



Abb. 2a: Eine ideale oro-vestibuläre und mesio-distale Implantatposition ermöglicht eine ansprechende...



Abb. 2b: ... Ästhetik. Die fehlenden Papillen bilden sich nach einigen Monaten ohne therapeutische Intervention...

von 5 bis 50 μm aufweisen. Implantatsysteme mit einer Konusverbindung zwischen Implantat und Prothetikpfosten haben hingegen keine Spalten und sind daher zu favorisieren. Spalten lassen sich vor allem auch durch zementierte Restaurationen vermeiden. Sie sind zudem zahntechnisch einfacher und damit kostengünstiger herzustellen und erfordern einen geringeren klinischen Zeitaufwand als verschraubter Zahnersatz. Die Vorteile der Verschraubung – Zugang zum Implantat, Reparatur des Zahnersatzes – können durch die Verwendung eines temporären Befestigungszements ebenfalls erzielt werden. Drei- oder viergliedrige Brücken sollten generell einteilig angefertigt werden, weil Geschiebe und somit Spalten bei Pfeilerdivergenzen aufgrund von abgewinkelten Implantatabutments nicht notwendig sind.

Einzelkronen mit physiologischen Kauflächen

Falls ein Implantatsystem gegenüber horizontal einwirkenden Kräften nur gering belastbar ist, wird sowohl eine Verblockung von Kronen als auch ein spezifisches Okklusionskonzept mit sehr schmalen Kauflächen und flacher Höckerneigung empfohlen, was der Simulation einer natürlichen Bezahnung stark widerspricht.

Implantatsysteme mit Abutments, die entweder sehr tief in das Implantat gesteckt werden können oder eine lange Konusverbindung zum Implantat aufweisen, sind mechanisch hoch belastbar und benötigen keine Verblockung durch Suprastrukturen. Zudem halten sie auch physiologisch modellierten Kauflächen stand. Eine Infraokklusion ist aus heutiger Sicht kategorisch abzulehnen. Sie vermindert die Kauleistung, ge-



Abb. 2c: ... von selbst aus, weil der Abstand zwischen dem Approximalkontakt und dem crestalen Knochen klein ist ($< 5 \text{ mm}$). Die Abbildung zeigt die metallkeramische Krone mit entzündungsfreier Mukosa nach fünf Jahren klinischer Funktion.

fährdet das Kiefergelenk bei endständigen Seitenzahnkronen und kann zur Elongation der Antagonisten führen.

Festsitzende vs. herausnehmbare Suprastrukturen

Primäres Ziel einer implantatprothetischen Therapie ist es, zum einen das Beschleifen potentieller Brückenpfeiler, zum anderen herausnehmbaren Zahnersatz zu vermeiden. Weist ein Kiefer jedoch nur noch einen geringen Restzahnbestand oder Zahnlosigkeit oder frontale Alveolarkammdefekte auf, erfordern festsitzende Rehabilitationen multiple Implantatinsertionen und im ästhetischen Bereich häufig chirurgische Geweberekonstruktionen. Infolgedessen sind bei Patienten mit geringer Risikobereitschaft, geringen finanziellen Mitteln oder mit hohem Lebensalter herausnehmbare Suprastrukturen auf Implantaten eindeutig zu bevorzugen. Insbesondere im hohem Alter sollte ein Patient die Pflege seines Zahner-