



Aus der Synthese von therapeutisch anzustrebenden „Idealzuständen“, einer Risikominimierung, einer Vereinfachung der Behandlungsregime und einer Kostenoptimierung können die im folgenden dargestellten implantatprothetischen Therapiekonzepte resultieren.

Implantatprothetische Therapiekonzepte ***Erhaltung von Zähnen***

Die Voraussetzung für die Erhaltung von Zähnen ist u. a. deren parodontale Integrität. Eine *Lockerung* eines Zahnes alleine indiziert noch keine Extraktion, da die erhöhte Zahnmobilität häufig auf eine Überbelastung zurückzuführen ist (Abb. 1a–1c, S. 25). Die prothetische Wertigkeit eines Zahnes ist somit *nicht vor*, sondern *nach* einer Implantatinsertion zu beurteilen. Eigene Untersuchungen belegen, daß der Lockerungsgrad integrierter Pfeilerzähne hoch signifikant abnimmt.

Ein *avitaler* Zahn sollte ebenfalls nicht leichtfertig durch ein Implantat ersetzt werden. Ein Zahn ist ein kraftmessendes Sinnesorgan. Die sogenannte rote Ästhetik – ein natürliches Emergenzprofil der Krone und eine ästhetische Position des „biologischen Implantats“ endodontisch behandelte Zahn – muß nicht erst mit allogenen Implantaten parodontalchirurgisch und prothetisch rekonstruiert werden – mit derzeit nicht vorhersagbarem ästhetischen Gesamtergebnis. Überkrone oder überkronungsbedürftige Zähne eignen sich insbesondere für implantatzahngestützte Verbundbrücken, die keine schlechtere Verweildauerprognose aufweisen als rein implantatgestützte Brücken. Doppelkronengestützte Prothesen ermöglichen eine sehr einfache und erfolgversprechende Integration von Pfeilerzähnen.

Knochen- und Weichgewebe

Im Sinne einer „Restitutio ad integrum“ vermögen heute Transplantationen und Rekonstruktionsplastiken fehlendes Knochen- und Weichgewebe wieder herzustellen. Wegen des erhöhten Risikos für einen Mißerfolg (mit evtl. bleibenden Folgeschäden) sind die Eingriffe jedoch erfahrenen Spezialisten vorbehalten.

Ohne chirurgische Intervention bilden sich jedoch häufig Papillen nach einigen Monaten

selbständig aus, wenn zwischen crestalen Knochen und Approximalkontakt ein geringer Abstand (< 5 mm) besteht (Abb. 2a – 2c, S. 27). Daher wird die Auffassung, daß breite Implantatdurchmesser im Frontzahnbereich das Ziel eines natürlich wirkenden Emergenzprofils vereinfachen, heute kontrovers diskutiert. Bei kleinen Implantatdurchmessern verbleibt nämlich mehr Knochen, der eine langfristige Ausbildung von darüber liegenden Papillen besser ermöglicht als Titan.

Von einer intraoralen Präparation der Abutments wird abgeraten, weil Schleifkörper und Retraktionsfäden das periimplantäre Weichgewebe enorm traumatisieren. Die Form des Originalabutments sollte vielmehr auf dem Meistermodell individualisiert werden. Zudem vereinfacht sich die Herstellung und Kontrolle der Kronenränder erheblich. Die Eintrittspforte des Abutments in die Mundhöhle ist der für die rote Ästhetik entscheidende und leider nach erfolgter Implantatinsertion nicht mehr änderbare Faktor. Hingegen können prothetisch nicht achsgerechte Implantate in relativ weiten Grenzen durch abgewinkelte Abutments korrigiert werden.

Implantatanzahl

Jeder fehlende Zahn sollte durch *ein* Implantat ersetzt werden, wenn dieses ausschließlich im ortständigen Knochen verankert werden kann. Reicht das ortständige Knochenangebot nicht aus, trägt eine Risiko-Nutzen-Analyse von zusätzlichen chirurgischen Maßnahmen zur Festlegung der Implantatanzahl bei.

Zeigt ein Patient eine geringe Investitionsbereitschaft wird das medizinisch Mögliche – jeden fehlenden Zahn durch ein Implantat zu ersetzen – auf das prothetisch Notwendige reduziert.

Vermeidung von Spalten

Wenn immer möglich sollen konstruktionsbedingte Spalten in implantatprothetischen Suprastrukturen vermieden werden, weil dort für anaerobe pathogene Keime ideale Milieubedingungen vorherrschen und ein foetor ex ore entsteht. Bei zweiteiligen Implantatsystemen kann der Übergang zwischen Implantat und Abutment einen Spalt