere Behandlungszeiten durch eine sichere Implantat-Sofortbelastung war ein Kernthema des Symposiums. Eine 12-monatige Follow-up Studie zu 702 sofortbelasteten XiVE® Implantaten mit der FRIADENT®plus Implantatoberfläche zeigte, dass die wachstumsaktivierende Mikrostruktur der neuen Oberfläche erheblich zu einer behutsamen, aber effektiven Knochen- und Weichgeweberegeneration beiträgt. Die klinischen und histologischen Daten beweisen eine sichere Osseointegration bei verkürzter Einheitszeit auch in schwachem Knochenlager. Daneben beeinflussen das Mikrodesign und die Oberflächenbeschaffenheit eines Implantates den Behandlungserfolg entscheidend.

Und nicht zuletzt hat auch das Implantatmakrodesign auf den zervikalen Knochenerhalt und auf die Langzeiterfolgsrate Einfluss.

Die Anforderungen der Patienten im Wandel: Schneller, höher, weiter

Schöne, natürlich aussehende Zähne sind für immer mehr Patienten ein immer wichtigerer Aspekt bei der Entscheidung für Implantate. Dabei kommt der Hochleistungskeramik aus Zirkonoxid eine immer bedeutendere Rolle zu. Die zunehmende Anwendung dieses Werkstoffes in der Implantatprothetik eröffnet eine neue Epoche ästhetischen Zahnersatzes. In dieser Session standen die Anwendungsmöglichkeiten von Zirkonoxidkeramiken zur ästhetischen Implantatrehabilitation sowie die neuen Standards in der Weichgewebechirurgie und keramischen Prothetik mit Zirkonoxid im Mittelpunkt. Demonstriert wurde, wie mit den anatomisch geformten, individualisierbaren FRIADENT® CERCON® Kronenaufbauten hochästhetische Lösungen möglich sind, die zudem eine hohe Biege- und Bruchfestigkeit aufweisen.

Praktisch, prognostizierbar und profitabel: Die Implantat-Prothetik

Die Nachfrage zahnloser Patienten nach einer komfortablen Befestigung ihres Zahnersatzes auf der Basis von Implantaten steigt stetig. Neben Funktionalität spielt bei diesen Patienten der Wunsch nach einer schnellen und ästhetischen prothetischen Versorgung eine wichtige Rolle. Diese Session stellte Konzepte für diese Bedürfnisse vor: Das ANKYLOS® SynCone® Konzept erlaubt sowohl die Sofortbelastung und -versorgung im Unterkiefer als auch die Spätversorgung von Implantaten. Seine vorgefertigten Komponenten machen es möglich, auf ein zeitaufwändiges labortechnisches Prozedere zu verzichten und die Patienten so einfach, schnell und wirtschaftlich zu versorgen.

Therapie ohne Grenzen:

Neue Wege in der Implantatbehandlung

Auch ein Blick in die Zukunft der Implantologie fehlte in Dresden nicht. So ging es in der letzten Session um unterschiedliche chirurgische Konzepte zum Aufbau und zur Verbesserung des Knochenlagers. Themen waren zum Beispiel die Grenzen und Chancen einer extremen Implantatangulation wie auch die Erfolgsraten der Implantatversorgung nach Knochenaufbau durch Distraktionsosteogenese im Vergleich zum Aufbau mit Beckenkammpongiosa. Die vorgestellten klinischen Erfahrungen zur Augmentation von Sinus- und Kieferkammdefekten mit PepGen P-15™ zeigten, dass die Zeitspanne bis zur geplanten Implantation in einen augmentierten Sinus bei Verwendung von PepGen P-15™ reduziert werden kann. Bei der Sinusaugmentation lassen die Ergebnisse den Schluss zu, dass PepGen P-15™ autologen Knochen effektiv ersetzt. Es ist sowohl bei kombinierter Anwendung mit PRP oder DFDBA als auch alleine wirksam.

Zahntechnikersession:

Wir sind „startklar für die Zukunft“

Auch bei den Referenten der Zahntechnik ging es um Techniken, die höchstästhetische prothetische Versorgungen mit weniger Aufwand ermöglichen. Im Mittelpunkt standen die neuen Möglichkeiten, die Zirkonoxid eröffnet: So können zum Beispiel Passungenauigkeiten der Suprakonstruktionen durch die Passive-fit Klebetechnik mit FRIADENT® CERCON® Aufbauten vermieden werden. Auch mit Hilfe der Galvanotechnik kann der Gedanke der Passive-fit Technologie auf Implantaten konsequent umgesetzt werden. ANKYLOS® SynCone® war auch in dieser Session Thema: Bei der Anfertigung von „implantatgestützten Konusprothesen mit dem SynCone® Konzept“ lässt sich mit präfabrizierten Komponenten direkt am Stuhl eine Fixierung von

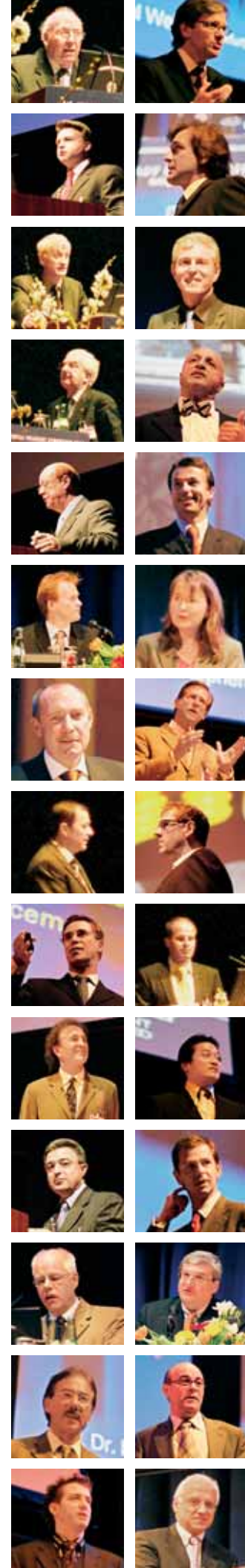
Deckprothesen auf Konuskronen erzielen. Und: Die Abdrucknahme in der ersten chirurgischen Phase – der Indexregistrierung – ermöglicht es, den Patienten direkt nach Implantatpositionierung mit einer implantatgestützten provisorischen Versorgung zu versehen.

Das Symposium:

Auch ein gesellschaftliches Highlight

In diesem Jahr bot das architektonisch anspruchsvolle neue Terminal des Dresdner Flughafens eine beeindruckende Kulisse für eine ausgelassene und sehr gut besuchte Party. Und so hieß es auch während der Abendveranstaltung „Ready for Take-Off“: Mit Blick auf die hell erleuchtete Startbahn ließen sich die Besucher von schwungvollen Jazz-Einlagen der bildhübschen Saxophonistinnen des HOT SAX CLUB mitreißen und von der Show der A-capella Sensation Harmony Central begeistern. Was dieses Sextett nur mit dem Einsatz ihrer Stimmen, ohne Hilfsmittel und ohne jedes Instrument bewirkte, musste man miterlebt haben. Man spürte den Beat des Schlagzeugs, fühlte die Vibrationen des Bass, hörte Synthesizer, E-Gitarre und Perkussion und konnte trotzdem nur sechs Menschen mit sechs Mikrofonen sehen. Kurzum: Man traute seinen Augen nicht.

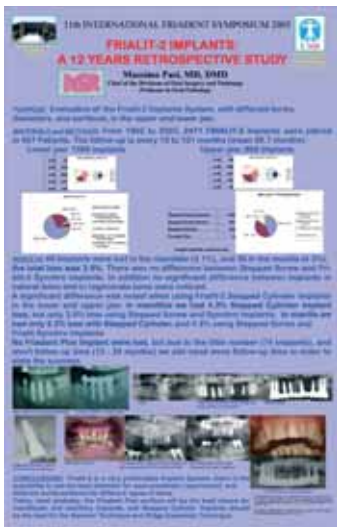
Krönender Abschluss der Partynacht war der Auftritt der Show-Band Szenario. Sängerin Sheila Gatrigh und „Teufelsgeiger“ Christoph Broll brachten das Terminal zum Kochen. Bei furiosen Pauken- und Geigensoli hielt es die Zuschauer nicht mehr auf den Plätzen, die ganze Halle war eine Tanzfläche. Bis weit nach Mitternacht machten die Besucher die Nacht zum Tage und genossen die Atmosphäre des FRIADENT Familienfestes. *Eva-Maria Hübner* ■



preis_gekrönt:

ZWEI AUSGEZEICHNETE POSTER-PUBLIKATIONEN DES 11. INTERNATIONALEN FRIADENT SYMPOSIUMS IN DRESDEN:

„FRIALIT®-2 IMPLANTATE – EINE RETROSPEKTIVE 12-JAHRES-STUDIE“ DR. MASSIMO PASI, WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT SAN RAFFAELE, MAILAND/ITALIEN



Ziel der Untersuchung:

Beurteilung des FRIALIT®-2 Implantatsystems mit verschiedenen Formen, Durchmessern und Oberflächen im Ober- und Unterkiefer.

Material und Methode

Von 1992 bis 2003 wurden 2411 FRIALIT®-2 Implantate in 927 Patienten gesetzt. Die Nachkontrollphase beträgt 12 bis 148 Monate (durchschnittlich 58,1 Monate). Im Unterkiefer wurden 1545 und im Oberkiefer 866 Implantate gesetzt.

1569 Implantate wurden in den ortständigen Knochen gesetzt, die übrigen 842 (34,9 %) nach Augmentation des Knochens unter Verwendung von ALGIPORE®/BioOss +/- autologer Knochen und FRIOS®/Gore Membranen in 566 Fällen und Kieferkammerweiterung in 46 Fällen. 37 Implantate wurden nach Onlay Graft gesetzt und 103 Implantate unter Anwendung der Sinuslift-Technik nach Summers (mit Bone-Condensern). 90 Implantate inserierte man nach externem Sinuslift mit seitlichem Zugang und Augmentation mit autologem Knochen +/- ALGIPORE®/BioOss. Die Anzahl von FRIALIT®-2 Implantaten mit breitem Durchmesser (5,5 und 6,5 mm) betrug 678 (28,1 %). Es wurden nur die Implantatlängen 10, 13 und 15 mm verwendet, keine Implantate mit 8 mm Länge. Als Implantatform wählte man 1058 (43,8 %) Stufenschrauben, 981 (40,7 %) Stufenschrauben Synchro, 74 (3,1 %) FRIADENT®plus Implantate und 298 (12,4 %) Stufenzylinder.

Ergebnisse

48 Implantate gingen im Unterkiefer verloren (3,1 %) und 36 im Oberkiefer (4,2 %): Gesamtverlust 3,5 %. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen Stufenschrauben und FRIALIT®-2 Synchro Implantaten und ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen Implantaten im ortständigen und regenerierten Knochen. Ein signifikanter Unterschied trat bei der Verwendung von Stufenzylinder FRIALIT®-2 Implantaten im Unter- und Oberkiefer auf: Im Unterkiefer kam es in 4,3 % zu Implantatverlusten mit Stufenzylindern, jedoch nur zu 3,0 % bei Stufenschrauben und Synchro Implantaten. Auf der anderen Seite hatten wir im Oberkiefer nur 2,2 % Stufenzylinder-Verluste (4,9 % mit Stufenschraube und Synchro). Bisher ging kein einziges FRIADENT®plus Implantat verloren, doch durch die geringe Zahl von nur 74 Implantaten und die kurze Nachuntersuchungszeit (12 bis 26 Monate) ist hier eine längere Beobachtungszeit für die Bestätigung des Erfolgs erforderlich.

Schlussfolgerungen

FRIALIT®-2 ist ein sehr vorhersagbares Implantatsystem. Es besteht die Möglichkeit, den optimalen Durchmesser für alle prothetischen Anforderungen und verschiedene Oberflächen/ Formen für unterschiedliche Knochentypen zu verwenden. Heute ist wahrscheinlich die FRIADENT®plus Oberfläche die beste Wahl für Implantate im Ober- und Unterkiefer, dabei unterstützt der Stufenzylinder besonders die Summers- und Kieferkammexpansionstechnik.

Dr. Massimo Pasi
Via F. D'Ovidio, 1
20131 Mailand
ITALIEN
Tel.: +39/022360362
Fax: +39/022360362
mpasi@massimopasi.it



Literatur auf Anfrage beim Verfasser.

„PROLIFERATION GINGIVALER FIBROBLASTEN AN IMPLANTATOBERFLÄCHEN MIT AUFGERAUTER MIKROSTRUKTUR“

DR. SCHMAGE, PETRA¹, PD DR. NERGIZ, IBRAHIM*¹,
DR. SIEMANN-HARMS, UTE², HOUDEK, PIA²,
CANTZLER, PHILIP³, PROF. DR. MOLL, INGRID²,
PROF. DR. PLATZER, URSULA¹

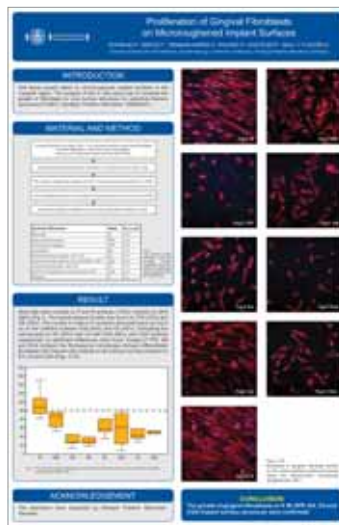
1_Zentren für Zahn-,
Mund- und Kieferheil-
kunde und Derma-
tologie
2_Universität
Hamburg
3_DENTSPLY Friadent
Mannheim

Weichgewebe sollte sich an Implantatoberflächen mit aufgerauter Mikrostruktur im Randbereich anlagern. Ziel dieser in vitro-Studie war es, das Fibroblastenwachstum auf neun Oberflächenstrukturen auf zylindrischen Titanprüfkörpern (DENTSPLY Friadent, Mannheim) zu vergleichen. Die folgenden Oberflächenstrukturen wurden untersucht: poliert (P), maschinell bearbeitet (M), tiefe Profilstruktur (DPS), plasma-beschichtetes Titan (TPS), sandgestrahlt (GB), experimentell säuregeätzt (EA), experimentell sandgestrahlt/säuregeätzt (EGA), FRIADENT®plus säuregeätzt (CA) und FRIADENT®plus sandgestrahlt/säuregeätzt (CGA). Humane Gingivafibroblasten wurden über drei Tage an den Prüfkörpern jeder Gruppe kultiviert (n = 5). Die Zahl der Zellen wurde gezählt. P wurde als Kontrollgruppe definiert und auf 100 % gesetzt. Das Proliferationsverhalten wurde unter Verwendung eines Fluoreszenzmikroskopes analysiert. Statistisch signifikante Unterschiede wurden berechnet (Mann-Whitney U-Test). Die meisten Zellen wurden auf den Oberflächen P und M gezählt (100 %),

gefolgt von DPS (88 %). Die geringste Anzahl von Zellen wurde auf den Oberflächen TPS (27 %) und BF (29 %) gefunden. Dennoch waren die Unterschiede nicht statistisch signifikant ($p > 0,05$). Die Anzahl der Zellen auf den P-Oberflächen war doppelt so hoch wie auf den FRIADENT®plus-Oberflächen CGA (50 %) und CA (44 %). Beim Vergleich des Zellwachstums auf EA- (58 %) und CA-Oberflächen mit EGA- (60 %) und CGA-Oberflächen wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Mit Ausnahme der Oberflächen TPS, GB und EGA zeigte die Untersuchung mit dem Fluoreszenzmikroskop differenzierte Fibroblasten mit häufigen Zellkontakten auf allen Oberflächen, jedoch weniger kompakt auf den Oberflächen EA, CA und CGA.

Das Wachstum der Fibroblasten wurde auf den Implantatoberflächenstrukturen P, M, DPS, EA, CA und CGA bestätigt.

Literatur auf Anfrage beim Verfasser.



Dr. Petra Schmage
Zentrum für Zahn-,
Mund- und Kieferheil-
kunde, Universität
Hamburg
Martinstraße 52
20246 Hamburg
Phone: +49-40-
428034694
Fax: +49-40-5607927
schmage@uke.uni-
hamburg.de



praxis_(top)tipps

Neue Musterberufsordnung für Zahnärzte:

Die überörtliche zahnärztliche Gemeinschaftspraxis kommt!

Präsidium und Vorstand der Bundeszahnärztekammer haben eine neue Musterberufsordnung für Zahnärzte verabschiedet. Zwei der einschneidendsten Änderungen: Die überörtliche Sozietät zwischen Zahnärzten sowie die Tätigkeit an mehreren Standorten wird generell erlaubt.

Nun gilt es zunächst, die bislang bestehenden Berufsordnungen der einzelnen Zahnärztekammern anzupassen, damit bald jeder Zahnarzt in Deutschland von den Neuerungen Gebrauch machen kann. Und auch, wenn dies noch einige Zeit dauern kann, sei hier bereits ein Ausblick auf die Möglichkeiten gestattet:

- Die Bildung überörtlicher Gemeinschaftspraxen wird berufsrechtlich zulässig. Der Zahnarzt darf nun, auch allein, an weiteren Orten zahnärztlich tätig sein. Und dies gilt ohne zahlenmäßige Begrenzung wie beispiels-

weise bei Ärzten, die an maximal zwei weiteren Standorten tätig sein können. Die Kooperation muss allerdings einen gemeinsamen Praxissitz wählen und an jedem der anderen Sitze muss ein Partner der Kooperation hauptberuflich tätig sein.

- Das Führen der zahnärztlichen Praxis als Kapitalgesellschaft soll möglich sein – hier ist die Literatur allerdings noch widersprüchlich.
- Darüber hinaus sieht die neue Musterberufsordnung für Zahnärzte erweiterte Kooperationsformen mit Angehörigen anderer akademischer Heilberufe oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen vor.

Die Restriktionen des Vertragszahnarztes, auf die eine Berufsordnung generell keinen Einfluss hat, dürfen hier allerdings nicht außer Acht gelassen werden. Denn im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung können die Formen der Kooperation ggf. erst dann genutzt werden, wenn zuvor das SGB V und die Zahnärzte-Zulassungsverordnung geändert werden.

In Ruhe Nachfolger für Gemeinschaftspraxis prüfen

Mit Urteil vom 08. März 2005 hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden, dass Partner einer langjährigen, das heißt mindestens zehn Jahre bestehenden Gemeinschaftspraxis mit neu hinzukommenden Partnern eine Probezeit vereinbaren dürfen. Innerhalb dieser Probezeit können die Seniorpartner den oder die Neue(n) ohne wichtigen Grund aus der Gesellschaft ausschließen, wenn das kollegiale Miteinander nicht funktioniert. Damit wird die Generationennachfolge wesentlich vereinfacht. Der Seniorpartner einer Gemeinschaftspraxis kann ausscheiden und der Nachfolger seinen Platz und den Kassenarztsitz einnehmen, ohne dass die verbleibenden Seniorpartner fürchten müssen, dass der Junior den Kassenarztsitz bei seinem Ausscheiden mitnimmt. Für die Seniorpartner

bietet dies den Vorteil, dass mit dem Vertragsarztkollegen nun sofort der bestmögliche Umsatz erzielt werden kann.

Die Probezeit für den neu eintretenden Partner muss jedoch angemessen sein. Eine Frist von zwei bis drei Jahren dürfte zulässig sein. Auch wenn der BGH darüber noch nicht endgültig entschieden hat, ist davon auszugehen, dass der eintretende Juniorpartner durch das genannte Urteil nicht schutzlos gestellt werden soll.

Denn der BGH verlangt stets die Würdigung und Abwägung aller Umstände des Einzelfalls. Ermöglicht ein Vertrag also den Ausschluss des Juniorpartners, ohne dass er einen wirtschaftlichen Ausgleich für den Verlust erhält, obwohl er den Gesellschaftsanteil gekauft hat, wird der BGH eine derart einseitige Regelung kaum hinnehmen.



Thomas Weilbach
ADVISA Steuerberatungs
GmbH
Humboldtstr. 12
60318 Frankfurt am Main
Tel.: 069 15400939
Fax: 069 15400999
www.advisa-online.de
thomas.weilbach@etl.de



Implantatversorgungen beim Kassenpatienten:

Seit dem 1. Januar dieses Jahres wird zwischen einer „Regelversorgung, gleichartigem Zahnersatz sowie andersartigem Zahnersatz“ unterschieden.



Simone Möbus
ZA Abrechnungsgesellschaft AG
Abteilung GOZ
Werftstraße 21
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 5693-373
oder 0211 5693-278
Fax: 0211 5693-365
smoebus@zaag.de

In den Festzuschuss-Richtlinien hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Befunde bestimmt, für die Festzuschüsse zum Zahnersatz gewährt werden, und ihnen prothetische Regelversorgungen zugeordnet. Auf der Grundlage international anerkannter Klassifikationen des Lückengebisses wurde unter Berücksichtigung der Zahnersatz-Richtlinien jedem Befund eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet.

Gegenüber dem Versicherten sind die Kosten für diejenigen Leistungen, die der Regelversorgung entsprechen, nach dem Bema und auf der Grundlage des „Bundeseinheitlichen Verzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen“ (BEL II - 2004) abzurechnen.

Implantatgetragener Zahnersatz gehört lediglich in folgenden Ausnahmefällen zur Regelversorgung:

- bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind, sowie
- bei atrophiertem zahnlosen Kiefer.

Einzelkronen auf Implantaten sind in diesen Ausnahmefällen nach den Bema-Nrn. 20a/20b und die provisorischen Kronen nach Bema-Nr. 19 abrechnungsfähig. In diesem Zusammenhang können auch die Bema-Nrn. 24a bis c abgerechnet werden. Für die implantatgetragene Totalprothese zur Versorgung eines atrophierten zahnlosen Kiefers wird entweder Bema-Nr. 97a (Oberkiefer) oder Nr. 97b (Unterkiefer) angesetzt. Funktionsabformungen mit individuellem Löffel lösen in diesem Zusammenhang die Bema-Nrn. 98b/c aus. Bei der Abrechnung sind diese Bema-Nummern mit dem Buchstaben „i“ – zum Beispiel 20ai, 97bi - zu kennzeichnen.

Zu den Begleitleistungen

Begleitleistungen – wie Röntgenaufnahmen, parodontologische Leistungen, Anästhesien und konservierende Leistungen – sind dann als vertragszahnärztliche Leistungen mit der Krankenkasse abzurechnen, wenn sie auch bei einer Regelversorgung angefallen wären. Begleitleistungen, die ausschließlich durch den gleichartigen Zahnersatz bzw. die andersartige Versorgung angefallen sind, werden dem Patienten nach der GOZ privat in Rechnung gestellt.

Die Bezuschussung von implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktionen)

Bei der Gewährung von Zuschüssen von Suprakonstruktionen wird zwischen der Erstversorgung mit implantatgetragenen Zahnersatz und der Erneuerung bzw. Wiederherstellung von Suprakonstruktionen unterschieden.

Erstversorgung

Bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte bei Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung derjenigen Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand.

Erneuerung und Wiederherstellung

Für die Erneuerung oder Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind die Festzuschüsse nach der Befundklasse 7 der Festzuschuss-Richtlinien ansetzbar.

Implantologische Leistungen

Bei der Erstversorgung, der Erneuerung und der Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind für alle Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, keine Festzuschüsse ansetzbar.

Die Abrechnung von gleichartigem Zahnersatz:

Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn er die Regelversorgung beinhaltet und zusätzliche Leistungen hinzukommen. Wählen Versicherte einen solchen gleichartigen Zahnersatz, so gilt als Abrechnungsgrundlage für die zusätzlichen Leistungen die GOZ. Diese Grundsätze gelten auch für die Versorgung von Implantaten durch Einzelkronen oder Prothesenanker.

Die Abrechnung der andersartigen Versorgung:

Wählen Versicherte eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung, so gilt als Abrechnungsgrundlage ebenfalls die GOZ. Implantatgetragener Zahnersatz ist dem Grunde nach andersartiger Zahnersatz und wird somit nach den Vorgaben der GOZ – also rein privat mit dem Kassenpatienten berechnet. Allerdings gilt: Für die Ausnahmefälle gemäß Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien (zahnbegrenzte Einzelzahnlücke, atrophiertes Kiefer) bilden Bema und BEL II weiterhin die Abrechnungsgrundlagen.

op_partnerschaft

EXPERTEN DISKUTIEREN DIE NEUE OP-PARTNERSCHAFT VON DENTSPLY FRIADENT

Unter dem Motto „Starten Sie eine erfolgreiche Beziehung – Implantat-Profi ohne Chirurgie“ erlebten die Besucher der diesjährigen IDS ein neues Konzept:

Die neue DENTSPLY Friadent OP-Partnerschaft, die nicht implantologisch tätigen Zahnärzten hilft, die Implantattherapie ohne Chirurgie in ihrer Praxis zu etablieren und umgekehrt Implantatchirurgen bei der Gewinnung neuer Partnerpraxen unterstützt. Beim Expertenforum am DENTSPLY Friadent Messestand konnten sich die Interessenten davon überzeugen, wie unkompliziert der Einstieg in die Implantologie im Rahmen einer OP-Partnerschaft mit DENTSPLY Friadent sein kann. Auf dem Podium diskutierten Spezialisten aus den Bereichen Chirurgie, Prothetik und Labor live ihre Erfahrungen.

Der Markt der Zukunft: Zahnimplantate

Zahnimplantate werden in den nächsten Jahren noch stärker im Fokus des öffentlichen Interesses stehen und so zum Erfolgsfaktor für die zahnärztliche Praxis werden. Auf die Frage in der Expertenrunde „Kommt ein Zahnarzt heute um die Implantologie herum?“, antwortete **Dr. Koss**: „Kollegen, die sich in den nächsten fünf Jahren der Implantologie nicht öffnen, werden ins Hintertreffen geraten. Denn es ist einfach so, dass die Patienten aus eigenem Antrieb kommen und eine Implantattherapie nachfragen. Dieser Trend ist eindeutig vorhanden. Die Patienten wünschen sich in der Regel festsitzende Zähne, und sie wissen heutzutage, dass das mit Implantaten funktioniert.“

Dr. Bergmann bestätigte: „Die Erfordernisse der modernen Zahnheilkunde verlangen, dass sich der Zahnarzt mit Ästhetik, mit Prophylaxe

und mit Implantologie auseinandersetzt. Das muss nicht immer chirurgisch sein, aber Implantatprothetik sollte einfach im Leistungsspektrum des Zahnarztes sein, sonst bleiben gewisse Patienten der Praxis fern. Ich denke, eine moderne Praxis braucht Implantologie. Der Trend, dass die Implantologie permanent wächst, zeichnet sich schon in den letzten zehn Jahren ab; sie ist das am stärksten wachsende Teilsegment in der Zahnheilkunde.“

Dr. Klumpen brachte mit der Ergänzung der juristischen Erfordernisse einen Aspekt zur Sprache, der häufig übersehen wird: „Ganz generell halte ich es für gefährlich, sich als zahnärztlich tätiger Kollege aus der Implantologie herauszuhalten, schon aus forensischer Sicht: Heute ist es vorgeschrieben, über Implantate aufzuklären und die Alternativen zu



diskutieren. Ich kann nicht einfach einen Zahn ziehen und nach dem Motto ‚Lücke schafft Brücke‘ zwei benachbarte Zähne beschleifen – und nicht auf die Möglichkeit eines Implantats hinweisen!“

Der Weg: Implantat-Profi ohne Chirurgie

Die Chirurgie gehört zur Implantologie. Dennoch lässt sich die Implantologie auch dann problemlos in eine zahnärztliche Praxis integrieren, wenn der Zahnarzt nicht selbst chirurgisch arbeiten möchte. Im Rahmen der DENTSPLY Friadent OP-Partnerschaft übernimmt er dann einfach den prothetischen Part, für den chirurgischen überweist er an einen darauf spezialisierten Kollegen. „Ist es realistisch, nur Prothetik zu machen?“, lautete eine Frage während des Expertenforums. **Dr. Koss** meinte: „Das ist vollkommen realistisch. Ich habe viele Überweiser und kenne auch viele Kollegen, die rein implantatprothetisch arbeiten und dabei viele große Fälle versorgen. Der Einstieg in die Implantatprothetik ist mit wesentlich geringerem Aufwand durchzuführen als der Einstieg in die chirurgische Implantolo-

gie. Das fängt damit an, dass wir nur wenige Komponenten technischer Art benötigen, um eine implantatprothetische Versorgung komplett durchführen zu können. Mit der Implantatprothetik muss man sich natürlich im Vorfeld beschäftigen. Es ist sinnvoll, entsprechende Fortbildungen zu besuchen. Allzu viel ist aber nicht erforderlich, weil die Grundregeln der allgemeinen Prothetik selbstverständlich auch für die Implantatprothetik gelten.“

Dr. Bergmann äußerte: „Ich bin Oralchirurg, Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie und Parodontologie. Es liegt natürlich nahe, dass man das, was man am besten kann, am meisten tut und sich auf diesem Gebiet ständig perfektionieren sollte. Daher ist dieses Überweiserkonzept von DENTSPLY Friadent ideal für mich. Ich kann mich auf die Chirurgie konzentrieren, kann die Implantate so setzen, dass sie optimal von einem Prothetiker versorgt werden können, um in dieser Zusammenarbeit für beide Partner ein Maximum zu erreichen und letztendlich zufriedene Patienten zu haben.“ Der Prothetiker **Dr. Werling** unterstrich: „Bei

1_ Jeweils in einer Dreierunde diskutieren die Experten Dr. Dr. Stefan Berg (Köln), Dr. Fred Bergmann (Vierenheim), ZTM Andreas Kimmel (Koblenz), Dr. Steffen Kistler (Landsberg am Lech), Dr. Dr. Hermann Klumpen (Moers), Dr. Robert Koss (Münster), Dr. Dr. Thomas Mehnert (Köln), Dr. Georg Werling (Bellheim) und ZTM Kai Zischow (Hamburg) die Chancen der Implantologie für die Zahnarztpraxis.

2_ Der Journalist Dr. Harald Rau (Schriesheim) moderierte das Expertenforum.





3_ In der gläsernen Praxis des Messestandes konnten sich die Messebesucher live überzeugen, wie einfach und wirtschaftlich die prothetische Versorgung von Implantaten möglich ist. Dr. Sven Rinke (Hanau) versorgte täglich einige Implantat-Patienten prothetisch.

diesem Konzept bin ich entbunden von allem, was Risiko beinhaltet. Ich muss mich – in Anführungszeichen – nur um das kümmern, was ich ohnehin kann, nämlich die Kronen drauf machen. Dagegen halte ich ein Konzept für verfehlt, das behauptet, jeder könne implantieren, so schwer sei das ja gar nicht. Da können Misserfolge oder gar Unglücke passieren, die die ganze Implantologie in Verruf bringen. Heute schickt doch auch jeder seinen kieferorthopädischen Fall zum Kieferorthopäden und fängt nicht an, irgendwelche Bögen zu legieren. Das ist genau der Punkt bei der Implantologie. Man vergibt sich nichts, wenn man jemanden zum Spezialisten schickt, ganz im Gegenteil, das Feedback in der Praxis ist viel besser.“

Dr. Mehnert skizzierte den idealen Überweiser: „Den idealen Überweiser stelle ich mir so vor, dass er erstens keine Scheu hat, die Implantologie generell in das Konzept der Behandlung aufzunehmen, zweitens willig ist, mit Kollegen zusammenzuarbeiten, und drittens bei den

Patienten vorgeföhlt hat, den jeweiligen Behandlungsfall im Kopf hat und seine Vorstellungen gemeinsam mit dem Chirurgen abstimmt. Man hat ein Grundkonzept. Das heißt, der Prothetiker nimmt in erster Linie die Planung vor. Er weiß, was sich der Patient vorstellt, weil er ihn ja auch viel länger kennt als der Kollege Chirurg. Möchte er eine einfache Versorgung oder legt er Wert auf Ästhetik? Dieses Konzept wird vom Prothetiker festgelegt und mit der eventuellen Planung – sei es nun diagnostisch, mit Röntgenbildern oder Spezialbildern – wird ein Termin beim Chirurgen vereinbart. Ich handhabe es immer so, dass wir uns mit neuen Überweisern generell treffen, bei den ersten zwei, drei Patientenfällen kommt der Überweiser mit. Das heißt, man versucht eine Vertrauensbasis zu finden.“

Die Basis: Kommunikation und Vertrauen

Zwischen Chirurg und Prothetiker wird ein Vertrauensverhältnis aufgebaut. Das hat zur Folge, dass der Überweiser keine Angst mehr hat, seinen Patienten an den Chirurgen zu verlieren.

Dr. Koss sagte dazu: „Wenn der Zahnarzt in seiner Praxis klar mit seinem Patienten kommuniziert, welche Alternativen es in der Versorgung gibt, und man entscheidet sich für eine Implantatlösung, akzeptiert der Patient, dass er für die chirurgische Komponente zum Chirurg geschickt wird und anschließend die Zähne in der Praxis des Überweisers bekommt.“

Dr. Bergmann betonte die Wichtigkeit des kommunikativen Austausches zwischen den Kollegen: „Selbstverständlich gibt es am Anfang eine Schwellenangst. Aber man kann sie überwinden, indem wirkliche Kommunikation zwischen den Überweisungspartnern stattfindet. Das heißt, über jeden Patientenfall muss ein Feedback zum Überweiser kommen. Es muss ein gemeinsamer Behandlungsplan aufgestellt werden. Der Patient muss im Gleichklang aufgeklärt werden – beim Prothetiker, beim Chirurgen. Und auch das Labor muss von Anfang an mit ins Boot. Es ist also wirklich eine Frage der Kommunikation und eine Frage des Vertrauens.“

Das Dreigestirn: Chirurg, Prothetiker und Labor

Der Dritte im Bunde ist der Zahntechniker. Denn das Labor, so **Dr. Kistler**, spielt eine sehr wichtige Rolle bei der DENTSPLY Friadent OP-Partnerschaft: „Unser Einstieg in der Praxis ist zum großen Teil über die Labors geschehen. Der Kollege Georg Bayer, unser Seniorpartner, hat über das Labor angefangen zu implantieren, weil die Zahntechniker in diesem Dreigestirn meist die Innovativsten sind. Das war sicher einer unserer großen Pluspunkte, dass die Labors ihre Kunden zu uns in die Praxis gebracht haben.“

Dr. Bergmann unterstrich: „Es zeigt sich, dass der Zahnarzt eine Plattform sucht, Ansprechpartner für die Behandlungsplanung, für die Sicherheit und Vorhersehbarkeit des Endergebnisses, weil sein Patient ihn fragt: ‚Wie sieht es denn am Schluss aus? Wie lange dauert es bis es fertig ist? Und was kostet es?‘ Um diese Fragen gemeinsam zu erörtern, ist der Laborpartner ein ganz wichtiger.“

ZTM Kimmel ergänzte: „Entscheidend ist für uns, dass das Labor als Bindeglied gesehen wird, potenzielle Kunden zu motivieren, als

Zuweiser in die OP-Partnerschaft einzusteigen. Das ist natürlich ein Prozess, der seine Zeit dauert und der auch viel Engagement und Zeiteinsatz von Seiten des Labors erfordert. Der sich aber auch lohnt.“

Das A und O: Teamwork

Für die Implantologie ist Teamwork das A und O, stellt auch **Dr. Mehnert** fest: „Beim Chirurgen werden dann mit dem Zahntechniker zwei, drei Konzepte durchgesprochen, das heißt, das Für und Wider, der finanzielle Aufwand und welche Probleme beim Patienten hinsichtlich der Wundheilung auftreten können. Das kann man nur im Team ordentlich besprechen.“

Dr. Koss machte darauf aufmerksam, dass das Praxisteam ebenfalls einbezogen werden sollte: „Implantologie ist nur als Teamarbeit zu leisten. Da muss man die Mitarbeiterinnen der Praxis mit einbeziehen. Wer das nicht tut, gerät deutlich ins Hintertreffen. So muss sich die Mitarbeiterin, die generell für die Abrechnung zuständig ist, speziell natürlich auch in die implantatprothetische Abrechnung einarbeiten.“

Durch die OP-Partnerschaften entstehen Netzwerke, die für alle Beteiligten gewinnbringend sind, meinte auch **Dr. Kistler**: „Das Wichtigste ist, man braucht zuallererst einen Partner. Wenn man nicht selber implantieren will oder auch nur teilweise nicht selber implantieren will, braucht man auf jeden Fall das Netzwerk eines Kollegen, eines Chirurgen, und auf jeden Fall das Netzwerk des Zahntechnikers. Das Ganze funktioniert nur im Dreierteam, wenn sich die drei untereinander absprechen können und kurze Informationswege haben.“

Abschließend sei nochmals **Dr. Werling** zitiert: „Die Patienten sagen: ‚Das war aber mal gut, dass Sie mich da hingeschickt haben. Ich fühlte mich gut aufgehoben, das war alles sehr kompetent.‘ Der Patient merkt, es geht hier um sein Wohlergehen. Und da haben wir diese klassische Win-Win-Situation, in der sich alle freuen: Patient, Chirurg, Prothetiker und selbstverständlich das Labor.“

Dem bleibt nichts mehr hinzuzufügen.

Christine Rohne ■





beauty and_speed®

MIT DENTSPLY FRIADENT PATIENTEN GEWINNEN

Patienten von heute wissen: Implantatgetragene Prothetik ist einfach die bessere Alternative. Sei es der Wunsch nach einem strahlenden, selbstbewussten Lächeln, die Lust, wieder einmal herzlich in einen Apfel zu beißen, oder die Angst vor peinlichen Situationen aufgrund schlecht sitzenden Zahnersatzes ... die Beweggründe für ein deutliches „JA“ zu Implantaten sind so mannigfaltig wie die Patienten selbst. So sehr aber einerseits die Aussicht auf ein in jeder Hinsicht perfektes, hochwertiges Behandlungsergebnis die Patienten überzeugt, so groß sind andererseits nach wie vor ihre Vorbehalte und Ängste. Gelten Implantatversorgungen bei Patienten doch noch immer als langwierige, aufwändige und schmerzhaft Behandlung – meist zu Unrecht, wie wir alle wissen.

Mit den BEAUTY and SPEED® Therapiekonzepten von DENTSPLY Friadent stehen heute Systemlösungen zur Verfügung, denen einfache und effiziente Behandlungsprotokolle zu Grunde liegen und deren Behandlungsergebnisse die Patienten überzeugen. Dabei steht BEAUTY and SPEED® für verkürzte Einheitszeiten, eine Reduzierung der Behandlungsschritte oder auch für die Sofortversorgung mit einem implantatgetragenen Provisorium. All diese Kriterien sind heute selbst bei ästhetisch anspruchsvollen

versorgung ausschlaggebend für die Akzeptanz einer Implantatbehandlung.

Die folgenden Beispiele zeigen, wie Sie Ihre Patienten mit den BEAUTY and SPEED® Therapiekonzepten rasch, komfortabel und wirtschaftlich mit hochwertiger implantatgetragener Prothetik versorgen können.

Eine Effizienz, die sich für alle Beteiligten auszahlt: Denn neben der Zufriedenheit Ihrer Patienten ist es nicht zuletzt auch die Rentabilität von Behandlungskonzepten, die über den Erfolg einer Implantatpraxis entscheidet.

BEAUTY and SPEED® mit der FRIADENT®plus Oberfläche

Die FRIADENT®plus Implantatoberfläche beschleunigt die Knochenneubildung im Kiefer nachweislich und schafft innerhalb kürzester Zeit einen stabilen Knochen-Implantat-Verband. Dies ermöglicht in vielen Fällen eine verkürzte Einheilzeit der FRIALIT®, XiVE® und ANKYLOS®plus Implantate und gibt Sicherheit für eine frühzeitige prothetische Versorgung der Patienten.

BEAUTY and SPEED® mit ANKYLOS® SynCone®

Für die Sofortversorgung des zahnlosen Unterkiefers bietet das ANKYLOS® SynCone® Konzept die ideale Kombination aus technischer Präzision und hoher Wirtschaftlichkeit. Vier ANKYLOS® Implantate interforaminal gesetzt und noch während der Anästhesiephase mit präfabrizierten Konusaufbauten und einer vorhandenen Prothese versorgt – schneller und wirtschaftlicher geht es kaum. Der Patient spürt sofort einen Behandlungserfolg und verlässt nach etwa zwei Stunden mit festsitzenden „Dritten“ die Praxis.

BEAUTY and SPEED® mit der FRIADENT® TempBase auf XiVE®

Die „interne Kondensation“ beim Einbringen von XiVE® bewirkt eine Verdichtung des periimplantären Knochens und damit eine hohe Primärstabilität der Implantate selbst in weichem Knochen. So kann in vielen Fällen mit Hilfe der bereits im Implantat vormontierten TempBase und der TempBase Cap auf XiVE® Implantaten direkt am Stuhl ein Provisorium gefertigt und eingegliedert werden. Ihr Patient geht im Anschluss an die Implantation mit einem implantatgetragenen Provisorium nach Hause – eine weitere Option für höchsten Behandlungskomfort mit sofort sichtbarem Erfolg.

BEAUTY and SPEED® mit XiVE® TG

XiVE® TG Implantate sind die transgingivale Alternative, wenn die Funktionalität der prothetischen Rekonstruktion im Vordergrund steht und eine einzeitige Implantatversorgung angestrebt wird. Mit XiVE® TG ist, ebenso wie bei einer Sofortversorgung von XiVE® Implantaten, kein zweiter chirurgischer Eingriff notwendig. Dies ist nicht nur ein beruhigender Aspekt für viele Implantatpatienten, sondern auch ein entscheidender Vorteil in der Zusammenarbeit von Chirurg und Überweiser im Rahmen einer OP-Partnerschaft.

Claudia Schillinger ■

– 25

In der nächsten iDENTity folgen weitere Beispiele, wie Sie mit BEAUTY and SPEED® selbst höchsten ästhetischen Ansprüchen mit minimalem Zeitaufwand und maximalem Patientenkomfort gerecht werden können.



sofort_erfolg

VERGLEICHENDE ANALYSE VON FUNKTIONELLER UND NICHT-FUNKTIONELLER SOFORTBELASTUNG IM VERGLEICH ZU TRADITIONELLEN EINHEILZEITEN: 2-JAHRES-FOLLOW-UP VON 702 DENTALEN IMPLANTATEN



*1_Das charakteristische
Design des XiVE® Implantates*

Zusammenfassung des Artikels

„Nonfunctional loading to traditional healing periods:

A 2-year follow-up of 702 dental implants“

erschienen in Jomi Volume 20, Number 1, 2005

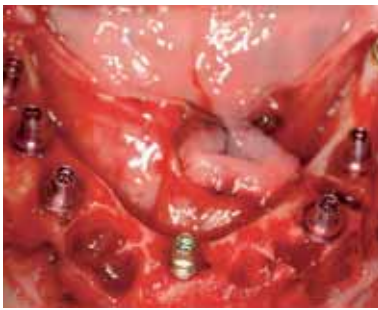
Marco Degidi, MD, DDS, Adriano Piatelli, MD, DDS

_ 26

Zusammenfassung

Hintergrund: In den vergangenen 20 Jahren hat eine große Zahl experimenteller und klinischer Studien gezeigt, dass eine vorhersagbare Osseointegration selbst mit Einheilzeiten von weniger als 3 Monaten im Unter- und 6 Monaten im Oberkiefer, wie ursprünglich von Brånemark et al. empfohlen, erreicht werden kann. Das Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung von funktionell (IFL, Immediate Functional Loading) und nicht-funktionell (INFL, Non-Functional Loading) sofort belasteten Implantaten in unterschiedlichen Indikationen unter klinischen Aspekten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit konventionellen Einheilzeiten.

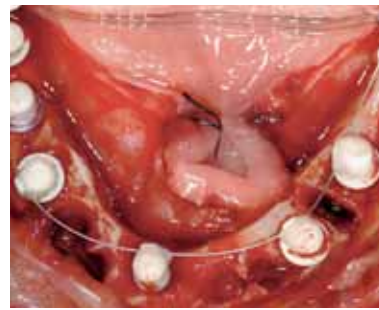
gesamterfolgsquote: 99,2%



2_Zahnloser Unterkiefer mit 7 Implantaten. Die Multifunktionsaufbauten FRIADENT® TempBase sind sichtbar



3_Die Kunststoffkappe FRIADENT® TempBase Cap sitzt auf der FRIADENT® TempBase, und dient der vereinfachten Herstellung von Provisorien



4_Um die provisorische Prothese zu stabilisieren, kann ein Metalldraht verwendet werden – die Nut der kleinen Kappen dient als Führung.



5_Post-operative Röntgenaufnahme

Überblick:

An dieser Studie nahmen 253 Patienten teil, die alle nach der Aufklärung ihr Einverständnis erklärten. Insgesamt wurden 702 XiVE® Implantate (DENTSPLY Friadent, Mannheim) gesetzt: 253 mit funktioneller Sofortbelastung, 135 mit nicht-funktioneller Sofortbelastung, 314 in der Kontrollgruppe (gedeckte Einheilung).

In der INFL-Gruppe war nur ein Implantatverlust zu verzeichnen, in der IFL- und der Kontrollgruppe lediglich zwei Implantate. Alle anderen Implantate wurden vom klinischen und röntgenologischen Standpunkt aus als erfolgreich beurteilt.

Solange die Voraussetzungen (Vermeidung von Mikrobewegungen, Primärstabilität, RFA-Wert Minimum 60 ISQ, Drehmoment Minimum 25 Ncm, Cross-Arch-Verblockung im zahnlosen Kiefer) erfüllt werden, handelt es sich bei der funktionellen und der nicht-funktionellen Sofortbelastung um Therapiemöglichkeiten mit

vorhersagbaren Erfolgsquoten, sowohl bei zahnlosen als auch bei restbezahnten Patienten.

In vielen Fällen ist es möglich, sowohl mit der funktionellen als auch mit der nicht-funktionellen Sofortbelastung von Implantaten außergewöhnlich hohe Erfolgsquoten zu erzielen.

Terminologie:

Funktionelle Sofortbelastung (IFL): Die Interims- oder endgültige Prothese wird am selben Tag eingesetzt, an dem auch der chirurgische Eingriff erfolgt. Sie wird von einer ausreichenden Zahl von Implantaten gestützt und hat Okklusalkontakte zum Gegenkiefer.

Nicht-funktionelle Sofortbelastung (INFL): Die Interims- oder endgültige Prothese wird am selben Tag eingesetzt, an dem der chirurgische Eingriff erfolgt. Sie wird von einer ausreichenden Zahl von Implantaten gestützt und hat keinen Okklusalkontakt zum Gegenkiefer.

702 xive® implantationen:



6_Messung des Knochenabbaus.
CBL = Krestales Knochniveau;
ICM = Implantat-Kronen-Rand

Material und Methode

Im Zeitraum zwischen Juli 2001 und Juli 2003 wurden 253 Patienten (106 männlich, 147 weiblich) im Alter von 20 bis 78 Jahren ausgewählt und mit insgesamt 702 XiVE® Implantaten (DENTSPLY Friadent, Mannheim) versorgt. Die Implantate verteilten sich wie folgt: 253 Implantate in 34 Patienten wurden sofort funktionell belastet (IFL-Gruppe), 135 Implantate in 63 Patienten wurden eingesetzt und sofort nicht-funktionell belastet (INFL-Gruppe). 314 Implantate in 156 Patienten wurden mit traditionellen Ein- oder Zweiphasen-Eingriffen inseriert (Kontrollgruppe CTRL). In der IFL-Gruppe wurden 14 zahnlose Unterkiefer mit 92 Implantaten und 20 zahnlose Oberkiefer mit 161 Implantaten versorgt. Die INFL-Gruppe setzte sich zusammen aus 10 anterior zu versorgenden Unterkiefern (25 Implantate), 16 posterior zu versorgenden Unterkiefern (50 Implantate), 6 anterior zu versorgenden Oberkiefern (14 Implantate) und 9 posterior zu versorgenden

Oberkiefern (24 Implantate) zusammen. Darüber hinaus wurden 22 Einzelzahnimplantate gesetzt und ohne Okklusalkontakt sofort versorgt. In der CTRL-Gruppe wurden fünf anterior zu versorgende Unterkiefer (13 Implantate), 47 posterior zu versorgende Unterkiefer (131 Implantate), 3 zahnlose Unterkiefer (12 Implantate), ein zahnloser Oberkiefer (7 Implantate), 6 anterior zu versorgende Oberkiefer (19 Implantate), 22 posterior zu versorgende Oberkiefer (60 Implantate) und 72 Einzelzahnimplantate eingesetzt.

Ergebnis

IFL: Während des 24-Monate-Follow-Up versagten nur 2 im Oberkiefer gesetzte der insgesamt 253 mit dieser Technik inserierten Implantate. Die Gesamterfolgsquote der Implantate lag bei 99,2 % (100 % für den Unterkiefer und 98,7 % für den Oberkiefer). Die prothetische Überlebensquote betrug 100 %.

Anwenderhinweis: Für die Anwendung unserer Produkte und die zugelassenen Indikationen ist die von uns herausgegebene Gebrauchsanweisung für jedes Produkt maßgeblich. In iDENTity veröffentlichte Anregungen oder Erfahrungsberichte von Anwendern dienen der wissenschaftlichen Diskussion, es ist möglich, dass die dargestellten Anwendungen und Indikationen noch nicht wissenschaftlich anerkannt sind oder gemäß der Gebrauchsanweisung nicht von uns empfohlen werden. Die Auswahl der geeigneten Behandlungsmethode ist in jedem Einzelfall vom Behandler eigenverantwortlich vorzunehmen. Eine Haftung unsererseits ist bei Auswahl einer nicht geeigneten Behandlungsmethode ausgeschlossen.

Ergebnisse der IFL-Gruppe

Anatomische Struktur	Patienten	Implantate	Implantat-versagen	Implantat-erfolg	Prothetischer Erfolg
Zahnloser Unterkiefer	14	92	0	100,0%	100%
Zahnloser Oberkiefer	20	161	2	98,7%	100%
Gesamt	34	253	2	99,2%	100%

gesamterfolgsquote: 99,2%

INFL:

Während des 24-Monate-Follow-Up versagte nur ein im Oberkiefer gesetztes der insgesamt 135 mit dieser Technik inserierten Implantate. Die Erfolgsquote der Implantate lag bei 99,2 % (100 % für Brücken und 95,4 % für Einzelzahnversorgungen). Die prothetische Überlebensquote betrug 97,2 % (100 % für alle Brücken und 94,1 % für Einzelzahnversorgungen).

Ergebnisse der INFL-Gruppe

Anatomische Struktur	Patienten	Implantate	Implantatversagen	Implantat-erfolg	Prothetischer Erfolg
UK Frontzahnbereich	10	25	0	100,0%	100,0%
UK Seitenzahnbereich	16	50	0	100,0%	100,0%
OK Frontzahnbereich	6	14	0	100,0%	100,0%
OK Seitenzahnbereich	9	24	0	100,0%	100,0%
Einzelzahn	22	22	1	95,4%	95,4%
Gesamt	63	135	1	99,2%	98,4%

CTRL:

Während des 24-Monate-Follow-Up versagten nur zwei im Oberkiefer gesetzte der insgesamt 314 mit dieser Technik inserierten Implantate. Die Überlebensquote der Implantate betrug 99,4 % (100 % für den Unterkiefer, 99,1 % für den Oberkiefer). Die prothetische Überlebensquote betrug 100 %.

Ergebnisse der Kontrollgruppe

Anatomische Struktur	Patienten	Implantate	Implantatversagen	Implantat-erfolg	Prothetischer Erfolg
UK Frontzahnbereich	5	13	0	100,0%	100,0%
UK Seitenzahnbereich	47	131	0	100,0%	100,0%
OK Frontzahnbereich	6	19	1	94,7%	100,0%
OK Seitenzahnbereich	22	60	1	98,3%	100,0%
Einzelzahn	72	72	0	100,0%	100,0%
Zahnloser Unterkiefer	3	12	0	100,0%	100,0%
Zahnloser Oberkiefer	1	7	0	100,0%	100,0%
Gesamt	156	314	2	99,4%	100,0%

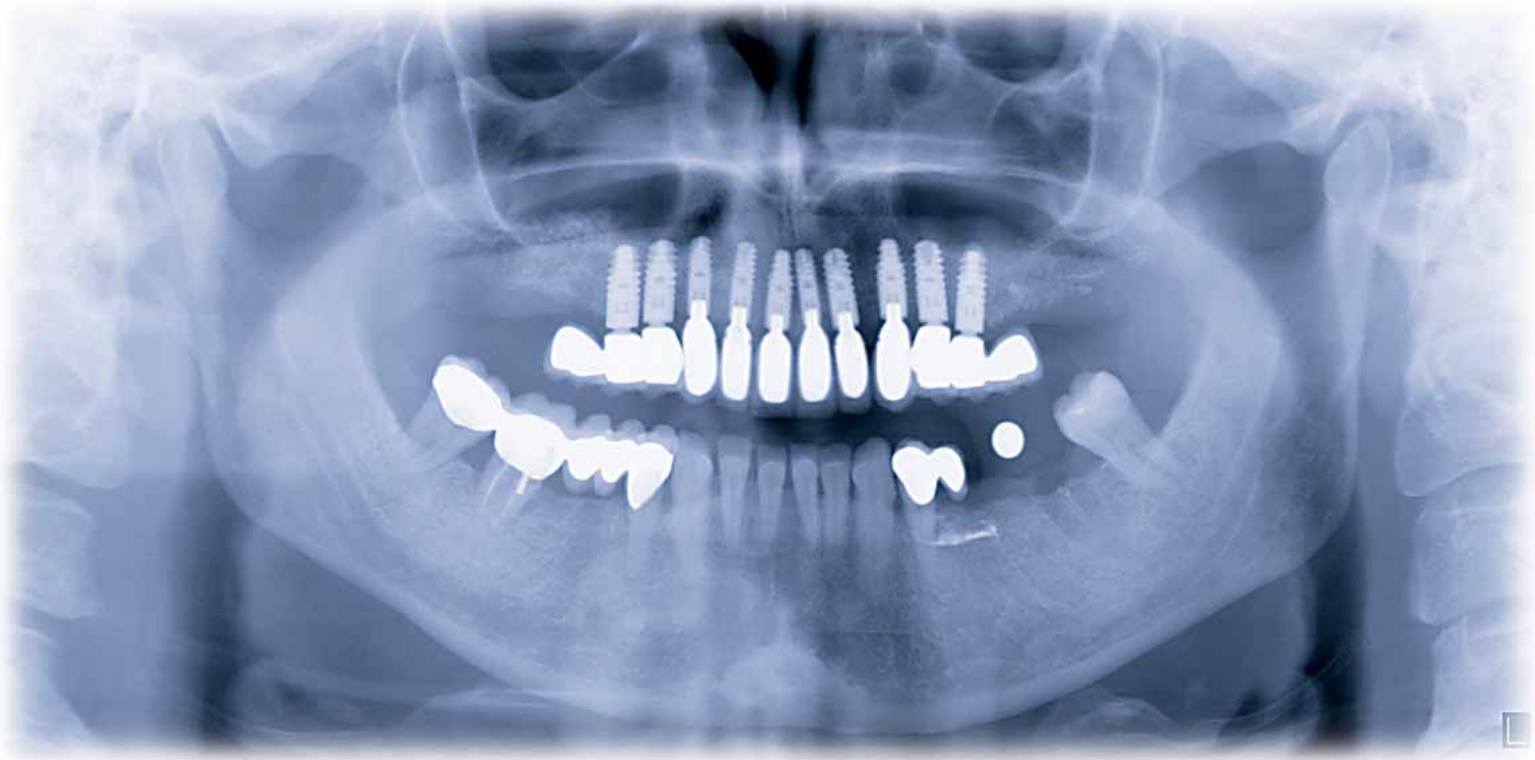
Marco Degidi, MD,
DDS*

Adriano Piatelli, MD,
DDS**



* Dental School, University of Chieti,
Private Practice, Via Salvador Allende 12/A,
Bologna, Italy

** Dental School, University of Chieti,
Via F Sciuochi 63, Chieti 66100, Italy



sofort_versorgung

DIE MÖGLICHKEIT DER SOFORTIMPLANTATION MIT PARTIELLER SOFORTBELASTUNG MITTELS DES ANKYLOS® SYSTEMS

Patienten äußern in der Praxis immer häufiger den Wunsch nach unmittelbarer Versorgung: Zahntfernung – Implantatinsertion – festsitzende Versorgung am selben Tag.

Dieser Wunsch steht im Gegensatz zur von Brånemark et al.¹ vertretenen Auffassung, dass die Osseointegration von Implantaten im Wesentlichen durch zwei Maßnahmen zu sichern sei:

Erstens sollte das Implantat primär gedeckt bleiben; zweitens sollte es erst nach einer Einheilphase von 4-6 Monaten belastet werden. Tatsächlich führte dieses bekannte Vorgehen in der Vergangenheit in der Folge auch zu höheren

Erfolgsraten². Aus Sicht der Patienten hat es allerdings viele Nachteile. Denn es bedeutet für viele Implantatpatienten, die sich ausschließlich eine festsitzende Versorgung vorstellen können, dass zunächst eine Phase von 4-6 Monaten mit einer herausnehmbaren Interimsprothese zu überbrücken ist. Diese Zeiträume sind aus funktionellen wie auch psychischen und insbesondere beruflichen Gründen für viele Patienten schwer zu ertragen.

Nachdem einige Kliniker bereits in den 70er Jahren Konzepte zur Sofortbelastung von Implantaten^{3,4} entwickelten, wurden mehrere

interessante experimentelle und klinische Studien, aber insbesondere Fallberichte zum Konzept der Sofortbelastung publiziert. Nach unserer Erfahrung entscheiden die von Davarpanah und Martínez⁵ zusammengestellten Kriterien über den Erfolg der Sofortbelastung nach Implantation, die sowohl mit einer Spätimplantation, einer verzögerten Sofortimplantation als auch einer Sofortimplantation kombiniert sein kann. So empfehlen Davarpanah und Martínez beispielsweise Schraubenimplantate mit einer Länge von > 10 mm, um eine angemessene mechanische Retention zu erzielen. Gleichzeitig sollten die sofort belasteten Implantate möglichst so entlang des Kieferbogens angeordnet sein, dass ihr Bewegungsspielraum eingeschränkt wird.

Unsere Praxis versorgt zahnlose Kiefer anhand der Vorgaben von Davarpanah und Martínez⁵ mit mindestens zehn Implantaten, wobei vier oder mehr sofort mit der provisorischen Prothese versorgt werden. Je mehr Implantate die provisorische Prothese tragen, umso besser verteilen sich die Okklusionskräfte.

Davarpanah und Martínez empfehlen weiterhin, dass der provisorische Ersatz in sich starr sein sollte (Metallverstärkung) und distale Extensionen nicht über die Breite eines Zahns ausgedehnt werden sollten. Der Interimsersatz darf provisorisch zementiert sein, wenn gewährleistet ist, dass dieser in den ersten Monaten der Einheilphase zementiert bleibt, da das Abziehen die Osseointegration und damit die Implantate gefährden würde⁶.

Eine Sofortversorgung und/oder Sofortbelastung im Oberkiefer zeigt auch heute noch ein größeres Risiko als vergleichbare Versorgungen im Unterkiefer. Maló⁷ fand in der Literatur eine Misserfolgsquote von 5 – 20 %. Die stark variierenden Ergebnisse der diversen Studien führt Maló auf die unterschiedlichen Indikationsstellungen zurück. Es existieren Daten für die unterschiedlichsten Konzepte, beginnend beim zahnlosen Kiefer bis hin zur Einzelzahnversorgung. Im zahnlosen Kiefer beschreiben Aires und Berger⁸ sowie Nikellis et al.⁹ mit mehr als 90 % für Ober- und Unterkiefer deutlich bessere Erfolgsraten.



1_Präoperatives OPG



2_Postoperatives OPG



3_Intraorale Situation mit Eierschalenprovisorium auf vier SynCone® Aufbauten – Interimsersatz



4_OPG sechs Monate nach Implantatinserterion

5_Intraorale Situation am Patienten nach Implantatfreilegung



6_Situationsmodell nach Implantatfreilegung mit polygonaler Positionierung der SynCone® Aufbauten



7_Zahntechnische Arbeit im Überblick



8_Implantataufbauten mit Einbringschlüssel in situ



Anwenderhinweis: Für die Anwendung unserer Produkte und die zugelassenen Indikationen ist die von uns herausgegebene Gebrauchsanweisung für jedes Produkt maßgeblich. In iDENTity veröffentlichte Anregungen oder Erfahrungsberichte von Anwendern dienen der wissenschaftlichen Diskussion, es ist möglich, dass die dargestellten Anwendungen und Indikationen noch nicht wissenschaftlich anerkannt sind oder gemäß der Gebrauchsanweisung nicht von uns empfohlen werden. Die Auswahl der geeigneten Behandlungsmethode ist in jedem Einzelfall vom Behandler eigenverantwortlich vorzunehmen. Eine Haftung unsererseits ist bei Auswahl einer nicht geeigneten Behandlungsmethode ausgeschlossen.

Fallbeschreibung:

Eine 56jährige Patientin zeigte im Oberkiefer ein parodontal vorgeschädigtes Gebiss vom 1. Molaren im I. Quadranten bis zum 1. Molaren der Gegenseite. Im Frontzahnggebiet bestand eine Brücke von 12 über 11 nach 22 mit zum Teil wurzelkanalbehandelten und wurzelresizierten Zähnen. Die Eckzähne, Prämolaren und Molaren wiesen einen ansteigenden Lockerungsgrad auf. Aufgrund der parodontalen Vorbehandlung war die Gingiva mittlerweile reizlos. Präoperativ wurde eine Bohrschablone mit Bohrhilfen in den Regionen von 016 nach 026 angefertigt. Zudem wurde ein Eierschalenprovisorium von 16 nach 26 angefertigt. Bei diesem wurde in Position des 1. Molaren jeweils ein prämolarisiertes Zwischenglied ausgearbeitet.

Unter Allgemeinanästhesie, die auf Wunsch der Patientin durchgeführt wurde, entfernte man zunächst alle Oberkieferzähne. Im Anschluss an die Kürettage der Alveolen und der Standardpräparation der endgültigen Implantatstollen mit Fräsen in aufsteigender Reihen-

folge wurden zehn ANKYLOS®-Implantate in den Regionen von 015 bis 025 gesetzt.

Die Implantate wurden ca. 1 mm subkrestal gesetzt. Die im Rahmen der Implantation gewonnenen Knochenspäne nutzte man zur Augmentation in der gesamten Region von 016 bis 026. Die Extraktionsalveolen bestimmten die Implantatdurchmesser, es kamen Durchmesser von 3,5 bis 4,5 mm – ANKYLOS® A und B – zur Anwendung.

Bedingung für die Sofortversorgung beziehungsweise Sofortbelastung sind eine ausreichende Primärstabilität bei adäquater Knochenqualität sowie eine provisorische oder definitive Versorgung mit möglichst polygonaler Verblockung¹⁰. Folglich wurden die Implantate in regio 014, 011, 021 und 024 mit SynCone® Aufbauten versorgt. Diese nahmen das vorgefertigte Eierschalenprovisorium auf, das mit Trim® (Fa. Bosworth Skokie/IL USA) eine entsprechende Unterfütterung erfuhr und dann mit provisorischem Zement eingesetzt wurde. Dieses Provisorium verblieb für sieben Monate in situ. Danach erfolgte die Freilegung der nach

9_Implantataufbauten in situ
definitiv verschraubt

10_Definitive Restauration in situ
direkt nach Einsetzung

11_Okklusalansicht

12_Lippenfall der
lächelnden Patientin



klassischem Konzept osseointegrierten Implantate. Die Patientin wurde von regio 13 bis 23 mit zementierten Vollkeramik-Einzelzahnkronen auf Zirkonoxidaufbauten versorgt. In der Prämolaren-Molarenregion wurde jeweils eine verschraubte Freierdbücke inkorporiert.

Fazit:

Im zahnlosen Oberkiefer wird das Konzept der Sofortversorgung und/oder Sofortbelastung erst seit kurzer Zeit angewendet, so dass noch keine ausreichenden Langzeitstudien vorliegen. Die Ergebnisse sind aber überaus ermutigend. Wiederum besteht das Ziel darin, dem Patienten die Wartezeit bis zum Einheilen der Implantate zu ersparen.

Diese Form der Behandlung kommt in unserer Praxis nur zur Anwendung, wenn die oben angegebenen Kriterien umsetzbar sind. Denn diese Therapiekonzepte erfordern eine besonders sorgfältige Vorgehensweise, ausgehend von der Indikationsstellung über die Röntgendiagnostik und die Behandlungsplanung bis

hin zur chirurgisch-prothetischen Arbeit. Der „Triolog“ der Spezialisten – das Zusammenspiel zwischen Implantologe, Prothetiker und Service-Zahntechniker – steht hier im Vordergrund. Außerdem wird ein Implantatsystem benötigt, das, wie das ANKYLOS® System mit dem SynCone® Aufbau, eine einfache Anwendung in der Praxis ermöglicht.

Literatur auf Anfrage beim Verfasser.



13_OPG 10 Monate nach
Implantatinsertion



**Dr. med. Dr. med. dent.
Rainer Fangmann MSc**
Facharzt für Mund-,
Kiefer- u. Gesichtschirurgie, Master of
Science Implantologie
Gesundheitszentrum
St. Willehad
Luisenstr. 28
26382 Wilhelmshaven
drfangmann@gmx.de



Michael Stoppa
Zahnarzt
Ärzte am Brommygrün
Mühlenweg 144
26384 Wilhelmshaven
zahnarztpraxis.
stoppa@t-online.de



Klaus Herrmann
Zahntechnikermeister
Flemming-Dental
GmbH
Mühlenstr. 50b
26441 Jever
Klaus-Herrmann@
Flemming-dental.com

Besonderer Dank
an ZT Olaf Steinhöfel und
ZT Jörg Bohlken

multi_funktional

**DIE FRIADENT® TEMPBASE:
„THE MISSING LINK“ ZWISCHEN
CHIRURGIE UND PROTHETIK**

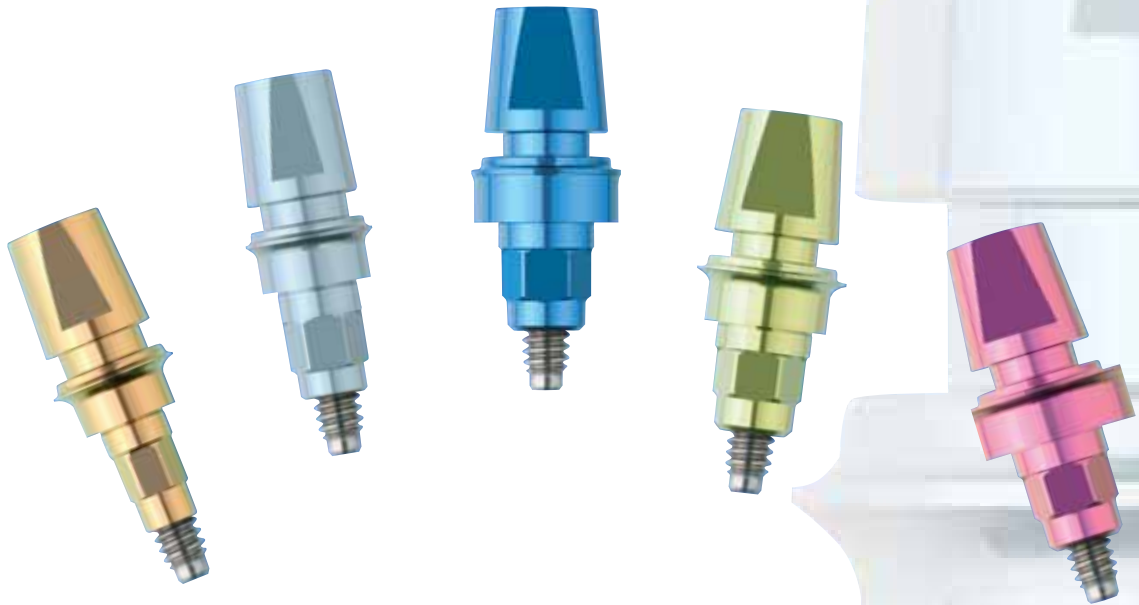


Die modernen Behandlungsprotokolle in der Implantologie sehen im Allgemeinen drei Optionen für die Einheilung vor:

1. Sofortbelastung
2. Transgingivale Einheilung mit gleichzeitiger Weichteilausformung (soft-tissue-shaping)
3. Geschlossene Einheilung mit frühzeitiger Freilegung für gezieltes Weichgewebsmanagement

Die Vorteile dieser Protokolle liegen auf der Hand:

1. Durch progressive Belastung (Sofortbelastung) verbessert sich die periimplantäre Knochenqualität
2. Bei transgingivaler Einheilung bleiben Weichgewebe und Papillen erhalten
3. Durch frühzeitige Freilegung mit „soft-tissue-shaping“ formt sich das Weichgewebe aus



Die besonderen Herausforderungen dieser Protokolle liegen jedoch in ihrer Umsetzbarkeit am Behandlungsstuhl und im zahntechnischen Labor. Denn für den Behandlungserfolg ist entscheidend, ob die Verfahren einfach und mit einem Minimum an Material reproduzierbar sind.



**FRIADENT® TempBase:
Vielseitig bei der Sofortbelastung**

Entscheidend für die Sofortbelastung ist die ausreichende Primärstabilität (Eindrehmoment > 30 Ncm). Um diese Stabilität nicht zu gefährden, sollten Rotationskräfte vermieden werden. Hier erweist sich der FRIADENT® TempBase Aufbau des XiVE® Implantats als ideal. Denn dieser vormontierte Aufbau dient sowohl als Einbring- als auch als Abformpfosten und ist anschließend Basis für temporäre Versorgungen. Der sonst nötige Wechsel von Aufbauten entfällt, die damit verbundenen Drehbelastungen sind somit ausgeschlossen.

Procedere

Wichtiges Entscheidungskriterium für die Sofortbelastung ist die bei der Implantatinsertion

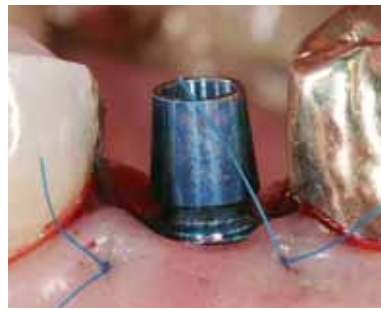
erzielte Primärstabilität: Beträgt der Eindrehwiderstand bei der Implantatinsertion mehr als 30 Ncm, kann eine provisorische Versorgung für das Implantat hergestellt werden. Auf die vormontierte FRIADENT® TempBase wird die dazu gehörige TempBase Cap aufgesetzt. Dieses Kunststoffkappchen bildet die Basis für das Provisorium. Sollte die Cap zu straff sitzen, empfiehlt es sich, die Innenseite mit einem Gummipolierer auszdünnen. Nun erfolgen die Adaptation des Gewebes und die Nahtlegung. Je nach Planung kann die Versorgung direkt am Behandlungsstuhl oder auch im Labor angefertigt werden. Mit Hilfe einer Vorabformung, Tiefziehschiene oder eines Frasaco-Kappchens sowie eines zahnfarbenen Autopolymerisats wird ein „Chair-Side“-Provisorium angefertigt. Mit Hilfe einer Indexregistrierung kann man ein „Lab-Side“-Provisorium herstellen lassen. Dabei dient die FRIADENT® TempBase Cap zusätzlich als Transfer- und Repositionshilfe. Die Provisorien sollten jedoch frei von jeglicher funktioneller Belastung sein und im Seitenzahnbereich maximal zentrische Stopps aufweisen. Gegebenenfalls empfiehlt es sich, bei schwierigen Bissverhältnissen eine für sechs Wochen mit Bonding fixierte Tiefziehschiene einzugliedern.



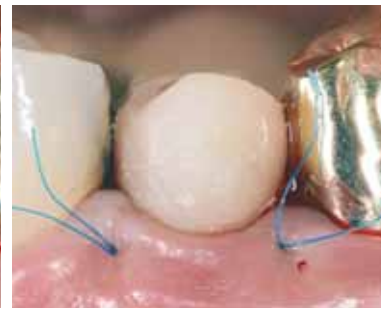
1_ FRIADENT® TempBase im Meistermodell



2_ Labside hergestellte Provisorien in situ



3_ FRIADENT® TempBase in situ



4_ Chairside hergestelltes Provisorium eingesetzt

Auch im Labor dient die FRIADENT® TempBase als Basis für die anzufertigenden Provisorien: Der Zahntechniker verwendet für die Herstellung eines Modells FRIADENT® TempBase Aufbauten von bereits definitiv versorgten Implantaten, es empfiehlt sich also, diese nach der endgültigen Versorgung der Implantate für spätere provisorische Versorgungen aufzuheben!

Der Vorteil der laborgefertigten Variante liegt darin, dass man ein vollwertiges prothetisches Modell hat, auf dem man Provisorien in verschiedenen Ausführungen herstellen und somit schon während der Einheilzeit die ästhetischen Einproben durchführen kann. Schließlich handelt es sich hier nur um eine Steckverbindung, die ohne Gefahr für das Implantat zur Nahtentfernung und für Einproben orthograd abgezogen und aufgesetzt werden kann.

Besonders geeignet ist diese Art der Versorgung für den zahnlosen Unterkiefer. Da es sich meist um die implantologische Versorgung älterer Patienten handelt, sollten Anzahl, Dauer und Kosten weitgehend minimiert werden. Dank der direkten provisorischen Versorgung mit Hilfe der FRIADENT® TempBase kann man die Patienten gerade bei Entfernung der letzten Zähne mit dieser Therapie besonders motivieren.

Nach der Insertion der Implantate, dem Aufsetzen der FRIADENT® TempBase Caps und der Reposition des Weichgewebes bestehen wiederum zwei Optionen:

1. Mittels einer über die „alte“ Totalprothese gezogenen Tiefziehschiene wird ein direktes Provisorium hergestellt. Diese Methode stellt die derzeit schnellste und preisgünstigste Sofortversorgung dar.
2. Die alte Totalprothese wird zu einem Brückenprovisorium umgearbeitet, dabei werden die Ränder gekürzt und die FRIADENT® TempBase Caps eingearbeitet.

Bei beiden Optionen wird die Versorgung direkt funktionell belastet, daher soll der Patient für sechs Wochen nur weiche Kost zu sich nehmen. Natürlich stellt auch die Verblockung von mindestens vier Implantaten mit sofortiger Belastung ein bewährtes Standardprotokoll dar (Ledermann et al., 1979). So verlässt der Patient, der mit einer insuffizient fixierten Totalprothese in die Praxis kam, sie mit „festen Zähnen“.



**FRIADENT® TempBase:
Hilfreich bei der transgingivalen Einheilung**

Können die Implantate aufgrund mangelnder Primärstabilität nicht belastet werden, empfiehlt es sich dennoch, die Einheilzeit zur gleichzeitigen Ausformung des Weichgewebes zu nutzen. Dabei gibt man dem heilenden Gewebe durch eine provisorische Versorgung eine ideale Form vor, um es so optimal zu gestalten.

Neben der anatomischen Form des Emergenz-Profils spielt auch Höhe und Form des Approximalkontaktpunktes eine enorm wichtige Rolle. Diese Anforderungen können jedoch selbst mit individualisierbaren Gingivaformern nicht immer realisiert werden. Daher ist es auch möglich, den oben beschriebenen Weg zur Herstellung eines Provisoriums zu beschreiten und die Restauration dann bis knapp oberhalb des Kontaktpunktes zu kürzen.



FRIADENT® TempBase:
„Simple in Practice“ bei gedeckter Einheilung

Falls es notwendig sein sollte, die Implantate gedeckt einheilen zu lassen, bietet sich während der Einheilzeit die Möglichkeit, ein laborgefertigtes Provisorium anzufertigen und dieses bei der Freilegung des osseointegrierten Implantats einzusetzen.

Diese als „Simple in Practice“ bekannte Methode wird normalerweise über eine auf dem Planungsmodell hergestellte Tiefziehschiene durchgeführt. Hierzu wird nach Insertion des Implantates ein Abdruckpfosten eingedreht und mittels eines Autopolymerisats an der Schiene befestigt. Im Labor wird diese Schiene auf das Modell zurückgesetzt und damit ein Laborimplantat in das Modell eingearbeitet. Auf diesem Modell kann nun ein Provisorium für die Freilegung hergestellt werden.

Die FRIADENT® TempBase gestaltet diese Indexregistrierung sehr viel einfacher: Nach dem Setzen des Implantates wird mittels der aufgesetzten FRIADENT® TempBase Cap eine Abformung genommen, dann die FRIADENT® TempBase aus dem Implantat entnommen und zusammen mit der Abformung in das Labor geschickt. Der Techniker kann daraus ein Arbeitsmodell herstellen und hat gleichzeitig den Aufbau schon zur Hand.



FRIADENT® TempBase:
Einfach modern und patientenfreundlich

Die FRIADENT® TempBase ist für uns der Missing Link zwischen Chirurgie und Prothetik. Denn selbst bei komplexen Behandlungen steht immer ein temporärer Aufbau zur Verfügung. So können ohne zusätzliche Kosten moderne, patienten- und ergebnisorientierte Protokolle in der Implantologie verwirklicht und zusätzlich Trauma und Behandlungszeit minimiert werden.

Jan Kielhorn
*Implant-Competence-Center Öhringen
(ICC Öhringen)
Verrenberger Weg 15
74613 Öhringen
Tel.: 07941 60 56 20
Jan@Kielhorn.de oder
info@implant-
competence-center.de*



platform_switching

PLATFORM-SWITCHING ALS SYSTEMVORTEIL – ANKYLOS® ÜBERZEUGT DURCH BESSEREN KNOCHENERHALT

Wollten wir das Schlagwort des Jahres im Bereich implantologischer Publikationen prämiieren, „Platform-Switching“ wäre ein heißer Anwärter auf diese Auszeichnung.

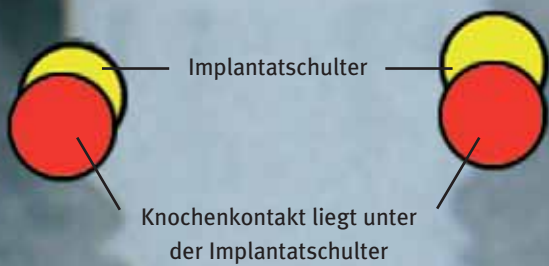
Die dichte krestale Anlagerung von periimplantärem Hart- und Weichgewebe am Implantat ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für eine rasche und stabile Osseointegration und ein Garant für eine harmonische Gestaltung der Weichgewebkontur. Zahlreiche Studien der letzten Jahre belegen dies.

Mehr und mehr Hersteller tragen diesen Ergebnissen nun Rechnung. Überarbeitete Implantatdesigns, modifizierte chirurgische Protokolle oder Empfehlungen zur Verwendung kleinerer prothetischer Durchmesser sind nur einige Ansätze, die unter dem gemeinsamen Stichwort „Platform-Switching“ Einzug in den Praxisalltag halten. Die Suche nach der „idealen“ Schnittstelle zwischen Implantat und Aufbau zeigt immer neue Lösungen, deren klinische Relevanz noch zu beweisen ist.

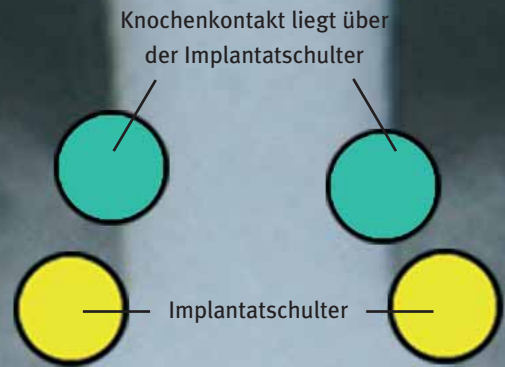
Lange bevor der Begriff „Platform-Switching“ in aller Munde war, war dieses Prinzip bei ANKYLOS® bereits Systemphilosophie. Und was vielerorts nun als Innovation propagiert wird, wird bei ANKYLOS® bereits seit 16 Jahren ganz ohne „switch“ im Rahmen des Standardprotokolls



TiUnite®



ANKYLOS®



erfolgreich praktiziert. Denn die bewährte und bakterien-dichte Konus-
verbindung ist Basis des systemimmanenten Platform-Switchings und
schafft es ganz natürlich.

Die folgende Studie von Dr. Dietmar Weng, Starnberg, bestätigt die
Vorzüge der konischen Implantat-Aufbau-Verbindung von ANKYLOS® für
eine optimale Anlagerung von Hart- und Weichgewebe. Auch wenn viele
Details, wie etwa der biomechanische Einfluss des Mikropaltes auf die
Knochenreaktion, noch Gegenstand weiterer Untersuchungen sein
werden, ist das Ergebnis der Untersuchung eindeutig: nahezu kein
Knochenverlust an und über den subkrestal gesetzten ANKYLOS®
Implantaten sowie ein höheres Knochen-niveau als bei den Vergleichs-
implantaten. Dieser Knochen-erhalt rund um die Implantat-schulter bildet
die stabile Plattform für den hervorragenden funktionellen und ästhetischen
Langzeiterfolg der ANKYLOS® Implantate. *Claudia Schillinger* ■

KNOCHENREAKTIONEN BEI VERSCHIEDENEN MIKROSPALT-DESIGNS VON EINPHASIGEN IMPLANTATEN

DIETMAR WENG¹, MARIA NAGATA²,
LUIZ MELO², CRISTIANE LEITE², ALVARO BOSCO²,
ERNST-JÜRGEN RICHTER¹



¹ Abteilung Zahnärztliche Prothetik, Universität Würzburg
² Abteilung Parodontologie, Universität Araçatuba, Brasilien

Ziel der Studie

Die vertikale Position des Interface zwischen Implantat und Abutment scheint das periimplantäre Knochenniveau zu beeinflussen. Der Einfluss, den das Design dieses Mikrospalts auf die Knochenreaktion ausübt, ist hingegen noch unklar. Aus diesem Grund wurde in dieser radiographischen Tierstudie das Niveau des periimplantären Knochens bei zwei Implantatsystemen (im Ein-Phasen-Modus eingebracht) über einen Zeitraum von drei Monaten untersucht.

Material und Methode/Ergebnisse

TiUnite (n = 6 Implantate)

Drei Monate nach der Extraktion der Zähne in sechs Mischlingshunden wurde ein TiUnite-Implantat (3,75 x 8,5 mm; Nobel Biocare) in den nivellierten Unterkiefer eingebracht, die Implantatschulter lag 1,5 mm unter dem Knochenniveau. Eine Einheilungsdistanzhülse wurde auf dem Implantat befestigt. Direkt nach der Implantatinserion (Baseline) und daran anschließend wurden für den Zeitraum eines Vierteljahres monatlich standardisierte Röntgenaufnahmen angefertigt.

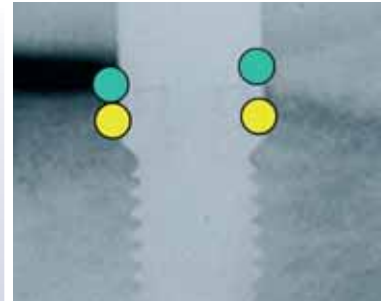


Baseline

$p < 0,01$

1,31 mm
 $\pm 0,29$ mm

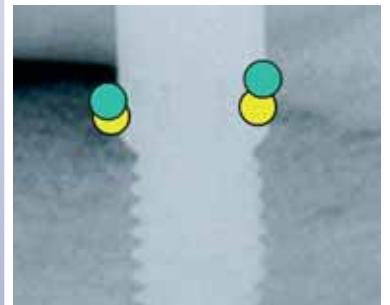
TiUnite®



1 Monat

$p > 0,05$

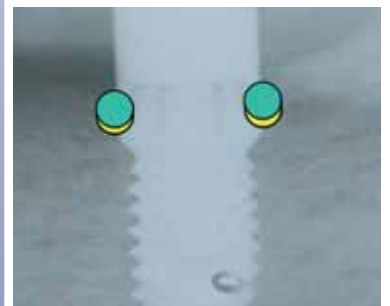
0,49 mm
 $\pm 1,10$ mm



2 Monate

$p > 0,05$

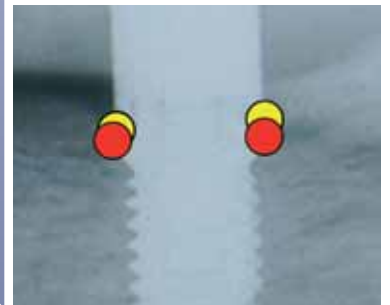
0,06 mm
 $\pm 0,90$ mm



3 Monate

$p < 0,05$

-0,25 mm
 $\pm 0,77$ mm



(Paired
t-Tests)

Totaler Knochenverlust nach 3 Monaten

$p > 0,05$

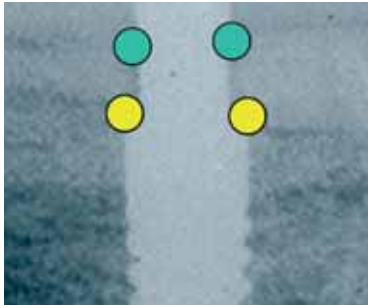
1,56 ± 0,53 mm

- Implantatschulter
- Knochenkontakt liegt über der Implantatschulter
- Knochenkontakt liegt unter der Implantatschulter

Dr. Dietmar Weng
 Maximilianstr. 7
 82319 Starnberg
 dw@bwsta.de

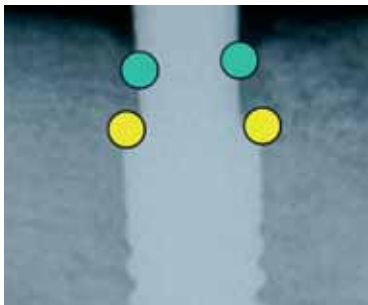


ANKYLOS®



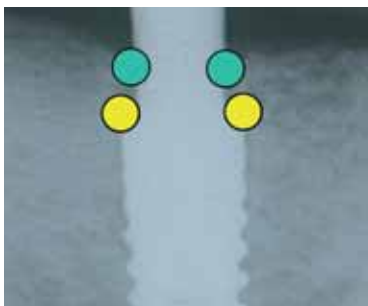
Baseline
 $p < 0,01$

2,13 mm
 $\pm 0,10$ mm



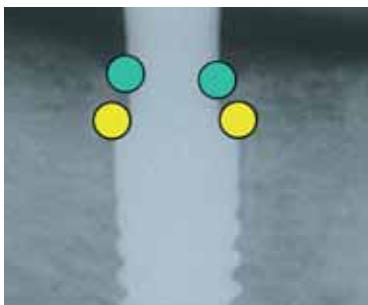
1 Monat
 $p > 0,05$

1,89 mm
 $\pm 0,74$ mm



2 Monate
 $p > 0,05$

1,62 mm
 $\pm 0,87$ mm



3 Monate
 $p < 0,05$

1,34 mm
 $\pm 0,99$ mm

(Paired
 t-Tests)

- Implantatschulter
- Knochenkontakt liegt über der Implantatschulter
- Knochenkontakt liegt unter der Implantatschulter

Totaler Knochenverlust nach 3 Monaten
 $p > 0,05$
0,79 \pm 0,93 mm

ANKYLOS® (n = 6 Implantate)

Auf der kontralateralen Seite des Unterkiefers wurde ein ANKYLOS® Implantat (3,5 x 8 mm, DENTSPLY Friident) eingebracht, die Implantatschulter lag ebenfalls 1,5 mm unter dem Knochniveau. Auch hier wurde ein Sulkusformer auf dem Implantat befestigt.

Der radiographische Abstand zwischen der Implantatschulter und dem ersten Knochenkontakt wurde digital vermessen.

Schlussfolgerung

Unter Berücksichtigung der Einschränkungen eines Tierversuches kann geschlossen werden, dass unterschiedliche Designs des Implantat-Abutment-Interfaces einen Einfluss auf das periimplantäre Knochniveau bei einzeitig gesetzten Implantaten haben können. Dies kann bei einer aus ästhetischen Gründen gewählten subkrestalen Position der Implantatschulter von Bedeutung sein.



sofort_konzept

INNOVATIVE KONZEPTE ZUR SOFORTVERSORGUNG VON MULTIIMPLANTATIONEN

In den letzten Jahren haben sich in der dentalen Implantologie Standardprotokolle für die unterschiedlichsten Indikationen etabliert. Und es sind Vorgehensweisen beschrieben worden, die es dem Anwender erlauben, vorher-sagbare und einfache Behandlungskonzepte passend zu den jeweiligen klinischen Situationen auszusuchen und anzuwenden. Dabei können die Wünsche des Patienten immer mehr in die Behandlungsplanung einbezogen werden. Denn es geht nicht mehr nur allein um ästhetische oder funktionelle Ansprüche, sondern zunehmend auch um Behandlungsdauer und Möglich-keiten zur Versorgung während der Einheilphase: Immer mehr Patienten fordern die Sofortfunktion ihrer implantatgetragenen Rehabilitation. Es ist allerdings wichtig, dass der Behandler sich bei seiner Planung nicht nur von diesen Ansprüchen leiten lässt: Es ist seine Verantwortung, dem Patienten die Grenzen einer Sofortbelastung aufzuzeigen.

Die detaillierte Beschreibung und Langzeituntersuchungen der Sofortver-sorgung von Multiimplantationen haben es ermöglicht, alle Anforderungen zu spezifizieren, die diese Therapieform vorhersagbar und sicher machen. Mehr noch: Die Erfahrungen der Behandler haben dazu geführt, dass die Standardprotokolle modifiziert und, unter Berücksichtigung der klinischen Anforderungen, an die individuelle Praxisroutine adaptiert wurden. Im Folgenden sind stellvertretend zwei Praxisbeispiele aufgeführt, die solch modifizierte Vorgehensweisen zeigen. Sie tragen einerseits den Rahmen-bedingungen für einen vorhersagbaren Langzeiterfolg Rechnung, berücksichtigen andererseits aber auch den Wunsch des Patienten nach schneller dentaler Rehabilitation.





O . D . I . L .[®]

– 43

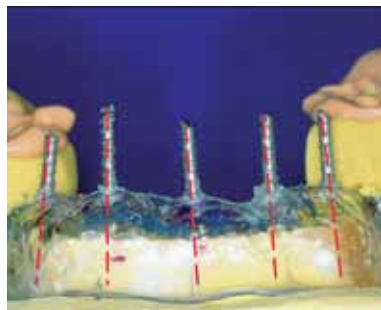
O.D.I.L.[®] – ONE DAY IMMEDIATE LOADING: SOFORTBELASTETE VERSCHRAUBTE BRÜCKEN IM UNTER- UND/ODER OBERKIEFER BEIM ZAHNLOSEN PATIENTEN

Das O.D.I.L.[®] Konzept wurde mit dem Ziel entwickelt, eine zuverlässige, dauerhafte Sofortversorgung des zahnlosen Patienten mit hohem Langzeiterfolg zu ermöglichen. Die gesamte chirurgisch-prothetische Behandlungszeit wird dabei auf einen Tag reduziert, und der Patient ist so auch während der Osseointegrationsphase prothetisch versorgt.

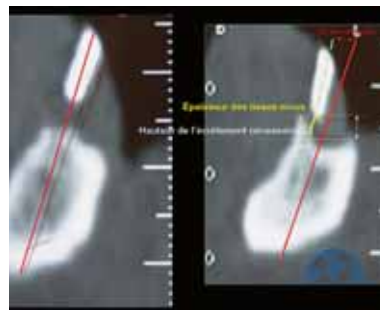
Das O.D.I.L.[®] Protokoll in Kombination mit XiVE[®] TG Implantaten (DENTSPLY Friadent Mannheim, Deutschland) erlaubt die sofortige Eingliederung einer verschraubten sofortbelasteten Brücke mit passivem Sitz – eine unabdingbare Voraussetzung für den Langzeiterfolg. Die Einfachheit der Technik, der schnelle chirurgische Eingriff, die Präzision und die hohe Erfolgsrate der O.D.I.L.[®] Technik führten dazu, dass bei der Sofortversorgung von Multiimplantationen in unserer Praxis nur noch dieses Konzept angewendet wird.



_1



_2



_3



_4



_5



_6



_7



_8

Anwenderhinweis: Für die Anwendung unserer Produkte und die zugelassenen Indikationen ist die von uns herausgegebene Gebrauchsanweisung für jedes Produkt maßgeblich. In iDENTity veröffentlichte Anregungen oder Erfahrungsberichte von Anwendern dienen der wissenschaftlichen Diskussion, es ist möglich, dass die dargestellten Anwendungen und Indikationen noch nicht wissenschaftlich anerkannt sind oder gemäß der Gebrauchsanweisung nicht von uns empfohlen werden. Die Auswahl der geeigneten Behandlungsmethode ist in jedem Einzelfall vom Behandler eigenverantwortlich vorzunehmen. Eine Haftung unsererseits ist bei Auswahl einer nicht geeigneten Behandlungsmethode ausgeschlossen.

Zahlreiche Autoren beschreiben die Sofortversorgung – in der Regel des Unterkiefers – mit verschraubten Brücken und zeigen Erfolgsraten auf, die denen von spätbelasteten Implantaten entsprechen. Ihre Ergebnisse zeigen, dass die erfolgreiche Belastung von Implantaten direkt im Anschluss an die Insertion durchgeführt werden kann, sofern dies nicht später als zehn Tage postoperativ geschieht. Dabei wird die definitive Prothese auf festen, rigide verblockten und passiven Suprastrukturen mit fünf Implantaten im Unterkiefer und acht Implantaten im Oberkiefer fixiert.

Die innovative O.D.I.L.® Methode ermöglicht die Eingliederung einer Brücke zum Ersatz von zwölf Zähnen, getragen auf fünf Implantaten im Unterkiefer bzw. acht Implantaten im Oberkiefer, mit nur einem chirurgischen Eingriff. Sie folgt dabei den wissenschaftlich anerkannten Regeln der funktionellen Sofortbelastung von Implantaten.

Bei dem O.D.I.L.® Konzept wird bereits vor dem Eingriff eine passgenaue verschraubbare Brücke angefertigt. Diese verblockt die zuvor gesetzten XiVE® TG Implantate direkt miteinander. Auf Basis einer stabilen und passiven Metallinfrastruktur werden Kaufunktion und Ästhetik des zahnlosen Patienten schon am Tag des chirurgischen Eingriffs wieder hergestellt.

Die Idee zu O.D.I.L.® entstand im Oktober 2001, seitdem wurde vor allem die Präzision der Bohrschablone und die Qualität der im Vorfeld hergestellten Prothese weiterentwickelt. Das Hauptaugenmerk liegt demnach auf der prächirurgischen Phase mit der exakten Herstellung der Schablonen und der Prothese. Schon während der präprothetischen Planung werden die bestmöglichen Positionen der Implantate auf den Modellen festgelegt, die entsprechend der klinischen Parameter einartikulierte wurden. Idealerweise werden die Implantate trapezoidal mit tripodaler Abstützung platziert. Die Röntgenschablone aus Tiefzieh-olie wird vestibulär mit Titanstiften zur Identi-



_9



_10



_11



_12

fizierung der Nervenaustrittspunkte und krestal zur vestibulo-lingualen Orientierung der Implantate versehen. Posterior wird die Schablone über einen Silikon Schlüssel auf dem Kieferkamm stabilisiert. Zur sicheren Identifizierung der anatomischen Strukturen, wie dem Verlauf des Nervus alveolaris und der korrekten Achsneigung der Implantate sowie der passenden Durchmesser und Längen, wird ein CT angefertigt. Auf diese Weise lassen sich auch Weichgewebstdicke und Ausmaß einer eventuell notwendigen Nivellierung des Knochenniveaus bestimmen. Der DENTASCAN mit der Röntgenschablone erlaubt die Überprüfung der Kohärenz zwischen prothetischem Anspruch und anatomischen Möglichkeiten. Diese Informationen werden auf die Modelle übertragen.

Zwischen den Zentren der Implantate sollte ein minimaler Zwischenraum von 7 mm eingehalten werden. Zu den Austrittspunkten der Nerven darf ein Sicherheitsabstand von 2 mm nicht unterschritten werden. Entsprechend werden die XiVE® Laborimplantate mit MP-Aufbauten in die Modelle eingesetzt. Auf Basis der externen Aufbauverbindung, die dem XiVE® TG entspricht, werden individuelle rotationssymmetrische verschraubbare Aufbauten aus Nicht-Edelmetall (Chrom-Kobalt-Legierung) hergestellt.

Darüber fertigt man ein Metallgerüst, ebenfalls auf Chrom-Kobaltbasis, das die Aufbauten miteinander verblockt und später die Kunststoffbasis und die Prothesenzähne aufnehmen wird.

Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Durchmesser der Schächte in der Metallbasis im Sinne eines „Bewegungsfreiraums“ größer dimensioniert sind, als die der korrespondierenden Aufbauten. Die Basis sollte zudem für eine ausreichend stabile Verbindung mindestens 6 mm stark und die distale Extension nicht länger als 15 mm sein. Die Brücke wird mit Kunststoff und Zähnen vervollständigt.

Bei der Herstellung der O.D.I.L.® Bohrschablone ist die Zusammenarbeit zwischen Chirurg und Zahntechniker unerlässlich.

Um die auf dem Modell ermittelte Position der Implantate präzise auf die klinische Situation zu übertragen, polymerisiert man mit transparentem Kunststoff Bohrhülsen in die Bohrschablone ein. Zuvor werden zur Aufnahme der Führungsstifte die MP Aufbauten aus den Laborimplantaten entfernt. Die Pins sind mit ihrem Durchmesser von 2 mm auf den Durchmesser des Pilotbohrers abgestimmt. Über den Stift schiebt man nun die Führungshülse und stellt aus transparentem Kunststoff eine



_13



_14



_15



_16

_46

Bohrschablone her, die, beispielsweise über Osteosyntheseschrauben an drei Punkten am Kieferkamm befestigt sein muss. Zudem werden die Nervenaustrittspunkte markiert. Die Hülsen bestehen aus zwei Teilen, einem zylindrischen Anteil und einer darin integrierten Bohrerführung. Diese Führung kann während der schrittweisen Aufbereitung ausgewechselt werden und ist für alle Bohrerdurchmesser von 2,0 bis 4,5 mm erhältlich (MEDIN®). Zur einfachen Handhabung und sicheren Führung bedient man sich verschiedener Schlüssel, in die die Bohrerführungen eingesetzt sind und die auf die zylindrische Hülse in der Bohrschablone passgenau aufgesetzt werden können.

Vor dem chirurgischen Eingriff erhalten die Patienten routinemäßig ein Sedativum, Analgetika und ein Antibiotikum (Amoxicilline®). Das Implantationsgebiet wird freigelegt, die Bohrschablone eingesetzt und am Knochen befestigt. Die Aufbereitung mit Hilfe der Schablone wird entsprechend der Anforderungen an eine möglichst atraumatische Präparation durchgeführt. Die XiVE® TG Implantate sollten anschließend mit einem Drehmoment von 35 bis 45 Ncm inseriert werden können, um eine ausreichende Primärstabilität zu garantieren. Kleine Defekte können mit autologem Knochen, der bei der Präparation gewonnen wurde, ausgeglichen werden. Zur Kontrolle der Position der Implantate setzen wir die Bohrschablone ohne Bohrerführungshülsen erneut ein.

Nachdem die Schleimhaut reponiert und vernäht wurde, werden die individuell angefertigten Aufbauten auf den Implantaten fixiert. Die Brücke wird aufgesetzt und die zuvor geschaffenen Freiräume mit glasklarem Kunststoff (Core-Paste®) aufgefüllt. Okklusion und Sitz werden überprüft. Im Anschluss an die Kontrollaufnahme kann der Patient mit „seinen“ Zähnen die Praxis verlassen.

Nach 48 Stunden sollte die Okklusion überprüft und die Aufbauschrauben mit einem kontrollierten Drehmoment von 24 Ncm festgezogen werden.

Die Nahtentfernung bei Verwendung von nicht resorbierbarem Nahtmaterial wird routinemäßig nach acht bis zehn Tagen vorgenommen. Damit die Osseointegration ungestört ablaufen kann, sollte im Zeitraum zwischen acht und 45 Tagen möglichst wenig an der Konstruktion manipuliert werden. Nach zwei Monaten kann die Prothese unterfüttert werden. Die erfolgreiche Einheilung der Implantate überprüft man nach drei Monaten mit einem Röntgenbild, ästhetische Korrekturen können dabei ebenfalls durchgeführt werden.



_17



_18



_19



_20

Die Vorteile von O.D.I.L.®:

Psychologisch:

- Der Patient muss während der Einheilphase nicht auf seine Zähne verzichten
- Er erhält seine „Dritten Zähne“ innerhalb eines Tages

Chirurgisch:

- Nur ein Eingriff
- Weniger Schmerzen und Komplikationen
- Geringe Schwellung, durch schnelles Eingliedern der Prothese

Schnell:

- Zwei Stunden für den gesamten Eingriff

Einfach:

- Keine intraoperative Abdrucknahme
- Keine postoperative Anfertigung der Prothese
- Weniger Stress bei der Herstellung der Prothese, da kein limitierender Zeitfaktor

- Kein Eingliedern der Prothese in der Einheilphase (24 bis 48 Stunden post-operativ)
- Passive Passung durch Verschraubung der Brücke

Stabil:

- Stabile Verbindung der Implantate durch Metallbasis
- Einhalten der Anforderungen an die Sofortbelastung
- Ähnlich dem in der Orthopädie angewendeten „Fixateur externe“

Reproduzierbar

- Eingliederung der endgültigen Prothese am Ende des chirurgischen Eingriffs

Preisgünstig

- Lediglich fünf Implantate im Unterkiefer und acht im Oberkiefer
- Keine zusätzliche provisorische Versorgung



_ 47

Jean-Jacques Chalard
Ancien assistant hospitalo-universitaire LYON I
D.U. implantologie chirurgicale et prothétique PARIS VII
3, cours Emile Zola
69100 Lyon-Villeurbanne
jjchalard@wanadoo.fr

Marc Chalard
Ancien attaché hospitalo-universitaire LYON I
D.U. implantologie chirurgicale et prothétique LYON I
3, cours Emile Zola
69100 Lyon-Villeurbanne
Marc.chalard@wanadoo.fr

Unsere Erfahrungen mit O.D.I.L.® haben wir in einer Publikation zusammengefasst: Neben dem Konzept wird hier anhand 17 klinischer Fälle auch sein Langzeiterfolg dokumentiert. Der Artikel ist unter dem Titel „O.D.I.L.® (One Day Immediate Loading) Mise en charge Immédiate d'un bridge transvissé à la mandibule et/ou au maxillaire chez l'édenté“ in der französischen Zeitschrift „Implantologie“ erschienen.

sofort_funktion

ERFOLGREICHE SOFORTVERSORGUNG VON SOFORTIMPLANTATEN IM ZAHNLOSEN UNTERKIEFER MIT XIVE® TG EIN KONZEPT AUS DER PRAXIS



_48

In unserem Praxisalltag sehen wir uns mehr und mehr mit dem Wunsch der Patienten nach kürzeren Behandlungszeiten und schnelleren Therapieformen konfrontiert. Die hohen Erfolgsraten, die gerade bei der Versorgung mit verblockten Multiimplantationen im Unterkiefer in der Literatur dokumentiert sind und sich mit unseren eigenen decken, haben uns dazu bewogen, bei dieser klassischen Indikation den Patienten zunehmend eine Sofortversorgung der Implantate als Alternative anzubieten. Ausgehend von dem bereits von P. D. Ledermann et al. beschriebenen Konzept, haben wir in unserer Praxis eine Vorgehensweise etabliert, die sich durch eine gute Vorhersagbarkeit und hohen Langzeiterfolg auszeichnet.

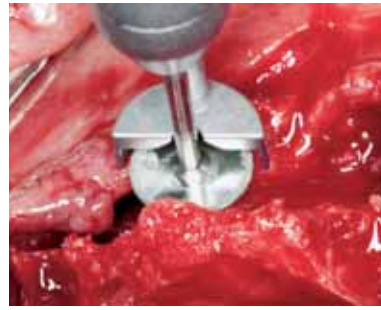
Die Zusammenarbeit zwischen Zahntechniker und Behandler ist dabei eine Grundvoraussetzung, um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren. Zudem müssen die allgemein gültigen Anforderungen zur Sofortfunktion von Implantaten eingehalten werden. Dazu gehört neben der rigiden Verblockung der Implantate zur Vermeidung von Makrobewegungen eine ausreichende Primärstabilität beim Setzen der Implantate. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die beim Inserieren erzielten Drehmomente limitiert werden, da ein zu starker Anstieg der Werte zu Überbelastungen besonders des kortikalen Knochens führen kann. Ideale Ergänzung der Konzepte zur Sofortversorgung bieten daher Implantat-



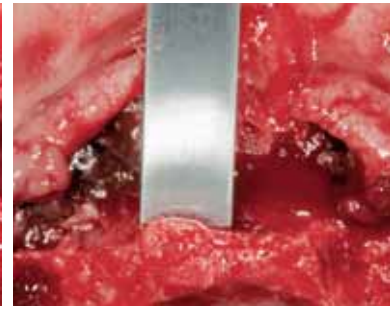
-1



-2



-3



-4

systeme, die einerseits durch ihr Design eine hohe Primärstabilität beim Inserieren fördern, andererseits aber durch einfache Maßnahmen auch eine Begrenzung der Eindrehmomente erlauben. Mit dem XiVE® Implantat lässt sich die Kavität durch die Kombination aus Design und Aufbereitung an die Knochenqualität anpassen. Besonders geeignet für die Sofortversorgung von Multiimplantationen ist die transgingivale Variante, das XiVE® TG. Dieses einteilige Implantat ist speziell für die Realisierung von Konzepten zur Sofortfunktion mit dem Fokus auf die Funktionalität entwickelt worden. In unserem Konzept weichen wir bei der Herstellung der Suprakonstruktion allerdings dahin gehend vom klassischen Ledermann Konzept ab, dass wir eine gegossene Metallbasis in die Prothese integrieren und diese auf den individuell hergestellten Aufbauten fest verschraubt wird. Die Vorteile liegen in der hohen Stabilität der Prothese und dem spannungsfreien Sitz sowie dem hohen Tragekomfort für den Patienten.

Im Folgenden ist unsere Vorgehensweise anhand einer Spät-, teilweise Sofortimplantation im Unterkiefer mit anschließender Sofortversorgung zur Abstützung einer Prothese dargestellt.

Die Patientin lehnte eine Versorgung mit herausnehmbarem Ersatz ab. Außerdem scheute sie sich davor, weitere drei Monate auf fest-sitzenden Zahnersatz verzichten zu müssen und wünschte daher eine Sofortversorgung. Die orale und röntgenologische (Abb. 1) Untersuchung ergab, dass die Zähne im Unterkiefer

parodontal so vorgeschädigt waren, dass sie nicht erhalten werden konnten. Nach der detaillierten Planung in Zusammenarbeit mit dem Zahntechniker wurden alle Zähne bis auf den Zahn 45 entfernt.

Der chirurgische Eingriff zur Implantatinser-tion erfolgte unter Lokalanästhesie. Der Schnitt wurde krestal mit vestibulären Entlastungs-schnitten geführt (Abb. 2). Die mobilisierte Schleimhaut gab den Blick auf den schmalen und sehr unebenen Kieferknochen frei. Mit Hilfe der FRIOS® MicroSaw (DENTSPLY Friadent, Mannheim) wurde der Verlauf des Knochens nivelliert und die dabei gewonnenen Knochenstücke zur späteren Defektfüllung aufgehoben (Abb. 3 und 4). In den so vorbereiteten Kieferknochen wurden die Kavitäten zur Aufnahme der Implantate präpariert. Dabei folgte man der empfohlenen Bohrerreihen-folge, beginnend mit der Pilotbohrung (Abb. 5). Die Aufbereitung der Kavität erfolgte schritt-weise bis zum geplanten Durchmesser (Abb. 6 zeigt die Aufbereitung für den Durchmesser D 3,8). Um Überbelastungen und Stress im besonders empfindlichen kortikalen Anteil des Knochens zu vermeiden, erweiterte man abschließend mit dem Spiralbohrer krestal die Präparation 4 mm tief (Abb. 7) und reduzierte so den implantatbedingten internen Kondensa-tionseffekt, der in der hier vorherrschenden guten Knochenqualität nur marginal genutzt werden sollte. Bei der Aufbereitung sollte unbedingt die Achsneigung der Aufbereitung beachtet werden, eine möglichst parallele Aus-richtung der Implantate erleichtert die Anfertigung und Eingliederung der Suprakonstruktion.



_5



_6



_7



_8



_13



_14



_15



_16

Die Implantate wurden inseriert (Abb. 8). Hier lassen sich sehr gut die idealen Benetzungseigenschaften der FRIADENT®plus Oberfläche erkennen. Der dynamische Übergang von initial hydrophoben zu hydrophilen Eigenschaften fördert die Benetzung der Oberfläche mit Blut. Um diesen Effekt nicht negativ zu beeinflussen, verzichteten wir beim Eindrehen des Implantats auf zusätzliche Kühlung.

Wir geben der maschinellen Insertion den Vorzug, da so zum einen eine Messung des aufgewendeten Drehmoments ermöglicht wird und zum anderen unkontrollierte Kippbewegungen, wie sie bei der manuellen Insertion vorkommen, vermieden werden können.

Für eine Versorgung mit einer bedingt herausnehmbaren Suprakonstruktion im Unterkiefer sollten die Kräfte möglichst gleichmäßig verteilt werden. Daher wurden zu den vier im anterioren Bereich gesetzten XiVE® TG Implantaten noch zwei distale Implantate im Molarenbereich inseriert (Abb. 9). Die Abdrucknahme erfolgt nach Fixierung der XiVE® TG Übertra-

gungsposten und der Adaptation der Schleimhaut (Abb. 10 und 11). Um dem Zahntechniker die Information über die Orientierung der Kiefer zueinander zu geben, haben wir den nicht erhaltungswürdigen Zahn 45 zunächst in die Abdruck- und Bissnahme mit einbezogen. Die Bissregistrierung wurde ebenfalls mit eingesetzten Übertragungsposten durchgeführt (Abb. 12 und 13). Erst danach entfernte man auch den Zahn 45.

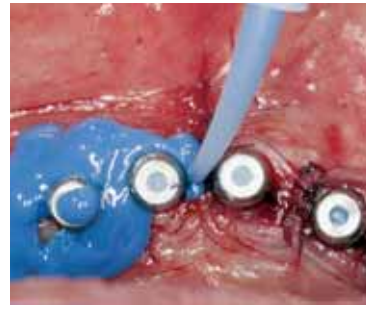
Im Labor erfolgte die Herstellung der Modelle mit den XiVE® TG Laboranalogen. Die für die Herstellung individueller Pfosten zur Verfügung stehenden XiVE® TG Kronenbasen (ausbrennbar) wurden unverändert in Metall gegossen (Abb. 14 und 15). Die ausgearbeiteten Aufbauten wurden im Modell individualisiert und parallelisiert (Abb. 16). Das darüber angefertigte Gerüst, das als Basis für die Suprakonstruktion dient, wurde aufgewachst (Abb. 17), gegossen und ausgearbeitet. Anschließend erfolgte die Überprüfung des spannungsfreien Sitzes im Mund (Abb. 18) und die Verklebung der verschraubten Pfosten in situ, um den



_9



_10



_11



_12



_17



_18



_19



_20

passiven Sitz der Konstruktion zu erhalten. Im Labor wurde die Versorgung fertig gestellt (Abb. 19) und eingliedert (Abb. 20). Die Prothese konnte durch die stabile Basis und die sichere Fixierung durch die Verschraubung sowie die optimale Verteilung der Kräfte sehr grazil gestaltet werden. Dies erhöht den Tragekomfort und vermittelt dem Patienten durch die bedingt abnehmbare Konstruktion den Eindruck eines „festsitzenden Zahnersatzes“.

Damit genießt die Sofortversorgung mit XiVE® TG durch die hohe Funktionalität und schnelle Therapie eine große Akzeptanz bei den Patienten.

Dr. Orcan Yüksel
Bockenheimer Landstr. 92
60323 Frankfurt
oyueksel@aol.com



Ricarda Jansen
Steinzeugstr. 50
68299 Mannheim
ricarda.jansen@friadent.de



Besonderer Dank an
Dr. Krzysztof Chimielewski
und ZTM Pavel Buru

_ 51
Anwenderhinweis: Für die Anwendung unserer Produkte und die zugelassenen Indikationen ist die von uns herausgegebene Gebrauchsanweisung für jedes Produkt maßgeblich. In iDENTity veröffentlichte Anregungen oder Erfahrungsberichte von Anwendern dienen der wissenschaftlichen Diskussion, es ist möglich, dass die dargestellten Anwendungen und Indikationen noch nicht wissenschaftlich anerkannt sind oder gemäß der Gebrauchsanweisung nicht von uns empfohlen werden. Die Auswahl der geeigneten Behandlungsmethode ist in jedem Einzelfall vom Behandler eigenverantwortlich vorzunehmen. Eine Haftung unsererseits ist bei Auswahl einer nicht geeigneten Behandlungsmethode ausgeschlossen.

syncone®_praxis

FRAGEN ZUM SYNCONCONE® KONZEPT?

HIER FINDEN SIE ANTWORTEN AUS DER PRAXIS

„Beim Essen fühle ich mich unsicher, weil meine Prothese schaukelt.“
ist sicher ein Satz, den auch Sie schon von Patienten gehört haben.
Mit einer Implantation und prothetischen Versorgung nach dem ANKYLOS®
SynCone® Konzept können Sie diesen Patienten wieder ein Stück
Unbeschwertheit, Sicherheit und Lebensqualität zurückgeben.
Ein guter Grund, um Ihnen die Fragen zu beantworten, die im Umgang
mit ANKYLOS® SynCone® am häufigsten gestellt werden.

Dr. Bernhard Giesenlagen, zertifizierter Implantologe aus Melsungen,
versorgt seine Patienten seit vielen Jahren mit dem SynCone® Konzept
und steht iDENTity Rede und Antwort.

_ 52

1. Wie stelle ich fest, ob ausreichend Knochensubstanz für eine Implantation mit SynCone® vorhanden ist?

In der Regel reicht eine Röntgenaufnahme, um festzustellen, ob eine Implantation möglich ist. Dabei muss der Knochen zur Aufnahme von Implantaten eine Höhe von mindestens 11 mm aufweisen, vorzugsweise aber 14 mm Knochen vorhanden sein. In vielen Fällen können auch Techniken zur Verbesserung des Prothesenlagers angewendet werden, z.B. eine Knochenkondensierung. Allerdings sollte in Verbindung mit Augmentationstechniken keine Sofortbelastung mit SynCone® erfolgen.

2. Wie lange muss mein Patient ohne Prothese auskommen, und wie lange dauert der Eingriff?

Bei einer Versorgung mit SynCone® kann der Implantologe die Prothese noch während der Anästhesie einsetzen. So kann der Patient schon nach ca. zwei Stunden mit seinen jetzt festsitzenden „Dritten“ die Praxis verlassen!





3. Wie lange kann der Patient nichts essen?

In der ersten Woche sollte der Patient nur weiche Kost zu sich nehmen. Die Prothese darf zudem nicht herausgenommen werden. Die „Dritten“ werden in dieser Zeit durch Spülen gereinigt. In der zweiten Woche kann etwas festere Nahrung gegessen werden, wobei die Prothese weiterhin im Mund verbleibt. Ab der dritten Woche ist normale Nahrung erlaubt. Der Zahnersatz ist dann auch wieder wie üblich zu reinigen.

4. Welche Komponenten muss ich einsetzen?

Damit die Behandlung kostengünstig bleibt, ist die technische Vorgehensweise einfach: Wir arbeiten mit präfabrizierten Konuskronen, die den Laboraufwand gering halten, den Preis gut kalkulieren lassen und die sofortige prothetische Versorgung des Patienten ermöglichen.

5. Was geschieht, wenn die Implantation nicht erfolgreich ist?

Die Erfolgsrate dieses Behandlungskonzepts liegt bei nahezu 98 %! Wenn dieses Ereignis dennoch eintreten sollte, kann der behandelnde Implantologe ein neues Implantat einsetzen.

6. Muss der Zahnarzt eine neue Prothese anfertigen?

Nach drei Monaten muss in jedem Fall eine metallverstärkte Prothese hergestellt werden. Die SynCone® Kappen der alten Prothese können für den neuen Zahnersatz verwendet werden. Wenn neue Käppchen verwendet werden, kann der Patient seine alte Prothese als Ersatzprothese benutzen.

Wenn Sie weitere Fragen zum SynCone® Konzept haben, hilft Ihnen der DENTSPLY Friadent Kundenkontakt unter der Tel.-Nr.: 06 21 4302-010 sehr gerne weiter.

Dr. Bernd Giesenhagen
Am Bitzen 6
34212 Melsungen
info@megdent.de



sofort_ästhetik

EXTRAKTION UND IMPLANTATION SOWIE SOFORTVERSORGUNG VON REGIO 11 UND 21 BEI EINEM PATIENTEN



– 54

Die schwunghafte Weiterentwicklung im Bereich der dentalen Implantologie hat die lange geltenden Dogmen der unbelasteten Einheilzeit von Implantaten zusehends zu Fall gebracht. Neue Implantatoberflächen und Gewindedesigns ermöglichen eine immer frühere Belastung der eingebrachten künstlichen Wurzeln. In neuerer Zeit wird generell über die Notwendigkeit einer unbelasteten Einheilzeit diskutiert, Themen wie Sofortbelastung und Sofortversorgung sind bei internationalen Kongressen fast alltäglich. Hierbei muss jedoch klar zwischen Sofortbelastung und Sofortversorgung unterschieden werden. Unter Sofortbelastung versteht man die volle okklusale Belastung von Implantaten spätestens 48 Stunden nach Insertion. Sofortversorgung hingegen bedeutet die afunktionelle, rein ästhetische Versorgung von Implantaten nach Insertion ohne Kaufunktion.

So ist auch heute unbestritten, dass eine Sofortbelastung von mindestens vier primärstabilen verblockten Implantaten im Unterkiefer praktisch kein zusätzliches Einheilrisiko darstellt und heute als vollwertiges Standardverfahren angesehen werden kann. Ähnliches lässt sich von primärverblockten polygonal angeordneten Oberkieferimplantaten sagen, wobei die Studien von Degidi et al. viel versprechende Langzeitergebnisse gezeigt haben. Insgesamt lässt sich aus vielen Studien und unseren eigenen Erfahrungen wohl ableiten, dass eine primäre Verblockung von möglichst vielen polygonal angeordneten Implantaten im Unter- wie auch im Oberkiefer ausreicht, um Mikrobewegungen der Implantate in der Einheilphase soweit zu reduzieren, dass eine Osseointegration ohne erheblichen Risiko zuwachs stattfindet. So haben unsere eigenen Auswertungen ergeben, dass sofortbelastete Implantate, die nach oben genannten Kriterien eingesetzt und versorgt wurden, praktisch keine höheren Verlustraten aufweisen als vergleichbar unbelastet eingehelte Implantate.

Anders sieht die Situation im Unterkiefer- wie Oberkiefer-Seitenzahnbereich aus, wo keine polygonale Verbindung und somit Stabilisierung der Implantate in allen Achsrichtungen möglich ist. Noch gibt es keine klini-

sche Studie, die ein wissenschaftlich gesichertes Protokoll zur Sofortbelastung in diesen Regionen anbieten kann. Die bisher veröffentlichten Einzelfälle lassen noch keinen Schluss zu, inwieweit eine Sofortbelastung in diesen Gebieten risikolos angewendet werden kann. Daher werden solche Fälle meist ohne ästhetischen Nachteil für den Patienten in unserer Praxis erst nach Abschluss einer klassisch gedeckten Einheilung versorgt.

In einem anderen Licht ist die Sofortimplantation und Sofortversorgung von Einzelzahnimplantaten im ästhetisch sensiblen Frontzahnbereich zu sehen. Hier kommt außer der Zeitersparnis in der Therapie vor allem der Vorhersagbarkeit der gingivalen Verhältnisse eine entscheidende Bedeutung zu. Diese sind nachweislich am einfachsten zu konservieren, wenn Extraktion, Implantation und Stützung der gingivalen Gewebe durch eine Sofortversorgung in einem Schritt erfolgen. Studien von Wörle et al. haben hervorragende ästhetische Erfolge mit dieser Technik gezeigt, da keine Atrophie der Weichgewebe erfolgt. Maßgeblich für den Erfolg dieser Vorgehensweise ist ein ausreichendes Knochenangebot nach Extraktion und eine exakte Platzierung des Implantates nach den Axiomen von Tarnow. Des Weiteren ist natürlich eine ausreichende Primärstabilität unabdingbar. Das Verfahren stellt bei günstigen anatomischen Verhältnissen auf der einen Seite und einer optimalen Patientencompliance in jeder Behandlungsphase auf der anderen Seite eine Vorgehensweise dar, die dem Patienten eine Einheilphase mit herausnehmbarem Zahnersatz erspart und in kürzester Zeit ästhetisch befriedigend festsitzend versorgt. Da die Implantate in der Einheilphase nicht voll funktionell belastet werden dürfen, um eine sichere Osseointegration zu gewährleisten, muss aber immer auf den afunktionellen, rein ästhetischen Charakter dieser primären Versorgungsart hingewiesen werden: Die Versorgung muss als modifizierte zahn- oder brückenförmige Einheilalternative zur transgingivalen Einheilung ohne funktionellen Wert angesehen werden. Berücksichtigt man diese Voraussetzungen, so kann dieses Vorgehen jeder anderen temporären Versorgung überlegen sein.

Trotz der guten Ergebnisse darf allerdings auch bei diesem Verfahren das höhere Verlustrisiko im Vergleich zum konventionellen Vorgehen nicht außer Acht gelassen werden. So sollte bei der Fallauswahl genau auf eine ausreichende Compliance geachtet werden und zudem über eine Sofortversorgung auch intraoperativ erst nach genauer Risikoabschätzung entschieden werden.

Das beschriebene Vorgehen hat unserer Meinung nach auf die Zeit bis zur Osseointegration der Implantate keinen Einfluss, so dass wir eine definitive Versorgung nach 4-5 Monaten Einheilzeit anstreben.

Die oben genannten Vorgehensweisen wollen wir an einem Fallbeispiel erläutern.





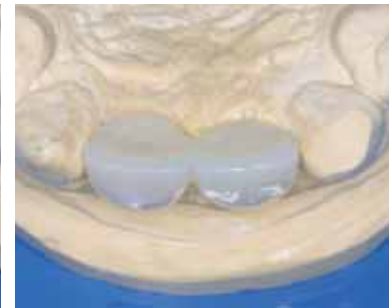
1,2_Ausgangssituation
von Frontal und Okkusal,
11 und 21 infaust



_2



3,4,5,6_OP- Vorbereitung auf
Situationsmodell mit Eierscha-
len-Provisorium und Bohrscha-
blone



_4

Fallbeschreibung:

Bei dem 31-jährigen männlichen Patienten waren sowohl Zahn 11 als auch Zahn 21 nach frühzeitiger unvollständiger endodontischer Behandlung und mehrmaligen Revisionen soweit geschädigt, dass der Patient eine weitere Behandlung der beiden Zähne aus Angst vor weiteren Beschwerden ablehnte. Alle anderen Zähne des Gebisses waren kariesfrei, so dass einzig eine Implantatlösung sinnvoll erschien. Der klinische Befund ließ die Annahme zu, dass ausreichend Knochenangebot in der Implantationsregion vorhanden war, um nach Extraktion der Wurzelreste Implantate ohne augmentative Maßnahmen inserieren zu können. Vorgesehen war weiterhin, dass bei ausreichender Primärstabilität eine sofortige provisorische Versorgung ohne Kaufunktion eingegliedert wird, um das Weichgewebe in diesem ästhetisch äußerst sensiblen Bereich stabilisieren zu können. Der Patient war vor der OP aufgeklärt, dass dieses Vorgehen nur unter oben genannten Bedingungen durchzuführen sei, so dass bei etwaigen Problemen auf eine Sofortversorgung verzichtet würde, um den Implantationserfolg

nicht zu gefährden. Vor der OP wurde anhand von Situationsmodellen eine Bohrschablone sowie ein Eierschalenprovisorium für die Zähne 11 und 21 hergestellt, welches nach der Implantation in Verbindung mit dem FRIADENT® Temp-Base Abutment als provisorischer Ersatz eingesetzt werden sollte.

Chirurgisches Vorgehen:

Bei OP in örtlicher Betäubung wurden zuerst die beiden Zähne entfernt. Dabei wurde exakt auf die Schonung der umliegenden Knochenstrukturen, vor allem der der vestibulären Knochenwände geachtet. Die Entfernung erfolgte daher ausschließlich mit Mikroskalpell und Periotom, um die Desmodontalfasern bis zum Apex zu lösen. Nach Entfernung der Zähne wurden die restlichen Fasern entfernt und die vollständige Integrität der vestibulären und palatinalen Alveolenwände überprüft. Bei einer vestibulären Fenestration des Knochens wären augmentative Maßnahmen notwendig und eine Sofortversorgung unserer Meinung nach riskant und nur noch bedingt empfehlenswert gewesen.



_5



_6



7,8_Vorsichtige Extraktion von 11 und 21 unter Schonung der gingivalen Strukturen



_8



9_Sicherstellung einer intakten vestibulären Alveolenwand



10,11_Pilotbohrung an 11 und 21 mittels Bohrschablone



_11



12_Verifizierung der Bohrrichtung mit eingesetzten Formfräsen

Im vorliegenden Fall konnten die Knochenwände jedoch an beiden Alveolen vollständig erhalten werden, so dass die Implantation ohne Lappenelevation erfolgen konnte. Dieses Vorgehen erspart zum einen vertikale Inzisionen, die ästhetische Probleme in der Frontregion erzeugen können, und sorgt zum anderen für eine optimale Trophik in der sensiblen vestibulären Knochenregion, da keine Deperiostierung zur Minderung der Blutzufuhr und möglichen Resorptionen führt.

Die Achsrichtung und Position des Implantates wurde entsprechend der Vorgaben der Bohrschablone gewählt, wobei auf eine leicht nach

palatinal angulierte Lage der Pilotbohrung geachtet wurde, um eine vestibuläre Perforation im apikalen Bereich der Alveolen zu verhindern. Der Implantatdurchmesser wurde mittels Schablone ausgewählt, wobei auf einen Abstand zu den Nachbarzähnen von 2 mm und zwischen den Implantaten von 3 mm geachtet wurde, um eine Bildung von normalen Interdentalpapillen nicht zu verhindern. Zu Einsatz kamen schließlich XiVE® Schraubenimplantate (Durchmesser 5,5 mm, Länge 15 mm), die durch ihr spezifisches Gewindedesign auch bei der Sofortimplantation in die Extraktionsalveole im apikalen Drittel eine ausreichende Primärstabilität sicherstellen. Die Implantate



13_XiVE® Implantat nach Entnahme aus der Transportverpackung



14_Eingebrachte XiVE® Implantate mit FRIADENT® TempBase in situ



15_Aufgesetzte Kunststoffkappen für die schnelle provisorische Versorgung



16_Provisorische Kronen werden nach OP auspolymerisiert



17_Mit Kunststoffkappen verbundene Kronen direkt nach der Verklebung



18_Fertig ausgearbeitete Immediat-Kronen 30 Minuten später



19_Eingesetzte Kunststoffkronen eine Stunde nach OP



20_Zustand zwei Tage nach OP

Anwenderhinweis: Für die Anwendung unserer Produkte und die zugelassenen Indikationen ist die von uns herausgegebene Gebrauchsanweisung für jedes Produkt maßgeblich. In iDENTity veröffentlichte Anregungen oder Erfahrungsberichte von Anwendern dienen der wissenschaftlichen Diskussion, es ist möglich, dass die dargestellten Anwendungen und Indikationen noch nicht wissenschaftlich anerkannt sind oder gemäß der Gebrauchsanweisung nicht von uns empfohlen werden. Die Auswahl der geeigneten Behandlungsmethode ist in jedem Einzelfall vom Behandler eigenverantwortlich vorzunehmen. Eine Haftung unsererseits ist bei Auswahl einer nicht geeigneten Behandlungsmethode ausgeschlossen.

wurden ca. 3 mm unter das Gingivaniveau versenkt, um den prothetischen Tisch exakt auf Höhe des ursprünglichen Alveolarknochens zu platzieren. Bei der Insertion wurde auf eine ausreichende Primärstabilität geachtet, weshalb auch ein Implantat mit Schraubenkonfiguration gewählt wurde. Als Richtwert für eine ausreichende Stabilität nehmen wir ein Eindrehmoment von min. 45 Ncm, was mittels chirurgischer Einheit geprüft werden kann. Des Weiteren gibt es die Möglichkeit, die Festigkeit des Implantats im Knochen mit Hilfe der Resonanzfrequenzmessung zu ermitteln (Fa. Osstell), wobei ein ISQ-Wert von 65 als ausreichend angesehen wird.

Nach Insertion wurden auf die FRIADENT® TempBase Abutments die entsprechenden Kunststoffhülsen (FRIADENT® TempBase Caps) aufgesetzt. An diese wiederum wurde das vor OP angefertigte Eierschalenprovisorium mit lichthärtendem Kunststoff anpolymerisiert. Das Provisorium wurde dann aus dem Mund entnommen und im Eigenlabor fertig gestellt und poliert, um eine optimale Ausformung der Gingiva zu erreichen. Die so hergestellte Sofortrestauration für 11 und 21 wurde auf die Implantate zurückgesetzt. Anschließend erfolgte eine genaue Kontrolle von statischer und dynamischer Okklusion. Hierbei wurde auf totale Afunktion der Restauration bei allen

Bewegungen mit einem Spiel von mindestens 1 mm geachtet, um Fehlbelastungen der Implantate in jedem Fall zu vermeiden. Nach Eingliederung der Kronen mit provisorischem Zement (ProviLink, Fa. Ivoclar Vivadent) wurde der Patient entlassen. Er erhielt vor und auch nach der OP explizite Hinweise über die rein ästhetische Funktion der Versorgung bis zur sicheren Osseointegration der Implantate nach ca. sechs Monaten. Diese Hinweise wurden auch bei den Recall-Terminen immer wiederholt, da die Gefahr besteht, dass der Patient die Versorgung aus Nachlässigkeit und Gewöhnung frühzeitig belastet. Die provisorische Versorgung wurde über den Zeitraum der Osseointegration hinaus belassen, um eine sichere Reifung des Weichgewebes zu gewährleisten.

Acht Monate nach OP wurde die Osseointegration mittels Periotest überprüft. Anschließend erfolgte die definitive Versorgung der beiden Implantate mit vollkeramischen Einzelkronen auf Zirkonoxid-Abutments (FRIADENT® CERCON®). Weiterhin wurden die aufgrund einer Aplasie der 2er angrenzenden Eckzähne mittels Veneers in ihrer Form angepasst, um ein harmonisches Gesamtbild zu schaffen.

Zusammenfassung:

Die oben vorgestellte und besprochene Behandlungsmethode stellt heute eine Vorgehensweise dar, die die Gesamtbehandlungsdauer in genau selektierten Fällen deutlich herabsetzen kann, ohne das Behandlungsrisiko deutlich zu erhöhen. Vor allem in der ästhetisch höchst anspruchsvollen Oberkieferfrontregion ist mit der beschriebenen Vorgehensweise eine erhebliche Verbesserung in der Vorhersagbarkeit des ästhetischen Resultates zu erzielen. Der nicht zu vernachlässigende prothetische Aufwand des Verfahrens muss aber in der Kalkulation kritisch in Betracht gezogen werden.



21_Definitive Versorgung direkt nach dem Einsetzen, 5 Monate nach OP



22,23_Frontalansicht der Versorgung 20 Monate nach Behandlungsabschluss



_23

Dr. Steffen Kistler
 Von-Kühlmann-Str. 1
 86899 Landsberg am Lech
 steffenkistler@web.de



einfach_schnell

SICHERE SOFORT- UND SPÄTIMPLANTATION MIT SOFORTBELASTUNG – EIN PRAXISRELEVANTES THERAPIEKONZEPT



Die Sofort- oder die Spätimplantation mit sofortiger Belastung bietet eine unwiederbringbare Chance, die ursprünglichen Strukturen von Hart- und Weichgewebe zu erhalten. Dabei ist eine hohe, exakt messbare Primärstabilität Grundvoraussetzung für eine komplikationsfreie Osseointegration unter Belastung. Die primärstabile Insertion – definitiv gemessen – stellt eine ultimative Voraussetzung dar, eine komplikationslose ossäre Integration des Implantates zu erreichen. Makrobewegungen durch unwillkürliche Belastungen führen zu einem Ausbleiben der Osseointegration und folglich zum Verlust des Implantats. Ein Implantatdesign mit einer differenzierten Gewindegangeometrie, angepasst an den spongiosen und den kortikalen Knochen, wie

es XiVE® aufweist, gewährleistet die erforderliche Primärstabilität. Beim Eindrehen dieses selbstschneidenden Implantates kommt es durch die systembedingt unterdimensionierte Implantatbettaufrbereitung zu einer Kompression der Spongiosa im Sinne einer „internen Kondensation“, die nicht zuletzt selbst im allgemein eher problematischen D3 und D4 Knochen eine hohe Primärstabilität bewirkt. Im Gegensatz zur Spätimplantation wird die Primärstabilität bei der Sofortimplantation im Wesentlichen ja nur im Bereich der Spongiosa erzielt, denn dem rotationssymmetrischen Implantatdesign steht bei triangulärem oder ovalem Durchtrittsprofil des extrahierten Zahnes marginal kein ausreichender Knochenkontakt zur Verfügung, sodass die Verankerung lediglich über die tiefer liegende Spongiosa erreicht wird. Die Implantat- und Implantatgewindelänge unter Beachtung der physikalischen Hebelgesetze ist daher besonders bei Limitierung des Implantatdurchmessers und fehlender marginaler Verankerung von entscheidender Bedeutung.

Andererseits kann es zum Beispiel bei der Spätimplantation während des Eindrehens des Implantates zu einer Kompressionsverschraubung mit einer maximal möglichen Primärstabilität kommen. Im kortikalen Bereich kann das im Vergleich zur unterdimensionierten Implantatbettaufrbereitung überdimensionierte Implantat zu einer Überkompression führen, weshalb der Durchmesser der kortikalen Bohrung mit einem speziellen Krestalbohrer und anschließendem Gewindeschnitt vorbereitet werden muss.

Die Eindrehkraft beim Setzen des Implantates sollte 50 Ncm nicht überschreiten. Wir orientieren uns bei der Sofortbelastung für Einzelzahnimplantate bei 15 mm langen Implantaten an einem Eindrehmoment von minimal 25 Ncm und bei 18 mm langen Implantaten an einer Eindrehkraft von mindestens 20 Ncm. Unterhalb dieser Werte führt eine Sofortbelastung nur bei polygonaler Abstützung, z. B. bei mehrgliedrigen Brücken in Verbindung mit Pfeilern, die höhere Werte aufweisen, zu einem sicher erfolgreichen Behandlungsergebnis.

Da die oberhalb der Implantatschulter gelegene Weichteilmanschette nicht durch das Implantat gestützt wird und das Durchtrittsprofil des zu entfernenden Zahnes in der Regel von triangulär bis längsoval variiert, sollte zum Erhalt der Weichgewebemorphologie eine individuelle anatomische Stützung des Weichgewebes erfolgen. Der auf dem XiVE® Implantat vormontierte FRIADENT® TempBase Aufbau dient gleichzeitig als Einbringpfosten und als provisorischer Aufbau, so dass ein Provisorium mit Hilfe einer Tiefziehschiene direkt postoperativ am Stuhl (chairside) oder durch Abformung

zur Herstellung einer Modellsituation im Labor (labside) hergestellt werden kann.

Bei Einzelzähnen ist eine statische und dynamische Nonokklusion der Provisorien notwendig, um Belastungsspitzen während der Osseointegration auszuschließen. Bei polygonaler Abstützung von mehrgliedrigen Brücken können ebenso wie bei der Sofortversorgung in der interforaminalen Region nach Spätimplantationen Makrobewegungen der Implantate weitgehend durch Schubverteilung aufgefangen und über die einzelnen Pfosten verteilt werden, sodass hier statische Okklusionskontakte unschädlich sind. Die Patienten müssen allerdings über die erheblich verminderte Belastungsfähigkeit der Implantate in der Einheilphase aufgeklärt werden.

Als verlässlicher Standard für die Osseointegration gilt die Einheilzeit von sechs Monaten im Oberkiefer und drei bis vier Monaten im Unterkiefer. Sie bietet einen zeitlichen Sicherheitsbereich für ein Knochentraining. Dieser Zeitraum sollte gleichzeitig für die Formgebung der Weichteilmanschette genutzt werden.





1_Röntgenaufnahme vor Implantation im Unterkiefer



2_Röntgenaufnahme nach Insertion von 4 XiVE[®]plus Implantaten interforaminär



3_Zustand nach Insertion und Wundverschluss



4_Positionierung der modifizierten FRIADENT[®] TempBase Caps

Fallstudien

Erster klinischer Fall:

Ein 62 Jahre alter Patient, systemisch gesund und zum Therapiezeitpunkt Nichtraucher, war mit einer auf den Zähnen 34, 33 und 43 teleskopierenden Unterkieferprothese versorgt. Nach Verlust der Zähne 33 und 43 war die Funktion der Versorgung nicht mehr gegeben, sodass wir uns für eine implantatprothetische Therapiealternative des Unterkiefers entschieden haben. Anzumerken ist, dass der Oberkiefer schon circa sechs Jahre zuvor nach Augmentations mittels Beckenkammtransplantation und im Rahmen einer implantatprothetischen Rehabilitation auf acht IMZ[®] Implantaten mit einer gaumenfreien, abnehmbaren, stegretiniert und verriegelbaren Oberkieferbrücke in unserer Praxis versorgt wurde (Abb. 1).

Bis zur Implantation wurde der Zahn 34 belassen, sodass am Operationstag interforaminär eine Situation vorlag, in die die Implantate im Sinne einer Spät-, einer verzögerten Sofort- wie auch einer Sofortimplantation inseriert werden sollten. Nach gewebeschonender Entfernung des Zahnes 34 erfolgte unter Kontrolle der Lagebeziehung zu den Foramina des Nervus mentales beidseits die Markierung der geplanten Implantatpositionen. Anschließend wurden die mit steriler Kochsalzlösung stetig gekühlten XiVE[®] Spiralbohrer in aufsteigenden Bohrerdurchmessern unter axialer Kontrolle eingesetzt.

In Abhängigkeit von Knochenquantität und

Knochenqualität erfolgte im nächsten Schritt die Präparation des krestalen Knochenbereiches mit Hilfe des krestalen Spiralbohrers und des Gewindefschneiders. Die bei der Insertion erreichbare Primärstabilität konnte somit intraoperativ individuell an die Knochenqualitäten, die im Bereich der einzelnen Kavitäten vorherrschte, angepasst werden.

Bei Insertion der vier XiVE[®]plus Implantate regio 34 bis 44 mit dem Durchmesser 3,8 mm und der Länge von 18 mm wurde der jeweilige Eindrehwiderstand messtechnisch erfasst – er betrug bei allen vier Implantaten mehr als 25 Ncm – und ausgewertet, sodass durch die für XiVE[®] spezifische Aufbereitungstechnik eine für die provisorische Sofortbelastung ausreichende Primärstabilität erreicht wurde (Abb. 2).

Die FRIADENT[®] TempBase wurde bei Wundverschluss mit resorbierbarem Nahtmaterial auf den XiVE[®] Implantaten belassen und diente unmittelbar als Pfosten für die Aufnahme der provisorischen Versorgung (Abb. 3). Dabei wurden die durchmesserkongruenten FRIADENT[®] TempBase Caps der Situation entsprechend modifiziert auf die FRIADENT[®] TempBase Pfosten aufgesetzt (Abb. 4) und direkt chairside in die vorhandene ehemalige teleskopierende Unterkieferprothese mit Kaltpolymerisat eingearbeitet (Abb. 5). Anschließend wurden sie langzeitprovisorisch mit TempBond[®] auf den inserierten Implantaten fixiert (Abb. 6).

_ 62



9_Röntgenaufnahme zur Kontrolle der exakten Abutment-Position



10_Positionierung der Galvanoteleskope



11_Galvanoteleskope in das Tertiärgerüst eingeklebt



12_Fertiggestellte Hybridbrücke mit Metallbasis von lingual



5_UK – ZE umgearbeitet mit einpolymerisierten FRIADENT® TempBase Caps



6_UK – ZE als provisorische Sofortprothese



7_Unterkieferimplantate zur Abformung vorbereitet



8_Endgültige Abutments definitiv eingeschraubt

Nach einer Osseointegrationsphase von ca. drei bis vier Monaten erfolgte nach der intraoralen Abformung (Abb. 7) die definitive prothetische Versorgung. Labortechnisch wurden vier individuell hergestellte (FRIADENT® Auro-Base), teleskopierende Abutments direkt auf den Implantaten verschraubt (Abb. 8 und 9). In die Tertiärkonstruktion wurden die galvanotechnisch angefertigten Sekundärkronen intraoral aufgesetzt (Abb. 10) und anschließend spannungsfrei verklebt (TempBond®) (Abb. 11). Nach Fertigstellung (Abb. 12) konnte der Zahnersatz als teleskopierende Unterkieferbrücke eingegliedert werden (Abb. 13).

Zweiter klinischer Fall:

Die allgemeinanamnestisch unauffällige neunundfünfzig Jahre alte Patientin war mit einer insuffizienten teleskopierenden Oberkieferprothese versorgt (Abb. 14). Im rechten Oberkiefer lag eine Freisituation ab dem Zahn 14 vor, Ziel der Therapie war eine festsitzende Brückenversorgung nach chirurgischer und parodontologischer Vorbehandlung.

Aufgrund der nur geringen Restknochenhöhe im rechten Oberkiefer haben wir hier eine zweizeitige Vorgehensweise gewählt. Zunächst erfolgte eine subantrale Augmentation (Sinus-Lift-OP mit FRIOS® ALGIPORE® und autologen Knochenchips). Dabei wurde das faciale Fenster mit einer FRIOS® BoneShield-Membran, die mit FRIOS® Titannägeln fixiert wurde, ver-

schlossen (Abb. 15). Der Zeitpunkt für die Implantation wurde auf ca. sechs Monate nach Augmentation festgelegt.

Nach der Anästhesie erfolgte die Schnittführung auf dem Kieferkamm parakrestal palatinal mit Entlastung in das anteriore Vestibulum (Abb. 16) und die Präparation eines Mukoperiostlappens zur Freilegung des Kieferkammes und der FRIOS® BoneShield-Membran (Abb. 17). Zunächst wurden die FRIOS® Titannägel und das FRIOS® BoneShield entfernt (Abb. 18) und die Implantatposition mit Hilfe einer nach einem diagnostischen Wax-Up hergestellten Bohrschablone durch Markierung mit einer Kugelfräse festgelegt. Anschließend wurde das Implantatlager mit XiVE® Spiralbohrern in aufsteigenden Durchmessern bis zur geplanten Bohrtiefe aufbereitet.

Auch in der lateralen Oberkieferregion, in der in der Regel qualitativ schwächerer Knochen vorherrscht, erfolgte eine adäquate Aufbereitungstechnik. Auf eine zusätzliche krestale Aufbereitung mit dem Spiralbohrer krestal wurde bewusst verzichtet, um den Kondensationseffekt maximal zu nutzen. Danach wurden vier Implantate (XiVE®plus Durchmesser 3,8 und 4,5 mm und Länge 18 mm) in der prothetisch exakten Position inseriert und die dabei erzielten Drehmomente gemessen (Abb. 19). Dabei betragen die Werte bei drei Implantaten > 28 Ncm, während bei dem posterioren Implantat lediglich 12 Ncm erreicht wurden, sodass



13_Zahnersatz auf den Primärteleskopen eingegliedert



14_Röntgenaufnahme vor Augmentation im rechten Oberkiefer



15_Röntgenaufnahme nach Sinuslift – OP im rechten Oberkiefer



16_Schnittführung im rechten Oberkiefer



17_Präparation des Mukoperiostlappens mit Darstellung der BoneShield® Membran

dieses Implantat gedeckt einheilen sollte. Auf die vorderen Implantate wurden die FRIADENT® TempBase Caps aufgesetzt und der Mukoperiostlappen mit resorbierbarem Nahtmaterial für den Wundverschluss repositioniert (Abb. 20). Im Anschluss erfolgte die Abformung für ein laborgefertigtes Langzeitprovisorium, das den kompletten Oberkiefer umfasste (Abb. 21). Durch die enge Zusammenarbeit und entsprechende Absprache mit unserer Zahntechnik (Dental-Design – Schnellbäcker) können selbst derartig umfangreiche Provisorien aus Kunststoff innerhalb von acht bis zwölf Stunden hergestellt werden. Nach der Abformung wurde der Wundverschluss durch Einzelknopfnähte (Prolene® 6/0) komplettiert (Abb. 22 und 23). Die vorhandene Oberkieferprothese wurde umgestaltet und für kurze Zeit noch einmal eingegliedert. Um eine Schwellung des Weichgewebes im Operationsgebiet des rechten Oberkiefers zu vermeiden, wurde ein Parodontalverband über die transgingival belassenen Implantatpfosten (Abb. 24 und 25) angelegt. Nach ca. zehn Stunden konnte das laborgefertigte Langzeitprovisorium (Abb. 26) mit einem provisorischen Kleber (TempBond®) eingegliedert werden. Das Provisorium wurde so gestaltet, dass der zahntragende von dem implantatgetragenen Bereich grundsätzlich getrennt hergestellt und positioniert wurde und die Implantate so in einer

statischen und dynamischen belastungsreduzierenden Nonokklusion standen (Abb. 27 und 28). Die definitive Versorgung wurde nach sechs Monaten durchgeführt.

Diskussion

Bei der Entscheidungsfindung für den jeweiligen Einheilungs- und Belastungsmodus müssen sehr konkrete Voraussetzungen erfüllt sein. Eine hohe Primärstabilität und ein entsprechendes Patientenverhalten sind unabdingbare Voraussetzung für die sofortige funktionelle Rehabilitation unter den genannten Kriterien. Ein praxistaugliches Implantatsystem sollte daher alle Optionen von der Sofortbelastung über die transgingivale Einheilung bis zur gedeckten Einheilung lösen können. Mikrobewegungen, d. h. minimale Dehnung und Kompression des Knochens während der einer Frakturheilung vergleichbaren Osseointegration, werden als physiologisch für die Knochenheilung angesehen. Eine Belastung im physiologischen Bereich stellt somit ein nützliches Knochentraining dar. Die Sofortimplantation mit Sofortbelastung erfordert eine gelungene Balance zwischen physiologischen Minimalbewegungen und schädlichen Makrobewegungen. **Die für eine Sofortbelastung** erforderliche ausreichende Primärstabilität lässt sich unabhängig von der Knochenklasse am sichersten



22_Vollständiger Wundverschluss



23_Okklusale Ansicht postoperativ



24_Repositionierung der vorhandenen ZE mit Wundverband



25_Röntgenaufnahme nach Implantation im rechten Oberkiefer



18_Zustand nach Entfernung der Membran und Vorbereitung für die Implantatbett-position



19_Eingesetzte Implantate im rechten Oberkiefer



20_Aufgesetzte FRIADENT® TempBase Caps (posterior wurde die FRIADENT® TempBase entfernt)



21_Abformung der Oberkiefersituation postoperativ

durch ein Implantat mit einem speziellen Schraubendesign mit der Option zur internen Kondensation erzielen.

Neben dem Strukturhalt von Hart- und Weichgewebe bedeutet eine unter den beschriebenen Kriterien durchgeführte Sofortimplantation mit Sofortbelastung eine deutliche Reduktion der Behandlungszeit und der Kosten. Die bisherige Erfolgsrate ist mit der des konventionellen Einheilmodus vergleichbar. Wie zahlreiche aktuelle Studien zeigen, kann die Spät- und Sofortimplantation mit provisorischer Sofortbelastung unter geeigneten Bedingungen als Therapiekonzept für die Implantatversorgung integriert werden.

Da bei einer sofortigen definitiven prothetischen Versorgung Belastungsspitzen nicht auszuschließen sind, halten wir diese bei der Sofortimplantation für zu riskant, nicht zuletzt deshalb, weil ein unwägbares Fehlverhalten des Patienten zu Makrobewegungen des Implantates und damit zum Misserfolg führen kann. Es muss besonders berücksichtigt werden, dass das Implantat in der Osseointegrationsphase auf Drehbelastungen empfindlich reagiert. Durch knochenphysiologische Umbauprozesse am Interface sinkt die primär erzielte Stabilität zunächst wieder und steigt anschließend durch die fortschreitende Osseointegration wieder an.

Notwendige Aufbauverschraubungen und -fixierungen mit Drehmomentschlüsseln zu einem früheren Zeitpunkt als zu der im Standardeinheitsverfahren festgelegten Einheitszeit von drei bis vier Monaten im Unterkiefer und sechs Monaten im Oberkiefer können zu einer Zerstörung der Knochenbrücken führen, die sich an der Implantatoberfläche bilden.

Die Standardeinheitszeiten verfügen über einen zeitlichen Sicherheitsbereich, der für ein Knochentraining durch gezielt ansteigende Belastungen über die provisorische Versorgung und Patienteninstruktionen genutzt werden kann. Unter Berücksichtigung eines adäquaten Okklusions- und Artikulationskonzepts kann durch eine belastungsreduzierte provisorische Versorgung – ggf. mit progressivem Belastungsmodus – dem Knochen eine Chance zur Belastungsadaption durch Remodellierung gegeben werden, d. h. das Protokoll sollte je nach Qualität des Lagergewebes ein Knochentraining vorsehen. Diese Möglichkeit sollte insbesondere bei reduzierter Implantatzahl, geringer Knochendichte und im Zusammenhang mit oder nach augmentativen Verfahren genutzt werden.

Anwenderhinweis: Für die Anwendung unserer Produkte und die zugelassenen Indikationen ist die von uns herausgegebene Gebrauchsanweisung für jedes Produkt maßgeblich. In iDENTity veröffentlichte Anregungen oder Erfahrungsberichte von Anwendern dienen der wissenschaftlichen Diskussion, es ist möglich, dass die dargestellten Anwendungen und Indikationen noch nicht wissenschaftlich anerkannt sind oder gemäß der Gebrauchsanweisung nicht von uns empfohlen werden. Die Auswahl der geeigneten Behandlungsmethode ist in jedem Einzelfall vom Behandler eigenverantwortlich vorzunehmen. Eine Haftung unsererseits ist bei Auswahl einer nicht geeigneten Behandlungsmethode ausgeschlossen.



Dr. Frank Kornmann
Fachzahnarzt für
Oralchirurgie
Gemeinschaftspraxis
Dr. Dr. Dieter Haessler
Dr. Frank Kornmann
Tagesklinik Oppenheim
Sant' Ambrogio Ring 39
55276 Oppenheim
Tel.: 06133 4641
Frank.Kornmann@
t-online.de



26_Modellansicht des laborgefertigten Langzeitprovisoriums



27_Provisorischer Zahnersatz für ca. sechs Monate eingegliedert



28_Röntgenaufnahme zur Überprüfung der Osseointegration



sofort_erfahrung

IN PARIS AUF DER EAO 2004 OPERIERT – UND VOM ERSTEN TAG AN BEGEISTERT

Lidia Spent ist glücklich. Die lebenslustige 62-Jährige kann endlich wieder kraftvoll in einen Apfel beißen, aus vollem Herzen lachen und ganz entspannt mit Freunden feiern. Denn ihre Prothese ist seit einem Jahr mit ANKYLOS® SynCone® fixiert. iDENTity traf sich mit ihr zum Gespräch.

Frau Spent, Sie sind ja fast eine Berühmtheit. Sie waren die Patientin, bei deren Behandlung im letzten Jahr mehr als 600 Zuschauer live beim DENTSPLY Friadent Workshop auf der EAO in Paris zuschauen durften. Waren Sie da nicht nervös?

Oh ja, ich war schon etwas aufgeregt, aber das Praxisteam rund um den Implantologen Dr. Bernhard Giesenhausen aus Melsungen hat sich so rührend um mich gekümmert, dass die Nervosität schnell vergessen war. Es war sogar ziemlich spannend, schließlich habe ich mich in der Praxiskabine wie im Kino gefühlt!

Wie erging es Ihnen nach dem Eingriff, als alles vorüber war?

Ich war absolut erstaunt, dass es so schnell ging und ich keine starken Schmerzen hatte. Manchmal hört man ja im Freundeskreis, dass mit Implantaten alles ganz lange dauert und ziemlich weh tut. Deshalb war ich auch am Anfang ein bisschen skeptisch. Aber bei mir war das ganz anders. Meine Prothese war direkt nach der OP schon auf den Implantaten fixiert und ich konnte abends sogar essen! In der ersten Nacht habe ich den Eingriff zwar noch ein bisschen gespürt, aber am nächsten Tag habe ich Disneyland wieder in vollen Zügen genossen. Es waren wirklich wundervolle Tage für mich.

Jetzt fast ein Jahr nach der Operation, wie fühlen Sie sich? Wie kommen Sie mit der neuen Versorgung klar?

Das ist schon ein gewaltiger Unterschied zu früher! Ich habe mich beim Essen meistens sehr unsicher gefühlt, hatte Angst, dass mir die Prothese rausfällt. Ich musste immer auf der Hut sein, konnte mich nie richtig entspannen. Vor der Operation musste ich „meine“ Zähne immer festkleben, heute brauche ich das nicht mehr. Heute fühle ich mich wirklich sicher. Haftcreme und so was brauche ich nicht mehr, ich kann sogar in einen Apfel beißen und wieder völlig bedenkenlos essen.

Also kann man sagen, Ihr Lebensgefühl hat sich verändert?

Und wie! Ich bin sehr zufrieden! Die festsitzende Prothese hat sich von Anfang an angefühlt wie meine eigenen Zähne, und mit der Pflege komme ich hervorragend zurecht. Ein wunderbares Gefühl, kann ich Ihnen sagen! Beim Essen, beim Lachen, ich habe meine Sicherheit wieder zurück.

Brigitte Hofbeck ■



kunst_stoff

NEU FÜR ANKYLOS®:

LABORAUSWAHLPFOSTEN BALANCE POSTERIOR



Einfach der richtige Pfosten

Die Laborauswahlpfosten Balance Posterior dienen der Auswahl von Sulkushöhe und Angulation auf dem Meistermodell. Die Kunststoff-analoge der Balance Posterior-Pfosten müssen künftig nur noch in das Laborimplantat gesteckt werden, um eine schnelle Übersicht auf Angulation und Sulkushöhe zu erlauben. Das bisher notwendige Einschrauben der Pfosten entfällt.

Übersichtlichkeit und leichte Handhabung der Systemkomponenten sind im täglichen Umgang genauso wichtig, wie die Sicherheit und Belastbarkeit der Bauteile.

Deshalb wurde mit der Kassette „Laborauswahlpfosten Balance Posterior“ der Weg zum richtigen Pfosten auch deutlich vereinfacht:

Die Laborauswahlpfosten sind entsprechend der OP-Richtungslehren eingefärbt, und die verschiedenen Sulkusdurchtrittshöhen sind durch Punkte am Kopf der Pfosten markiert:

- Sulkus 0,75: ein Punkt
- Sulkus 1,5: zwei Punkte
- Sulkus 3,0: drei Punkte
- Sulkus 4,5: vier Punkte

Auch bei umfangreichen Versorgungen kann immer der richtige Pfosten ausgewählt werden. Die Kassette enthält jeden der verfügbaren Laborauswahlpfosten in vierfacher Ausfertigung.

Thomas Lange ■



Unter der Artikel-Nummer 31045710 können Sie den Artikel direkt beim DENTSPLY Friudent Kundenservice unter Telefonnummer 0621 4302010 bestellen.

ANKYLOS®

Lesestoff

Practical Implant Dentistry Diagnostic, Surgical, Restorative and Technical Aspects of Aesthetic and Functional Harmony

Ashok Sethi / Thomas Kaus

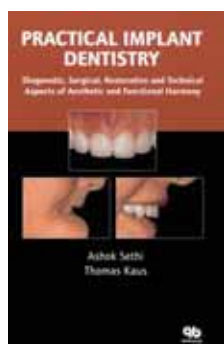


Das neue implantologische Fachbuch „Practical Implant Dentistry“ zeigt praxisnahe und pragmatische Herangehensweisen an die dentale Implantologie und ist besonders für anspruchsvolle Praktiker geeignet, die sich in diesem spannenden Feld der Zahnheilkunde bewegen.

Die in dem Ratgeber angesprochenen Themen behandeln die Vorgehensweise beim fehlenden Einzelzahn genauso wie den Ersatz von verloren gegangenen Hart- und Weichgewebe im teilbezahnten und zahnlosen Kiefer. Außerdem werden neben verschiedensten prothetischen Behandlungskonzepten auch detaillierte chirurgische Schrittfolgen für die Sofort- und Spätimplantation bzw. Sofort- und Spätbelastung gezeigt und spezielle chirurgische Techniken und Instrumente zur Handhabung von Knochenspreizung, Knochenkondensierung und Knochenaufbau thematisiert.

So wird „Practical Implant Dentistry“ zum wertvollen Leitfaden für chirurgische Diagnostik und Planung.

Das Buch ist in englischer Sprache beim Quintessenz Verlag erhältlich.



Quintessenz Verlag
ISBN 1-85097-061-0
englisch

Sofortbelastung von enossalen Implantaten im Seitenzahnbereich des Unterkiefers - Tierexperimentelle und klinische Studien

Prof. Dr. Georgios Romanos



In der Literatur liegen nur wenige Daten vor, die die Sofortbelastung von Implantaten im schwach strukturierten Seitenzahnbereich des Unterkiefers als chirurgisches und prothetisches Konzept bestätigen. Im Rahmen dieser Habilitationsschrift von Prof. Dr. Georgios Romanos wurde zuerst tierexperimentell bei Macaca-Affen die Rolle der Kaubelastung klinisch, radiologisch, histologisch und histomorphometrisch im Seitenzahnbereich des Unterkiefers überprüft. Bei unbelasteten Implantaten, bei Belastung nach einer dreimonatigen Einheilung und nach Sofortbelastung wurde der periimplantäre Knochen untersucht.

Zudem werden Ergebnisse aus einer humanklinischen, randomisierten Studie im Knochen des posterioren Unterkiefers nach einer mittleren zweijährigen Belastungsdauer präsentiert. Das therapeutische Protokoll wird mit Hilfe von zahlreichen Beispielen und klinischen Fotos illustriert. Die klinischen Werte und die radiologische Analyse bestätigen, dass das Sofortbelastungskonzept auch im schwach strukturierten Knochen des posterioren Unterkiefers erfolgreich ist. Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Sofortbelastung werden hier ausführlich diskutiert, so dass das vorgestellte Konzept in der täglichen Praxis angewendet werden kann.



Quintessenz Verlag
ISBN 3-87652-518-7
deutsch

wieder_Lachen



DIE INITIATIVE WIEDER LACHEN E.V.:

DENTSPLY FRIADENT HILFT LÄCHELN ZU SCHENKEN,
WO ES AM MEISTEN GEBRAUCHT WIRD



Katrin Rinke
Erste Vorsitzende

**Wollen auch Sie
Wieder Lachen e.V. bei
seiner Arbeit unterstützen?
Weitere Informationen unter:
info@wieder-lachen.com
www.wieder-lachen.com**

Der kürzeste Weg zwischen zwei Menschen ist unbestreitbar ein Lächeln. Leider gibt es viele Gründe, sein Lächeln zu verlieren. Einer der schlimmsten ist aber sicher das Erleben häuslicher Gewalt. Denn die Opfer tragen neben großem seelischen Schaden häufig Schäden im Zahn- und Kieferbereich davon. Und ihnen fehlen oft die finanziellen Mittel, um ihr Lächeln wieder herstellen zu lassen. Wieder Lachen e.V. setzt hier mit gezielter, praktischer Hilfe an. Durch ein breit gefächertes Netzwerk unterstützt der im Januar 2005 gegründete Verein die Betroffenen, indem er ihnen Zahnarztpraxen und Dentallabore vermittelt, die ihnen ihr Lächeln kostenfrei wieder herstellen.

Wieder Lachen e.V. möchte den Frauen, die unter den Auswirkungen häuslicher Gewalt leiden, damit ein Stück ihres verloren gegangenen Lebensgefühls und ihres Selbstvertrauens zurückgeben. Bei den Opfern handelt es sich keineswegs um schlimme Einzelfälle, wie häufig angenommen wird. Jede vierte Frau in Deutschland war zumindest einmal von häuslicher Gewalt betroffen, belegt eine Studie des Bundesfamilienministeriums aus dem Jahr 2003. Wieder Lachen e.V. plant deshalb den bundesweiten Ausbau dieses Netzwerks, bei dem jeder, seien es Dentallabore, Zahnarztpraxen, Unternehmen der Dentalindustrie, Fachpresse, Unternehmen anderer Branchen oder Privatpersonen, mit Sach- und Geldspenden oder durch die eigene Leistung helfen können. DENTSPLY Friadent beteiligt sich mit der kostenfreien Bereitstellung von Implantaten.

Seit Ende Juli ist Wieder Lachen e.V. seinem Ziel mit Riesenschritten näher gekommen. Denn der Verein hat beim bundesweiten Wettbewerb „StartSocial“, der von McKinsey, O₂, Siemens Business Services und der ProSiebenSat1 Media AG unterstützt wird, ein Beratungsstipendium gewonnen und wird in den nächsten drei Monaten von Experten aus Wirtschaft und Sozialwesen individuell gecoacht.

„Worte wie Verantwortung, Hilfsbereitschaft und Fürsorge können durch uns mit lebendigen Inhalten erfüllt werden“, sagt Katrin Rinke, Initiatorin und erste Vorsitzende des Vereins. Hauptberuflich leitet die 39-Jährige die Agentur Images + Words Praxisconsulting. iDENTITY hat mit ihr über Wieder Lachen e.V. gesprochen.

Frau Rinke, wie kam es zu diesem besonderen und sehr konkreten Hilfsangebot einer kostenlosen Zahnbehandlung über Wieder Lachen e.V.?

Für die Opfer häuslicher Gewalt gibt es ausgezeichnete Betreuungskonzepte. Was fehlte, waren Angebote, die diesen Menschen nicht nur helfen, sich aus der Situation zu befreien, sondern die sie auch darin unterstützen, ihren Weg in die Unabhängigkeit selbstbewusster zu gehen: Eine Frau, die es schafft, ihren gewalttätigen Partner zu verlassen und die sich und ihre Kinder ernähren muss, braucht einen Arbeitsplatz. Das ist schwierig für eine Frau, die nicht frei sprechen kann und sich gehemmt fühlt, weil sie sich ihrer Zahnlücken, ihrer



vernachlässigten Zähne oder ihres reparaturbedürftigen Zahnersatzes schämt. Diese Frauen leiden nicht nur unter der körperlichen Verletzung, auch ihr Selbstwertgefühl, ihr Selbstvertrauen und ihre Lebensfreude wurden zerstört. Viele Menschen aus unserem Freundes- und Bekanntenkreis arbeiten in der Dentalbranche. Bei denen sind wir auf offene Türen gestoßen, und es ist auch eine beeindruckende Erfahrung, selbst Hand anlegen zu können. Es gibt dabei nicht diese Anonymität wie beim Spenden: Ein Zahnarzt hat ja unmittelbar mit dem Menschen zu tun, bei dem er etwas bewirkt. Diese Hilfe ist schnell, direkt und unbürokratisch.

So entstand Wieder Lachen e.V., ein Verein, der nach Bescheinigung des Finanzamtes Aschaffenburg mildtätigen Zwecken dient.

Sie möchten Wieder Lachen e.V. bundesweit aufbauen. Wie viele Unterstützer haben Sie denn bislang in Ihrem Netzwerk?

Seit dem Auftakt auf dem Marketing-Kongress der DeguDent im Januar 2005 in Frankfurt unterstützen uns rund 30 ZahnärztInnen und ZahntechnikerInnen. Die Referatsleitung „Prävention und Schutz vor Gewalt“ des Hessischen Sozialministeriums wird unsere Aktion „Lächeln schenken!“ in ihr Netzwerk integrieren und gemeinsam mit uns ein Modellprojekt starten. In Hessen und Niedersachsen haben wir Frauenhäuser, Selbsthilfegruppen und die Frauenbeauftragten der Städte und Gemeinden sowie die Kriminalpolizei über unsere Arbeit informiert. Auf Bundesebene haben wir in einer Mailing-Aktion die Organisationen Weißer Ring, Terre des Femmes, Caritas und viele Universitätskliniken angesprochen. Wir informieren derzeit bundesweit Frauenhäuser und themenverwandte Selbsthilfegruppen über unsere Arbeit und das Hilfsangebot.

Wie kommt eigentlich eine von häuslicher Gewalt betroffene Frau zu einer kostenlosen Zahnbehandlung?

Der Verein fungiert sozusagen als Schnittstelle zwischen den betroffenen Frauen und den ZahnärztInnen. Konkret bedeutet dies, dass sich diese Frauen oder Mitarbeiterinnen der Kripo, der Frauenhäuser usw. im Bedarfsfall telefonisch oder per E-Mail an

uns wenden. Wir suchen dann in der Kartei unserer „Wieder-Lachen-Praxen“ eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt in der Nähe der Betroffenen. Durch unseren Fragebogen für Wieder-Lachen-Patientinnen, der die Ursachen für die Entstehung ihrer Mundsituation hinterfragt, und durch die Erfahrung der Zahnärzte bei der Beurteilung des Zahnstatus und den Gründen für dessen Entstehung können wir davon ausgehen, dass unsere Hilfe tatsächlich den Menschen zugute kommt, für die sie gedacht ist. Unser Projekt sieht sich als Mosaikstein zu der Hilfe, die den betroffenen Frauen durch Selbsthilfegruppen und Frauenhäuser bereits geboten wird. Wenn eine Frau es geschafft hat, ihre Situation zu verändern und um Unterstützung zu bitten, erlebt sie oft zum ersten Mal seit langer Zeit, dass Menschen sich um sie kümmern. Sie blüht auf, entwickelt ein neues Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Nach einer Weile kehrt ihre Lebensqualität zurück und sie beginnt, sich auch mit ihrem Äußeren und dessen mögliche Auswirkungen auf ihre Lebens- und Arbeitsplatzsituation zu beschäftigen. An diesem Punkt setzt Wieder Lachen e.V. an: Wir helfen Frauen, ihr Lachen zurück zu gewinnen. Viele Anrufe, Mails und Briefe haben gezeigt, dass der Bedarf bei den betroffenen Frauen groß ist.

Wohin können sich unsere Leser wenden, wenn sie Ihre Initiative unterstützen möchten? Und wie könnte diese Unterstützung konkret aussehen?

Interessierte Leser können zu Wieder Lachen e.V. am besten per E-Mail und über unsere Internetseite Kontakt aufnehmen.

Wie die Unterstützung aussehen könnte? Nun, Ihre Leser könnten sich bereit erklären, durch die eigene Leistung zu helfen und würden dann in unser Netzwerk aufgenommen. Sie könnten sich aber auch mit Geldspenden beteiligen. Außerdem vertreiben wir zum Selbstkostenpreis inklusive eines Spendenbeitrags eine CD mit dem Song „Dein Lächeln“. Um für die Arbeit von Wieder Lachen e.V. zu sensibilisieren, hat das Hamburger Komponisten- und Texterteam Björn Tiemann und Christian Heise eigens diesen Song komponiert.

Frau Rinke, wir bedanken uns ganz herzlich für dieses Gespräch!

Christine Rohne ■



muskel_kater

1. DENTSPLY FRIADENT MTB-RALLEY IN STAUFEN

WENN „BEAUTY“ AUF „SPEED“ UND „ANKYLOS“ AUF „SYNCONE“ TRIFFT, KÄMPFEN IMPLANTOLOGEN MIT IMPLANTOLOGEN UM DEN SIEG. DAS GLAUBEN SIE NICHT?



Bei der ersten DENTSPLY Friadent Implant Challenge in Staufen bei Freiburg jagten neun Teams, darunter unter anderem „Team Beauty“ und „Team Speed“, auf ihren Mountainbikes die Schwarzwälder Berge hinauf und auch wieder herunter. Das alles auf der Suche nach der aus der Formel 1 bekannten Ideallinie. Die galt es nämlich während dieser Fortbildung zu finden, wenn man gewinnen und die ursprünglich 35 km lange Rallyeroute nicht mit einer Tagesleistung von 46 km und einigen Stunden Verspätung abschließen wollte.

So ganz nebenbei mussten die Teilnehmer dabei auch noch sechs ganz schön knifflige Aufgaben lösen. Denn nach mehreren Kilometern über Stock und Stein sollten sie sich an der Staufenburg exakt daran erinnern, was Dr. Peter Gehrke, Referent des Vortages, zum Thema „BEAUTY and SPEED“ zu sagen hatte. Oder im Bergwerk Münstertal in grauem Stein nach Titan-Implantaten schürfen. Das Dichten am „Schwarzwaldhaus von 1902“ forderte dann ihre letzten Reserven. Aber mit Ergebnissen wie „Statt zu Laufen oder Raufen, fährt die DENTSPLY Friadent nach Staufen – Die Implantologie mit XiVe®, gibt der Mountainbike-Rallye den Mega-Drive“ bewiesen die Teilnehmer, dass auch nach einem ganzen Tag voller Herausforderungen noch kreatives Potenzial in ihnen steckt.

Am Vortag hatten sie die Möglichkeit, beim individuell auf ihre jeweiligen Erfahrungen abstimmen Fahrtechniktraining ihre Grenzen auszuloten. Während die Mountainbike-Einsteiger ihre Erfahrungen mit dem richtigen Bremsen, Kurvenfahren und dem Überwinden einfacher

Hindernisse sammelten, rasten die Köhner sicher auch schwierige Abfahrten und Downhillpassagen herunter und übten sich in „kleinen Sprüngen“. Die Freizeitbiker durften sich dagegen an Abfahrten mit Geröll, Steinen und Wurzeln versuchen. Die Abende verbrachten alle gemeinsam. Mit „Pasta Basta“, der traditionellen Pastaparty vor sportlichen Höchstleistungen, wurden am Freitag Abend die Kohlehydratspeicher ordentlich aufgefüllt, damit am Samstag alle Berge erklommen werden konnten. Und nach der Rallye belohnte zünftiges Grillen am Lagerfeuer für alle Strapazen des Tages. Wer seine Muskeln dennoch spürte, konnte parallel bei einer Outdoor Massage entspannen. Ein Teilnehmer resümierte die Tage so: „Meine wunden Stellen hielten sich sehr in Grenzen. Kein Muskelkater in den Schenkeln und nur zwei druckdolente Knochen im „Sattelbereich“... – ein geniales Wochenende.“

Nadine Dusberger ■

Die nächste Implant Challenge findet vom 23. bis 25. Juni 2006 in Staufen statt. Anmeldungen und weitere Informationen unter der Telefonnummer (0621) 43 02-022 oder per e-mail unter kursorganisation@friadent.de

