

Ändert sich das Okklusionskonzept mit der Anzahl und Positionierung der Implantate?

3 Fragen an Prof. Dr. Dr. Johann Müller

Das 18. Europa-Symposium des BDIZ EDI fand 2025 in Stockholm statt. Die Impressionen hat die Redaktion bereits mit den Leserinnen und Lesern geteilt. Hier sind Inhalte zum Vortrag von Professor Dr. Dr. Johann Müller in Form eines Drei-Fragen-Interviews.

Herr Professor Müller, ergänzend zu Ihrem Vortrag in Stockholm möchten wir bei Ihnen nachfragen, wie die Anzahl der Implantate die Wahl des Okklusionskonzeptes beeinflusst, insbesondere im Vergleich zu konventionellen prosthetischen Versorgungen?

Für die Wahl eines Okklusionskonzeptes – ob mit oder ohne die Einbeziehung von Implantaten – gelten grundsätzlich dieselben Regeln, wie in der „klassischen“ Prothetik. Bei der Planung der Implantatanzahl und -position unter dem Gesichtspunkt des Okklusionskonzeptes sollte man besser umgekehrt vorgehen, d. h. sich zuerst die individuell notwendige Okklusion überlegen und dann die dafür notwendige Implantatanzahl (und -position) bestimmen. So ist beispielsweise eine „verkürzte Zahnreihe“ – nach den Empfehlungen der DGZMK – bei Vorliegen eines Bruxismus, bei Funktionsstörungen in der Anamnese oder bei reduziertem Frontzahnkontakt „relativ kontraindiziert“.

Welche Rolle spielt die Positionierung der Implantate (anterior vs. posterior) bei der Entscheidung für ein bestimmtes Okklusionsschema, und gibt es dabei klinische Leitlinien?

Wie bereits für das statische Okklusionskonzept ausgeführt, sollte man sich hier zuerst überlegen, inwieweit man ggf. eine verkürzte Zahnreihe vertreten kann. Für die Positionierung dieser Implantate gelten im Wesentlichen die gleichen Kriterien hinsichtlich der Statik und der (Prothesen-)Kinematik. Die klassischen Kriterien und Überlegungen zur „Pfeilerwertigkeit“ werden bei Implantaten noch durch Parameter wie Knochenqualität und -quantität, Implantatdimensionierung und Implantatmaterial ergänzt. Es sind aber dem Grunde nach die jahrzehntelang bekannten, anerkannten und klinisch bewährten „Leitlinien“.

Verändert sich die Empfehlung für statische und dynamische Okklusionskontakte je nach Implantatanzahl und



-verteilung, und wie wird dies in der täglichen Praxis umgesetzt?

Hinsichtlich der „dynamischen Okklusion“ sollte man immer versuchen, mit dem Zahnersatz eine anteriore Führung zu etablieren. Genauer und besser sprechen wir hier von „anteriorer Steuerung“, da es sich um neuromuskuläres, nicht aber um ein mechanistisches Geschehen handelt. Hierzu existieren hervorragende Studien – u. a. von J. Levy und K.-H. Utz –, die zeigen, dass die Kräfte im ganzen Kausystem damit gesteuert bzw. reduziert werden (können). Diese Sensibilität ist bei Implantaten gegenüber natürlichen Zähnen zwar reduziert, aber immer noch gegeben. Daran sollte man sich bei der Planung der Implantatpositionierung im anterioren Bereich orientieren. Für die „statische Okklusion“ und damit den posterioren Bereich gelten die bereits vorher ausgeführten Kriterien.

Eine Besonderheit hinsichtlich des Okklusionskonzeptes möchte ich aber auch noch erwähnen: Von der Alterszahnheilkunde gut untersucht ist die mit dem Alter abnehmende Adaptationsfähigkeit hinsichtlich okklusaler Veränderungen. Bei Betagten sollte man daher – wenn möglich – keine wesentlichen Veränderungen der bestehenden okklusalen Verhältnisse vornehmen (z. B. bei stark abradierten Prothesenzähnen), auch wenn diese nicht den oben ausgeführten anerkannten Konzepten entsprechen. Hier ist es für den Patienten meist gewinnbringender, wenn beispielsweise bestehende Prothesen nur durch die Insertion von Implantaten in ihrer Lage gesichert werden und auf eine Neuherstellung des Zahnersatz verzichtet wird.

Herzlichen Dank, Herr Professor Müller, für diese Einsichten in die Welt der Okklusion!

**Das Interview führte
Chefredakteurin Anita Wuttke**