

Ästhetik und herausnehmbarer Zahnersatz auf Implantaten: Widerspruch oder Synergie?

Autoren_Dr. med. dent. Peter Gehrke, ZTM Björn Roland, Prof. Dr. med. dent. Günter Dhom

_ Fallbeispiel



Abb. 21

hen die Therapiekonzepte und Meinungen vieler Autoren zu dieser Frage noch weit auseinander.¹⁻⁵ Da ein stark reduzierter Restzahnbestand häufig mit einer ausgeprägten Knochenatrophie einhergeht, bestehen grundsätzlich zwei Therapiestrategien: die chirurgische Rekonstruktion oder die prothetische Rehabilitation



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

Abb. 1 _OPG des Ausgangszustands.

Abb. 2 _ Postoperatives OPG nach PA-Vorbehandlung, Extraktion und Implantation im OK.

Abb. 3 _ Interims-Zahnersatz im OK und UK. Erste Molaren im OK dienen als vorübergehende Klammerpfeiler der temporären Versorgung. UK Erhalt der Zähne 33, 34, 43, 45.

Abb. 21 _OK und UK Zirkonium-Galvano-Konus-Prothetik in situ.

_ Einleitung

Wie in der konventionellen zahnärztlichen Prothetik sind auch in der Implantatprothetik die funktionelle, ästhetische und phonetische Rehabilitation des Patienten die obersten Behandlungsziele. Da die Patienten einen zusätzlichen chirurgischen Eingriff auf sich nehmen, sind ihre Erwartungen hinsichtlich der Ästhetik besonders hoch. Bei stark reduziertem Restzahnbestand stellt sich bei der präimplantologischen Planung vor allem die Frage, ob ein festsitzender oder abnehmbarer Zahnersatz angestrebt werden soll. Im Allgemeinen besteht dabei die zahnärztliche Auffassung, dass festsitzende Implantat-rekonstruktionen mit einer höheren Patientenakzeptanz und Zufriedenheit einhergehen. Jedoch ge-