

MIMI nennt man die minimalinvasive Methode der Implantation. Sie definiert sich als eine periostschonende, transgingivale („flapless“) Insertion eines vornehmlich einteiligen Implantats. COCI steht für „Champions–Osteotoms–Condensations–Implantation“, bei der die lateral knochenverdichtende Osteotomtechnik im Zuge der Implantation selbst angewandt und eine ausreichende Primärstabilität erreicht wird.

# Zukunftweisendes Implantationskonzept

Autor: Dr. Armin Nedjat



**Abb. 1:** Ergebnis einer COCI-MIMI-Sofortimplantation Zahn 11: Extraktion, Implantation, Zementierung und Präparation eines Zirkon-Prep-Caps in einer Sitzung, Abformung nach exakt acht Wochen und nach Eingliederung der definitiven Zirkonkrone. Durch die Einteiligkeit ohne Mikropalt steht sowohl der knöchernen (GBR) als auch der rot-weißen Regeneration (GTR) nichts im Wege.

Viele Zahnmediziner sind immer noch der Meinung, dass der Knochen keine Kompression akzeptiert und sich auf Druck abbaut oder gar nekrotisiert (Drucknekrose). Darauf aufbauend resultieren – bis heute – noch die Grundlagen zahnärztlicher Implantologie und Prothetik. Die große Implantatlobby zweiteiliger Systeme (Industrie und deren Meinungs-

bildnern) haben auch kein großes Interesse, diese veraltete These zu überdenken: Zweiteiligkeit, viele benötigte Bohrer-, Aufbau- und Prothetikteile, lange „Einheilzeiten“ von mehreren Monaten (da zur Vermeidung von „Nekrosen“ eben die finale Bohrung im Durchmesser genauso breit ist wie der Implantatdurchmesser), erhöhter Behandlungs- und Nachsorgebedarf und dadurch sehr hohe Material- und Gesamtkosten für den Patienten soll immer noch Standard unserer Implantattherapie sein.

Doch vollzog sich in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel und es führte gerade in den USA dazu, dass die Schere zwischen einteiligen zu zweiteiligen Systemen immer weiter aufgeht – zugunsten der einteiligen. In den USA hat man erkannt, man nimmt besser einteilige Implantate, die man nach MIMI periostschonend mit großer Primärstabilität einsetzt und – die Suprakonstruktion möglichst verblockt – in Sofortbelastung prothetisch versorgt. Begriffe wie „Schlüsselloch-Chirurgie“,

„Endoskopie“, „Sofortbelastung“ und „progressives Knochenstraining“ auch aus anderen, nichtzahnmedizinischen Fachgesellschaften haben auch längst bei uns in Europa breiten Einzug gehalten. Diese Begriffe spielen bei MIMI® eine wesentliche Rolle.

## Die Anwendung des Konzepts

Die so wichtige Kontrolle der gesamten Implantat-Knochenkavität („KKK“) erfolgt mittels steriler PA- oder Knochensonde (Abb. 2). Voraussetzung ist z.B. dabei das nichtselbstschneidende, einteilige Champions®-Implantat, das man in eine zuvor mit „normalem“ grünen Winkelstück einer „normalen“ Zahnarztstuhl-Einheit – mit nur 250 Umdrehungen/Minute mit oder ohne Kühlung/Spülung – auf volle Gewindelänge aufbereitete, unterdimensionierte Knochenkavität mit definierter Kraft (40–80 Ncm) hineinkondensiert (Abb. 3). Das Champion® ist somit klassisch nicht als

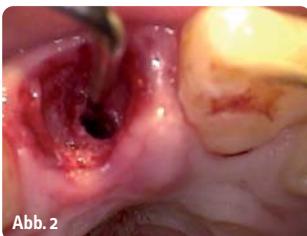


Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

# Das perfekte Zusammenspiel von Kraft und Präzision.



Kraft- und formschlüssige Verbindung

Übersichtlich und unkompliziert

Perfekte Passgenauigkeit

**Hotline: 0 18 01 - 40 00 44** zum Ortstarif

**Freefax: 0 80 00 - 40 00 44**



 **HENRY SCHEIN®**  
DENTAL DEPOT

**alphatech®**  
Implantate



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9

ein erst „einheilendes Implantat“, sondern eher als ein direkt post OP prothetisch zu versorgendes „Osteotom“ zu bezeichnen (Provisorium, Abb. 5), welches den sich umgebenden Knochen lateral kondensiert, verdichtet und die so herausragend gute Primärstabilität erreicht, auch bedingt durch sein Design mit krestalem Mikroge-



Abb. 10



Abb. 11

winde. Auch die Knochen- und Ästhetik-Langzeitergebnisse von mehreren Jahren sprechen für sich (Abb. 1).

Gerade mit den Champions-Zirkon-Prep-Caps (Abb. 4 und 6, fakultativeinsetzbare, präparierbare „Hilfsabutments“) kann man im Zuge von Sofortimplantationen eine gesteuerte Gewebsregeneration sowohl der rot-weißen Ästhetik als auch der des Knochens leicht durchführen (Abb. 1, 7–11).

### Vorteile für Anwender und Patienten

Keine unzähligen Teile in der Anwendung (nur maximal zwei Bohrer i.d.R.), eine schnelle, für den Patienten „unblutige“ Operation, Schmerz- und Komplikationsarmut, definitive Versorgung innerhalb von nur zwei Wochen.

Befreundete Kollegen schüttelten zwar anfänglich nur den Kopf („Das kann doch nicht funktionieren“), doch nach den ersten

Monaten und Jahren in ihrer Praxis stellen auch sie, aufgrund der großen Erfolge und Nachfragen seitens ihrer Patienten, auf das Champions®-Konzept um. Ein Anfängerfehler ist, gleich ein 4,5 D beispielsweise im seitlichen Oberkiefer (nur konisch-gelber Bohrer von 1,2 mm D) einsetzen zu wollen, da das „Champern“ (sprich Kondensieren bzw. Inserieren) dann zu schnell erfolgen würde. Bekannt ist auch, dass ein 4,5 D Implantat langfristig nicht „sicherer“ und „besser“ ist wie ein 3,5 D, das eine Primärstabilität von 40 Ncm aufweist. Auch dieses „alte Denken“ bezüglich eines größeren Knochen-Titan-Verbundes, wurde widerlegt.

### Minimum für Sofortbelastungsfähigkeit

Das Erreichen von 40 Ncm Primärstabilität ist für mich das Minimum für Sofortbelastungsfähigkeit zu verblockender Implantate (primär oder sekundär). Erreiche ich den 40 Ncm Wert nicht, dann hat dieses 3,5 D Champion® bereits rein als „Osteotom“ fungiert. Man nimmt dieses 3,5 D heraus, inseriert an selber Stelle (ein „Gewindeschnitt“ ist da) ein 4,5 D gleicher Länge (oder gar 5,5 D wieder anschließend danach), um die geforderte Primärstabilität von 40 Ncm zu erreichen. Die „gebrauchten Osteotome“ schickt man an den Hersteller zurück, ohne dass sie berechnet werden. Aus einem D3/D4-Knochen kann man in nur wenigen Minuten allein mit den Cham-

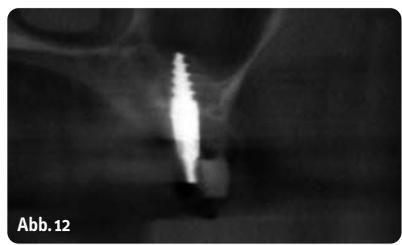


Abb. 12

pions®-Implantaten „unblutig“ und ohne Zusatzbesteck einen D2-Knochen schaffen und ohne Einheilungszeit die so entscheidende Primärstabilität erreichen.

Auch ein indirekter vertikaler und lateraler Sinuslift von 2–3 mm ist ohne separates Systembesteck und ohne Perforation der Membran problemlos im Zuge der Champions-Osteotom-Condensations-Implantation (COCI) Technik möglich, da das Ende der leicht konischen Champions abgeflacht ist. Etliche Röntgen- und 3-D-Röntgenkontrollen (nur zwei Jahre nach diesen internen Sinuslifts), die jedoch nicht als solche abgerechnet wurden, sprechen für sich: Sehr deutlich sind die neuen Knochenstrukturen auch ohne damals eingebrachte (alloplastische oder bovine) Zusatzmaterialien im Zuge der Implantation zu erkennen (Abb. 12 und 13).

Ebenfalls Patienten mit spitzen, schmalen Kieferkämme von weniger als 3 mm Breite sind mit dieser COCI lösbar. Denn nicht die Breite oder der Durchmesser des Implantats entscheidet über die Möglichkeit der MIMI, sondern der Durchmesser der finalen Bohrung. So kann man mit einer maximalen Bohrbreite von 1,8 mm Durchmesser ein 3,0 oder 3,5 D Champion® inserieren und sich auf diese Weise vollends

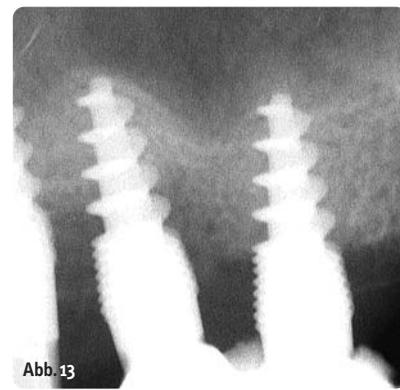


Abb. 13

# ERFAHRUNG MACHT DEN UNTERSCHIED.



Abb. 14



Abb. 15



Abb. 16

die Osseointegration der Implantate schaffen. Man braucht deshalb keine durchmesserreduzierten Implantate < 3 mm für Fälle von weniger als 2 mm Kieferkambbreite.

Langfristig von Bedeutung ist immer eine ausreichende Stärke der vestibulären Knochenlamelle, deshalb führe ich nach Möglichkeit immer die Bohrungen 1–2 mm lingual der Kieferkammitte durch, um den vestibulären Knochen nicht zu schwächen. Übrigens spielt es lingual des Kieferkamms keine Rolle, ob periimplantär eine befestigte Mukosa vorzufinden ist.

Zudem gibt es die neuentwickelte Champions- Drehmomentratsche (Einheiten in Ncm15,20,30,40,50,60,70,80 und ∞, Straumann-, KSI- und KOS-kompatibel), auf der man innovativ die Werte der gerade angewandten Kraft während der COCI abliest.

## Die „einfache Implantologie“ ist die Zukunft

Welche Patienten wollen sich z.B. standardmäßig „aufklappen“ lassen und monatelang auf die definitive Prothetik warten? Welcher Patient kann sich denn eine „KIV“-Versorgung von oft über 8.000 Euro leisten? Gaben wir früher zehn große HKPs heraus, war man zufrieden, wenn zwei durchgeführt wurden. Inzwischen liegt unser Verhältnis bei mindestens 10:8. Und unsere Patienten sind dankbar, weil sie schnell und schmerzfrei operiert und hochwertig in kurzer Zeit (i.d.R. innerhalb der ersten zwei Wochen post MIMI-OP) versorgt werden.

Und was bringt nun die Zukunft? Navigiertes Implantieren, DVTs werden wegen mir hoffentlich nicht der „Goldstandard“ in der Implantologie. Es geht nicht darum, die Konzepte einer Kollegen-Minorität und der von zweiteiligen Systemen vollends ad absurdum zu führen. Doch die „einfache Implantologie“ mit einteiligen Implantatsystemen

wird auch weiterhin in die Hände der Allgemeinzahnärzte/-innen (sofern auch sonst chirurgisch und prothetisch tätig) gehören. Mehr als 90% aller implantologisch-prothetischen Fälle werden zukünftig in unseren zahnärztlichen Praxen erfolgreich gelöst werden, immer mehr mit knochenverdichtenden, einteiligen „Osteotom-Implantaten“, mit denen man in der Tat und aus Sicht des Patienten „zaubern“ kann.

Die restlichen, schwierigen 10% (bei denen absolut kein Knochen vorhanden und z.B. eine Augmentation unumgänglich ist) werden auch weiterhin an die Fachärzte überwiesen, die mit ihrem Können und benötigter, umfangreicher, technischer Ausstattung die Arbeit dann wesentlich routinierter und auch sicherer durchführen. ◀

**ZWP online**

Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf [www.zwp-online.info](http://www.zwp-online.info)

## kontakt

Dr. Armin Nedjat  
Zahnarzt, Diplomate ICOI  
CEO Champions-Implants GmbH  
E-Mail: [nedjat@t-online.de](mailto:nedjat@t-online.de)  
[www.champions-implants.com](http://www.champions-implants.com)



## IMPLANTOLOGIE Curriculum 28.09. - 04.10.09 GÖTTINGEN

*„Schneller und kompakter gelingt der Einstieg in die Implantologie woanders kaum!“*

...stellte die ZWP-Zahnarzt-Wirtschaft-Praxis in ihrem großen Curricula-Vergleichstest fest.

**...und jetzt neu ab Herbst 2009:**

- **E-Learning-Block**  
von Prof. Dr. Dr. W. H. Engelke
- **Neue Themen:**  
Laser, Röntgen, Funktionsdiagnostik
- **Einen Tag länger:**  
In 7 Tagen Basiswissen lebendig vermittelt

**...die bewährten Vorteile des DZOI-Curriculums bleiben:**

- **Dezentrales Chairside Teaching**  
...praktische Ausbildung in einer Teaching-Praxis eines Kollegen ganz in Ihrer Nähe. Die Termine stimmen Sie selbst mit der Praxis ab!
- **Blockunterricht**  
...konzentrierter Unterricht an der Universität Göttingen!

**...und so beurteilt einer unserer Teilnehmer das DZOI-Curriculum:**

*„Die ausgesprochen praktikable Organisationsstruktur und hohe Praxisnähe sprengt in innovativ konzentrierter Form das Angebot der Weiterbildungskurse von Fachgesellschaften und universitären Einrichtungen.“*



## Informationen und Anmeldung:

**Deutsches Zentrum  
für orale Implantologie e.V.**

Hauptstr. 7 a | 82275 Emmering  
Tel.: 0 81 41.53 44 56 | Fax: 0 81 41.53 45 46  
[office@dzoI.de](mailto:office@dzoI.de) | [www.dzoI.de](http://www.dzoI.de)