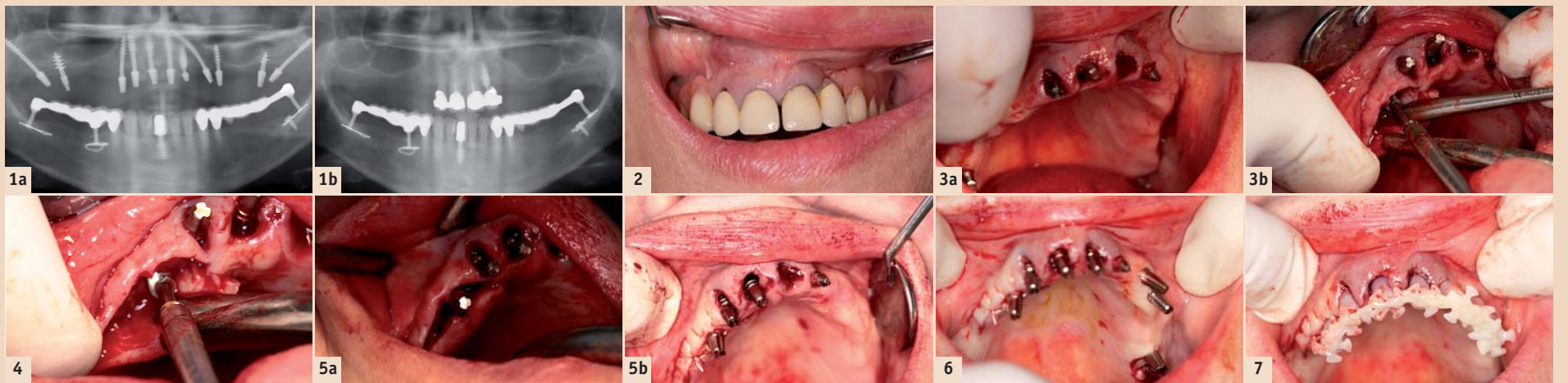


# Individuelles Implantat-Training für die Sofortbelastung

Prof. Dr. Stefan Ihde war als Praxiscoach zu Besuch in der Zahnarztpraxis Kunze und gab wertvolle Tipps rund um die Implantatversorgung. Von Torsten Kunze, Wietmarschen.



**Abb. 1 a und b:** Vorher: Mehrere Jahre nach der Versorgung des Unterkiefers mit zahn- und implantatgetragenen Brücken stand der Oberkiefer zur Versorgung an. Nachher: Unter Belastung eines KOS-Schraubenimplantats. – **Abb. 2:** Klinisches Bild des Oberkiefers mit alten Frontzahnkronen und einer Teilprothese. – **Abb. 3 a und b:** Unmittelbar nach der Exzision wurde im Bereich der Alveolen implantiert. Die Verankerung der Implantate erfolgt basal. – **Abb. 4:** Einsetzen des Implantats 13 mit dem Handgriff, nach palatinaler Abklappung und palatinaler Implantatbettpräparation. – **Abb. 5 a und b:** Nach dem Biegen des vertikalen Implantatanteils befindet sich der Kopf des Implantats 13 im Bereich des späteren Zahnbogens und der palatinalen Lappen kann zugenäht werden. – **Abb. 6:** Übersicht über den implantierten Oberkiefer. – **Abb. 7:** Die aufsteckbaren Abdruckkappen werden mit dünnfließendem Composite (Enamelite) verblockt.

In Ergänzung zu schon früher durchgeführten Kursbesuchen haben wir die Möglichkeit genutzt, ein individuelles Implantat-Training in unserer Praxis durchzuführen. Ziel des Trainings war nicht nur der Implantationsvorgang selbst, sondern gerade auch die Kooperation des Praxisteams und die Zusammenarbeit mit dem Labor.

Zwei schwierige Behandlungsfälle – ein kompletter Ober- und ein kompletter Unterkiefer – standen auf dem Programm. Beide Patienten sollten spätestens am Tag nach der Operation festsitzend versorgt sein. Wir haben den Oberkieferfall hier dokumentiert.

Nach vorangegangener Infiltrationsanästhesie und anschließender Exzision der drei vorhandenen Frontzähne (in Regio 22 lag bereits ein langjährig integriertes KOS-Implantat vor) wechselten wir in den OP-Bereich. Eines der Lernziele war die sichere multikortikal abgestützte Implantation in der Tubero-Pterygoid-Region. Der gesamte Ablauf dieses Vorgangs konnte detailliert beobachtet werden: Nach Abtasten des distalen knöchernen Gaumendachs und dem Ertasten des medialen Hamulus des Sphenoidknochens wurden rechts und links je ein BCS 3,5 26 inseriert. Gleich davor, ca. in Regio 6–7 wurde je ein BCS 5,5 12 Implantat ergänzt. Auf dem OPG ist sehr gut zu erkennen, dass diese beiden Implantate jeweils in einem Septumbereich der Kieferhöhle stehen, was den Implantaten eine enorme Primärstabilität gab

und alle verfügbaren Kortikalregionen ausnutzte.

## Insertion

Die Insertion der Frontzahn-Implantate gestaltete sich ebenfalls mühelos, wobei hier die bikortikale Verankerung dadurch erreicht wurde, dass alle Implantate sicher im Bereich des Nasenbodens befestigt wurden. Einzig das Implantat Regio 13 erforderte eine Aufklappung, da der Alveolarlappen dort so schmal war, dass der krestale Implantatanteil nicht untergebracht werden konnte. Nachdem also eine einfache transgingivale Insertion des Implantates dort nicht möglich war, erfolgte eine kleine Inzision mit Aufklappung nach palatinal. Die basale Verankerung des Implantats wurde im apikalen Bereich des Alveolarfortsatzes und im Nasenboden erreicht. Das Implantat wurde hierbei zunächst von mesial/palatinal inseriert und anschließend konnte der Implantatkopf in den Bereich des Zahnbogens hinein gebogen werden. Es war für alle erstaunlich, welche enorme Festigkeit die verbliebenen Restknochenanteile des Oberkiefers aufwiesen. Die palatinal Insertion ist im Prinzip eine sehr einfache und elegante Standardmethode in der basalen Implantologie und sie wird sowohl für laterale basale Implantate als auch bei den basalen Schraubentypen durchgeführt.

Nach weniger als einer Stunde waren alle Implantate sicher inseriert. Angesichts der kurzen Behandlungsdauer und der minimalinvasiven Tech-

nologie ist eine Sedierung im Prinzip nicht nötig, obgleich sie für viele Patienten hilfreich ist.

## Abdruck und Bissnahme

Der Abdruck erfolgte (nach Verblockung der Abdruckkappen mit Composite zur Lagesicherung) mit Optosil und die Bissnahme mit einer Wachsplatte. Während der Bissnahme ist ein unterstützendes, den Biss stabilisierendes manuelles Festhalten des Unterkiefers nötig, da die alte Bissituation von der Gelenkszentrik weit abwich. Die definitive Bissnahme erfolgt später auf dem Gerüst. Dennoch ist eine weitgehend richtige erste Bissnahme für die Behandlung wichtig.

Im praxiseigenen Labor wurde der Abdruck ausgegossen, die beiden Modelle kiefergelenksbezogen einartikuliert und danach sofort mit der Modellierung des Gerüsts begonnen. Bereits wenige Stunden später kam die Patientin zur Gerüstanprobe erneut in die Praxis. Bei der Gerüstanprobe ist in aller Regel ein Beschleifen der Implantatköpfe notwendig und völlig beschwerdefrei machbar. Prof. Ihde brachte zum Kurs eine Zahntechnikerin mit, die sowohl selbst Teile der Arbeit anfertigte als auch die Arbeitsschritte für unsere Technikerin demonstrierte und sie anleitete.

Nach der Gerüstanprobe und erneuter Bissnahme setzten die Zahntechniker ihre Arbeit fort. Wir entschieden uns für eine metallarmierte Kunststoffbrücke, da das Erstellen einer keramischen Brücke zeitlich nicht zu

realisieren war und zuerst abgewartet werden sollte, ob und wie sich die Oberkiefermorphologie nach der Exzision noch verändern würde. Aus diesen Gründen sollte in die erste Brücke nicht so viel Geld und Arbeitszeit investiert werden.

Beide Arbeiten konnten dann am Folgetag fest eingesetzt werden. Wir benutzen bei uns in der Praxis fest angemischtes Fuji Plus-Zement, wobei wir nach dem Einsetzen der Arbeit die überschüssigen Zementreste sofort gründlich mit Wasser abspülen.

## Fazit

„Simpler is better“ – nach diesem Motto konnten wir zwei Patienten schnell, sicher und schmerzfrei zu festsitzenden Zähnen verhelfen; ohne Augmentation, ohne große Traumata, und in nur eineinhalb Tagen.

Unsere teaminterne Fortbildung unter Supervision von Prof. Ihde gestaltet sich von Beginn an als sehr kollegial, fast freundschaftlich und unkompliziert.

Wir implantieren seit 2008 ausschließlich Implantate von Ihde Dental und werden das zum Wohle unserer Patienten ganz sicher auch beibehalten. Ein besonderer Dank gilt auch der mobilen Zahntechnikerin, die im Labor so arbeitete wie wir in der Praxis.

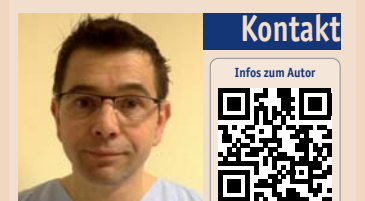
Obgleich wir seit mehreren Jahren festsitzende Versorgungen in Sofortbelastung durchführen, haben wir uns an die beiden im Kurs versorgten Fälle nicht herangetraut. Ein individuelles Praxiscoaching stellte eine elegante

Variante dar, bei der diese beiden schwierigen Fälle versorgt werden konnten. Der Lerneffekt war besonders gut, weil das ganze Team beteiligt war und auch viele Hinweise durch den Coach an Helferinnen und gerade auch an die Fachkraft an der Anmeldung gegeben wurden. Auf diese Weise können telefonische Patientenfragen in Zukunft noch besser beantwortet werden.

Wir alle kennen das Problem nach Kursbesuchen: Wenn nur der Zahnarzt alleine auswärts Kurse besucht, dann besteht oft die Schwierigkeit, das Gelernte richtig umzusetzen und Änderungen in der Praxis auch wirklich zu implementieren. Prof. Ihde ist ein erfahrener Praxiscoach und er hat mit viel Humor und nach genauer Beobachtung der Praxissituation viele kleine Hinweise an alle in unserem Team gegeben. [DI](#)



Infos zum Unternehmen

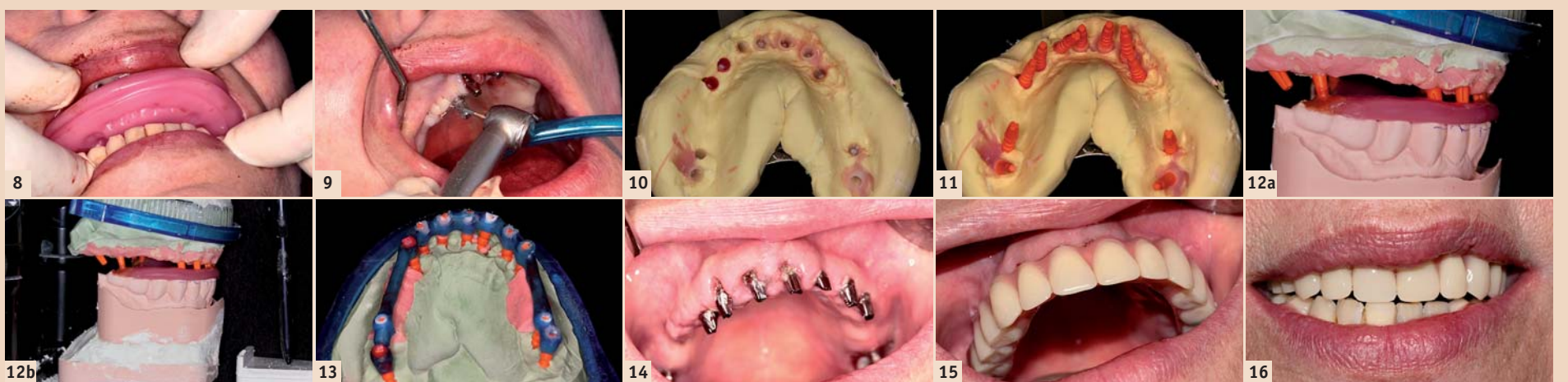


Kontakt

Infos zum Autor



**Zahnarztpraxis Torsten Kunze**  
Hauptstr. 39  
49835 Wietmarschen/Lohne  
Deutschland  
Tel.: +49 5908 960720  
praxiskunze@yahoo.de



**Abb. 8:** Die Wachs-Bissnahme bereite zunächst Schwierigkeiten, weil die Patientin immer wieder die gewohnte anteriore Einbissmöglichkeit suchte. – **Abb. 9:** Nach der Abdrucknahme wurden die Implantatköpfe an einigen Stellen angeschrägt, um das spätere Einsetzen der Prothetik zu erleichtern. – **Abb. 10:** Der Abdruck wird mit Wachs ausgeblockt. – **Abb. 11:** Nach dem Einsetzen der Implantatanaloge wird Gingiva-Silikon aufgebracht und der Abdruck ausgegossen. – **Abb. 12 a und b:** Ober- und Unterkiefer sind nun lagerecht einartikuliert. – **Abb. 13:** Die Wachsmodellierung ist in diesem Fall sehr einfach, weil sich alle Implantate im Zahnbogen befinden. Das Metallgerüst soll die frisch inserierten Implantate schienen und so eine komplikationslose Integration unter voller Kauast ermöglichen. – **Abb. 14:** Die Implantatköpfe werden im Hinblick auf die Ästhetik von vorne und im Hinblick auf die Phonetik von palatinal her angeschrägt. Die Vorlage dazu erfolgte durch die Zahntechnik, d.h. es wurden genau die Teile der Köpfe beschliffen, die auch auf dem Modell entfernt worden waren. Erstaunlicherweise ging dies auch ohne jede Schablone sehr leicht. – **Abb. 15:** Übersicht über den Oberkiefer nach dem Einsetzen der Brücke. – **Abb. 16:** Detailaufnahme des von außen sichtbaren Mundbereichs mit der Implantatbrücke und den Weichteilen.