

# Vorschlag für einen Paradigmenwechsel in der implantologischen Behandlung

Sofortimplantation und Sofortversorgung waren schon immer der Traum der Implantologie und werden verständlicherweise immer das „Endziel“ darstellen. Kein Patient möchte wirklich nach einer Extraktion viele Monate mit Lücke, Provisorium oder Interimsversorgungen warten, bis diese Region verheilt ist, um dann nach Anfertigung eines DVTs zu erfahren, dass er sich, um den verloren gegangenen Knochen wieder aufzubauen, einer Operation mit Beckenkammspan unterziehen muss. Der Autor stellt im Folgenden seinen Lösungsansatz zur Sofortversorgung mit festsitzenden Langzeitprovisorien vor.

Dr. Ulrich Volz

■ In der Regel erhält der Patient erst nach ca. sieben bis zwölf Monaten der Implantatextraktion, mit Lücke oder Interimsversorgungen, viel erduldeten Schmerzen, unzähligen Terminen und hohen Kosten einen festsitzenden Zahnersatz. Das „Short Cut Concept“ (SCC n. Dr. Volz) ist hierfür eine Lösung. In Kombination mit den speziellen Gewindedesigns und einteiligen Keramikimplantaten (Firma SDS, Swiss Dental Solutions) ermöglicht diese Therapiemethode in nahezu allen Situationen eine implantologische Sofortversorgung mit festsitzenden Langzeitprovisorien. Sogar Molaren können in den meisten Fällen direkt mit Keramikimplantaten ersetzt werden (Abb. 1). Das OP-Protokoll für das SCC ist sehr strikt und erfordert eine gewisse Erfahrung und Routine vom Behandler, um eine hohe Erfolgsquote zu erzielen. Nicht jeder Implantologe fühlt sich speziell in komplexen Situationen mit vielen zu ersetzenden Zähnen dieser Therapiemethode gewachsen. Hierfür muss also eine Lösung erarbeitet werden, um diese für den Patienten mit besonderen Vorteilen verbundene Methode praxisgerecht und skalierbar zu gestalten.

In den Anfängen der Implantologie war diese v.a. wenigen erfahrenen Kieferchirurgen und Oralchirurgen vorbehalten. Über die letzten Jahrzehnte wurde diese Leistung mehr auch in „normale“ Praxen integriert, sodass heute rund 11.000 Zahnärzte in Deutschland implantieren, eine Zahl, die kaum noch zunimmt. Branchenverbände gehen davon aus, dass durch den sehr hohen Anteil von weiblichen Studenten an den Universitäten diese Zahl in den kommenden Jahren wieder abnehmen wird: Zahnärztinnen operieren und implantieren in der Regel weniger gerne als ihre männlichen Kollegen.

Dagegen nutzen Zahnärztinnen sehr gerne die Möglichkeit, Patienten in oralchirurgische oder kieferchirurgische Praxen zu überweisen. Dies ist allerdings mit einigen gravierenden Nachteilen verbunden:

- der Patient muss darüber informiert und aufgeklärt werden, genau genommen müssten ihm aus forensisch-rechtlichen Gründen mehrere für den Eingriff qualifizierte Spezialisten genannt werden
- es muss eine Überweisung ausgeschrieben, das OPG kopiert und mitgegeben sowie eine Planung bzw. ein Auftrag verfasst werden

- der Patient muss für diesen Eingriff die vertraute und gewohnte Umgebung seines Hauszahnarztes verlassen und eine fremde Praxis aufsuchen
- Terminfindung, Koordination und Informationsaustausch kosten Patienten und Behandler zusätzliche Zeit
- der überweisende Zahnarzt hat keinen 100%igen Einfluss auf die Therapie, welche dann tatsächlich in der chirurgischen Praxis durchgeführt wird und erhält von dort lediglich eine grobe Information über den durchgeführten Eingriff. Optimalerweise erhält er noch das Abschluss-OPG
- häufig werden die Implantate dabei eher nach chirurgischen als nach prothetischen Gesichtspunkten gesetzt
- der überweisende Zahnarzt hat bis zur Rückkehr des überwiesenen Patienten nur Aufwand, Zeit und Kosten, ohne am durchgeführten Eingriff finanziell zu profitieren
- im besten Fall kann der Überweiser nun die prothetische Arbeit durchführen und abrechnen
- im negativen Fall nimmt der Patient die Überweisung in die chirurgische Praxis nicht wahr, belässt die Lücke oder wählt einen anderen, implantologisch tätigen Zahnarzt. Eventuell gehen seine Verwandten und Freunde gleich in die chirurgisch tätige oder neu gewählte Praxis des Patienten

Ein weiterer zu beachtender Punkt ist, dass ein Großteil des Honorars, welches ein Spezialist für einen bestimmten Eingriff, hier die Implantation im Allgemeinen bzw. das SCC im Speziellen, für seine hochspezialisierte Tätig-



**Abb. 1:** Zahn 27 nach Extraktion sofort durch Keramikimplantat ersetzt (SDS 2.o).



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

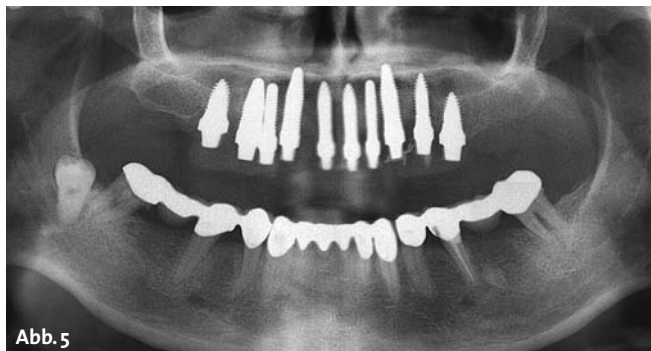


Abb. 5



Abb. 6

**Abb. 2:** Desolater Zustand mit Lockerung III an allen Zähnen im Oberkiefer. – **Abb. 3:** 45 Min. später – acht Sofortimplantate und zwei weitere flapless inserierte Implantate. – **Abb. 4:** Über ein gewöhnliches Formteil mit Protemp® hergestelltes Langzeitprovisorium, im Labor ausgearbeitet und mit Durelon® eingesetzt. – **Abb. 5:** Postoperative Röntgenkontrolle. – **Abb. 6:** Einheitszustand sechs Monate postoperativ (© Praxisklinik Dr. Müller, Gingen).

keit erhält, durch die Kosten „aufgezehrt“ wird, welche anfallen, um Ort und Logistik für diesen Eingriff bereitzustellen. Ungleich lukrativer wäre es, wenn Spezialisten vorhandene Infrastrukturen nutzen und sich ganz auf ihren persönlichen USP (Unique Selling Proposition) konzentrieren würden.

### Lösungsansatz – SCC

Dieser Artikel möchte einen Lösungsansatz beschreiben, welcher sich auf Initiative der Autoren in einem bereits ausgereiften Stadium befindet und sich in zahlreichen Praxen und Kliniken bereits seit vielen Jahren etabliert hat. Es wurde eine Gruppe von versierten und mit Keramikimplantaten erfahrenen Chirurgen in diesem Konzept ausgebildet, welche im Sinne des FIS (Flying Implant Service) in anderen Praxen implantieren. Der Einsatz beschränkt sich auf speziell für das SCC entwickelte, oben genannte Keramikimplantate, da diese über den reinen Servicefaktor Inhouse-Implantation hinaus einen weiteren Nutzen durch die Möglichkeit der Sofortimplantation und -versorgung generieren.

Der Patient aus der Fallpräsentation (Abb. 2–6) verlässt die Praxis nach 2,5 Stunden mit einem Provisorium, welches absolut stabil (im Gegensatz zum vorherigen Zahnersatz

auf den gelockerten Zähnen) ist, hat keinerlei Schwellung, da die Gingiva nicht aufgeklappt wurde und benötigt nur sehr begrenzt Schmerzmittel. Er hat durch diesen Eingriff nach dem SCC 7–12 Monate gespart, ca. 30 Prozent Behandlungskosten, mindestens 3–7 Termine und profitiert von einem jederzeit festen und ästhetisch ansprechenden Zahnersatz unter Erhalt der anatomischen Strukturen (Forensik: Der körperlichen Unversehrtheit des Patienten ist oberste Priorität einzuräumen).

### Ablauf des Flying Implant Service

Der Zahnarzt und der FIS-Implantologe vereinbaren einen ausreichend in der Zukunft liegenden Termin, welchen der Zahnarzt nach einem vorgegebenen Planungs- und Zeitkonzept mit Patienten befüllt. Es werden zwischen 20 und 30 Implantate eingeplant, wobei der Sinuslift vom Zeitaufwand als zwei Implantate gerechnet wird. Somit stellt es ein Pensum dar, welches an einem langen Arbeitstag gut zu schaffen ist.

Der Implantologe bringt zum Termin nicht nur das OP-Instrumentarium, sondern auch ein großes Auswahl-lager an Keramikimplantaten mit in die Praxis des Zahnarztes. Dieser stellt ein Zimmer mit zwei Assistenzen für die OPs zur Verfügung. In einem weiteren Zimmer führt der Zahnarzt die Vorbereitung durch (z.B. Ekr), dann werden dem Patienten im Operationszimmer die Implantate gesetzt und der Zahnarzt stellt nun im zweiten Zimmer das Langzeitprovisorium her. Der Implantologe berechnet dem Zahnarzt für seine konsiliarische Leistung einen Fixbetrag inkl. einer eventuell durchzuführenden

Extraktion (für den Fall einer Sofortimplantation) und inkl. einer eventuellen Nachimplantation, falls ein Implantat einmal verloren gehen sollte.

### Vorteile

Welche Vorteile ergeben sich nun für die drei an diesem Konzept beteiligten Personen?

#### Patient:

- kein Wechsel in eine andere Praxis
- Sicherheit, dass seine Vertrauensperson (sein Hauszahnarzt) bei der Implantation anwesend ist
- Sicherheit, durch einen in der Implantologie erfahrenen Spezialisten behandelt zu werden
- sehr viel weniger Termine, Koordinationsaufwand und Wege; geringere Strahlenbelastung durch weniger Röntgenaufnahmen
- geringere Fehlerquote, da alles Inhouse beim HZA abläuft und eine Kontrolle durch diesen existiert
- bessere Kostenkontrolle, weniger Rechnungen und Überweisungen
- die oben beschriebenen Vorteile des SCC-Konzeptes, welches allgemein ein besseres Ergebnis bei deutlich geringeren Kosten und deutlich reduzierter Terminanzahl für den Patienten bedeutet
- sofortiges Langzeitprovisorium

#### Zahnarzt:

- deutlich geringerer Aufwand in der Planung und Logistik bei gleichzeitig vollständiger Kontrolle und Transparenz
- Ausweitung des Behandlungsspektrums in der eigenen Praxis durch externen Spezialisten
- enorme Steigerungsmöglichkeiten der jährlichen Implantatanzahl durch Empfehlungen der Patienten (s.a. Testimonials über QR-Code am Ende des Artikels)

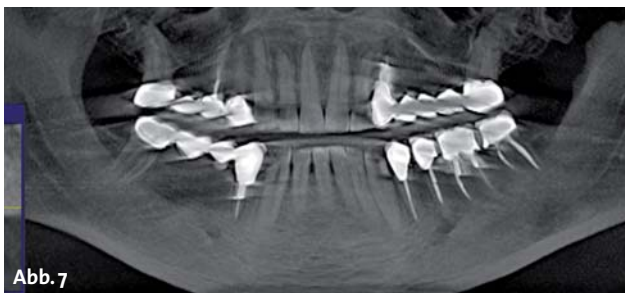


Abb. 7

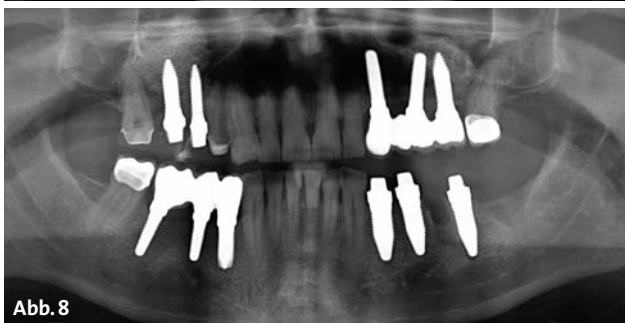


Abb. 8

**Abb. 7:** OPG vor Behandlungsbeginn. – **Abb. 8:** OPG direkt postoperativ 3. Quadrant.

- signifikante Steigerung des Umsatzpotenzials: die Kosten für den Spezialisten betragen bisher nur einen Bruchteil der dem Patienten in Rechnung gestellten Leistung
- de facto Inhouse-Fortbildung durch den Spezialisten, welcher in die Praxis kommt. Kosten für Reise, Übernachtung, Kurs oder Hospitation und Umsatzeinbußen für den Tag entfallen. Eine Hospitation in einer bekannten und guten Spezialistenpraxis kostet in der Regel zwischen 1.000 und 2.500 Euro. Häufig wird der Zahnarzt – anfangs im Beisein und mit Unterstützung des Implantologen – beginnen, einfachere und später immer komplexere Fälle selbst zu implantieren

#### FIS-Implantologe:

- bessere Nutzung der eigenen Praxisressourcen bzw. Erhöhung der Auslastung ohne Steigerung der Kosten
- Erhöhung des Einkommens bei gleichzeitiger Delegation der Administration und Fakturierung
- Aufbau eines zweiten Standbeines und weiteren Geschäftszweiges bei gleichzeitiger Entkoppelung seiner Tätigkeit von der Kostenseite durch die Nutzung von vorhandenen Räumen in den Überweiserpraxen
- zusätzliche Routine durch enorme Erhöhung der Implantatstückzahlen und damit der Sicherheit und des Könnens. Zwei FIS-Tage im Monat können ein Plus von rund 500 Implantaten pro Jahr bedeuten!

Gibt es bei diesem Konzept auch Verlierer? – Nein, denn es zeigt sich, dass sich die zusätzlich gesetzten Implantate aus Situationen rekrutieren, welche andernfalls nicht bzw. mit Brücken, Prothesen oder Wurzelbehandlungen gelöst worden wären. Das FIS-Konzept vereinfacht Zahnärzten und Patienten den Zugang zur Implantologie und weckt damit neue Nachfrage. Es handelt sich also um zusätzliches Potenzial, welches durch einfache, schnelle, ästhetische und für den Patienten komfortable Lösungen in Form von (Sofort-)Implantaten mit Sofortversorgung gewonnen werden kann.

Warum sollte er nun noch eine WSR beauftragen, deren Ergebnis mehr als fragwürdig ist oder eine endodontische Behandlung durchführen, welche nach Datenlage der Endodontologen selbst eine maximale Erfolgsquote von 25 Prozent in Bezug auf die begonnenen Wurzelbehandlungen aufweist (Statistik der KZBV – [www.endodontie.de](http://www.endodontie.de))? Warum sollte er nun eine Lücke belassen mit allen gnathologischen Nachteilen durch Zahnkippungen oder Elongationen? Oder warum sollten wir einen gesunden Zahn beschleifen, um eine Brücke herzustellen? Oder wieso soll eine Einstückgussprothese (ESG) hergestellt werden, welche eine ganze Reihe von potenziell gefährdenden und allergisierenden Legierungsbestandteilen (siehe auch unter [www.melisa.org](http://www.melisa.org)) enthält?

### Patientenfall nach SCC

Der 55-jährige Patient, Inhaber eines großindustriellen Unternehmens, stellte sich in der Klinik des Autors vor, um eine vollständige Sanierung aller vier Quadranten



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12

**Abb. 9:** Die drei Zirkonoxid-Implantate drei Monate postoperativ. – **Abb. 10:** Ansicht von lateral drei Monate postoperativ. – **Abb. 11:** OPG nach Eingliederung der Zirkonoxid-Suprastruktur. – **Abb. 12:** Klinische Abschlusskontrolle.

mit Metallentfernung und Entfernung aller wurzelbehandelter Zähne vornehmen zu lassen (Abb. 7). Sein Anspruch bestand darin, dass zu jedem Zeitpunkt ein feststehendes Provisorium eingegliedert sein müsse und ein perfektes ästhetisches Ergebnis mit möglichst wenigen Sitzungen erzielt werden solle, da sein Anfahrtsweg 900 Kilometer betrug.

Die Ansprüche des Patienten waren im 1., 2. und 4. Quadranten sehr einfach zu befriedigen, da hier noch erhaltungswürdige endständige Pfeiler vorhanden waren.

Deshalb möchten wir uns in der weiteren Betrachtung auf den 3. Quadranten beschränken, in dem alle vier wurzelbehandelten Zähne (34–37) entfernt werden sollten. Die Zähne wurden schonend entfernt und gemäß dem SCC-Protokoll (s.u.) Keramikimplantate des Typs RD (Root Design, SDS) in die Alveolen 34, 35 und distale Alveole 36 inseriert (Abb. 8). Die Quadranten 2 und 4 waren zu dem Zeitpunkt schon versorgt und der 1. Quadrant wurde zeitgleich mit simultanem Sinuslift, zwei Implantaten und Sofortversorgung therapiert.

Auch im 3. Quadranten wurde über ein Formteil mit Protemp® ein Langzeitprovisorium gezogen, ausgearbeitet und mit Durelon® eingegliedert. Es wurde darauf geachtet, dass keine Okklusions- und Laterotrusionsbahnen auf dieser Sofortversorgung vorlagen. Weiterhin wurde der Patient instruiert, keine harte Nahrung auf dieser Seite zu kauen.

Drei Monate später wurde das LZP abgenommen, alle drei Keramikimplantate waren gut eingeeilt (Abb. 9–12). Es zeigte sich, dass im Bereich der Implantate das Volumen des Hart- und Weichgewebes vollständig erhalten war, wohingegen sich im Bereich der mesialen Alveole 36 der Knochen in Bezug auf Breite und Höhe reduziert darstellte.

In Bezug auf den 3. Quadranten wurde dieses Ergebnis mit lediglich drei Sitzungen erreicht:

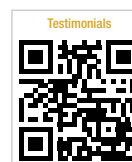
– Extraktion und Implantation

– drei Monate später Präparation und Abformung  
– drei Wochen später Einsetzen der definitiven Kronen aus Zirkonoxid

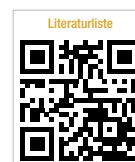
### Fazit

Bemerkenswert ist in diesen Fällen die Tatsache, dass die Papillen und die Attached Gingiva ebenfalls vollständig erhalten bleiben und das Niveau des Weichgewebes oft höher liegt als am benachbarten Eckzahn. Es ist anzunehmen, dass diese postoperative Situation die beste und gesündeste Lösung für den Patienten darstellt:

- ein vollständig eingeeilt, osseointegriertes metallfreies und weißes Keramikimplantat
- einteilig mit dem Kronenrand auf Gingivaniveau und somit einem Abstand von ca. 3 mm zum Knochen (biologische Breite)
- 100%iger Erhalt aller anatomischen Strukturen (Knochen, Papille, Attached Gingiva)
- vollständiger Erhalt der Blutversorgung, da zu keinem Zeitpunkt das Weichgewebe vom Knochen abgelöst und die Blutversorgung zerstört wurde. Auch das Attachment zwischen der Gingiva und der Zirkonoxid-Tulpe des einteiligen Implantates wurde in keiner Phase abgelöst. ■



Testimonials



Literaturliste

### KONTAKT

**Dr. Ulrich Volz**

Zollstr. 8, 8280 Kreuzlingen, Schweiz

Tel.: +41 71 6712404

uv@zahnklinik.de



Infos zum Autor