



zept hinsichtlich der Möglichkeiten der Sofort-, Früh- und Spätbelastung vor. Fünf Faktoren seien für die Beurteilung, welches Konzept für den individuellen Fall optimal ist, ausschlaggebend: Patient, Knochenlager, Weichgewebe, Prothetik und Team. Ideale Bedingungen, bei denen eine funktionelle Sofortbelastung möglich ist, sind nach Dr. Glauser: ein gesunder Patient mit einer tiefen Lachlinie und einer realistischen Erwartungshaltung gegenüber der Behandlung, eine defektfreie Situation des Implantatlagers, ein dicker, belastbarer und stabiler Phänotyp der Gingiva, eine einfache und gut abschätzbare prothetische Situation ohne etwa die Notwendigkeit einer Bisshebung, und – besonders hervorzuheben – ein gut eingespieltes Team. Take home message von Dr. Glauser: Chirurgie und Prothetik sollten in einer Hand liegen, wenn Konzepte der Sofortbelastung umgesetzt werden! Er empfahl, bei Sofort- oder Frühbelastung immer die Chance auf eine Spätversorgung zu erhalten. Im Vordergrund stehe die sichere Lösung: „Die Belastung hat weniger mit dem Zeitpunkt zu tun als mit den Voraussetzungen!“

Vorhersehbarer Erfolg bei Sofortbelastung – Die Patientenauswahl ist entscheidend

Der Fokus des Referats von Dr. Eduardo Anitua, Vitoria, Spanien, lag auf der Sofortversorgung zahnloser Kiefer. Wann immer möglich, versorgt Dr. Anitua feststehend; bei kompromissloser Primärstabilität, ausreichender Zahl von langen, dicken Implantaten präferiert Anitua auch im Oberkiefer Sofortbelastungsprotokolle. Es sei essentiell, Mikrobewegungen durch passiven Sitz und penible Okklusionseinstellung der prothetischen Konstruktion zu vermeiden, um keine frühen Implantatverluste zu erleiden. Seine Bilanz nach zehn Jahren Erfahrung: „Sofortbelastung funktioniert sehr gut – bei entsprechender Patientenauswahl.“

Dr. Axel Kirsch, Filderstadt, schlug vor, zwischen der funktionellen und der ästhetischen Sofortversorgung zu unterscheiden. In seinem Konzept des „backward planning“ betont er, der Unterstützung des Weichgewebes schon in der Planungsphase höchsten Stellenwert zuzuweisen. Kirsch bevorzugt im Grenzfall, lieber ein etwas kleineres als ein zu

großes Implantat zu verwenden. Größere Implantate führen nach seiner Einschätzung eher zu trophischen Problemen des umliegenden Gewebes.

Dr. Egon Euwe aus Mailand statuierte, dass Mikrobewegungen in der Einheilphase 100 bis 150 Mikrometer nicht überschreiten dürften. Bei Verwendung moderner Implantatoberflächen nimmt die biologische Implantatstabilität linear zu, während die mechanische, primäre Stabilität gleichzeitig abnimmt. Am empfindlichsten ist der Implantat-Knochen-Verbund daher drei Wochen nach der Implantatinserterion. Praxistipp von Dr. Euwe: Provisorische Kronen auf Implantate in den ersten Wochen nicht zementieren, sondern mit Chlorhexidingel, das öfters gewechselt wird, aufstecken!

Vermeidung von ästhetischen Misserfolgen bei Implantaten

Prof. Dr. Hannes Wachtel aus München betrachtete die zwei wichtigsten Problemzonen der ästhetischen Implantologie: den marginalen Verlauf der Gingiva und die Papillenhöhe.

„Die Ausformung einer Papille ist ein eher seltener Erfolg“, so sein Bekenntnis. Das Einhalten der Mindestdistanz zwischen Implantaten von mindestens drei, besser vier Millimetern sei enorm wichtig, damit das Weichgewebe eine ausreichende knöcherne Stütze habe. Wer die Papillenhöhe ändern wolle, müsse den Alveolarknochen ändern: „Machen Sie ihn so dick wie möglich!“, so Wachtel zu den Zuhörern.

Dr. Georg Bayer aus Landsberg, zeigte dem Publikum Konzepte der erfolgreichen Patientenbindung in der Implantatpraxis auf: „Neue Patienten kommen nicht per Zufall!“, so Bayer. Erfolgreich sei eine service- und wunschorientierte Therapie, die gleichzeitig unproblematisch umzusetzen sei.

Yorck Zebuhr
Zahnarzt, Oralchirurg
Zolling;
Dr. Nicola Lulic
Zahnärztin
Zolling