



Abb. 1a – 1c:  
Vergleich der alten mit der neuen prothetischen Situation



Im Unterkiefer Verankerung der neuen herausnehmbaren Brücke auf Doppelkronen mit Galvanosekundärteilen



Im Oberkiefer wurde eine neue konventionelle Totalprothese angefertigt.



Abb. 2a – 2c:  
Minimalinvasives Vorgehen bei einer älteren, kranken Patientin mit Verankerung der Unterkieferprothese auf den drei Restzähnen mit Wurzelankern

Für sehr viele ältere Patienten bieten die Möglichkeiten der Implantologie erst eine auch längerfristig sinnvolle prothetische Rehabilitation. Sie reichen von einer Pfeilervermehrung und Positionierung von Implantaten an strategisch wichtigen Positionen bis hin zu implantatgestützten Hybridprothesen. Aus hygienischen Gründen und auch, um die Mundhygiene eines nicht speziell geschulten Personals in Heimen später zu erleichtern, ist bei prospektiver Betrachtungsweise der kombiniert festsitzend-herausnehmbaren Versorgung gegenüber der festsitzenden wohl der Vorzug zu geben. Besonders bewährt hat sich die implantatgestützte Verankerung von Totalprothesen im

Unterkiefer (Spiekermann 1994). Die Konzepte reichen dabei von einfachen Kugelkopfattachments oder der Verankerung mit dem Locator auf zwei oder drei Implantaten als soziale Versorgung (Abb. 3 a und 3 b, Seite 32), bis hin zu aufwendigeren gefrästen Stegen auf 4 interforaminalen Implantaten (Abb. 3c, Seite 32).

Falls eine bestehende Prothese weiterverwendet werden soll, favorisieren wir auch aus Platzgründen die Kugelkopfattachments oder die Locatorverankerung und wenn auch die Prothese neu herzustellen ist, den schon erwähnten gefrästen Steg, wobei der Techniker immer auf die periimplantäre Reinigungsmöglichkeit achten muss.