

Ästhetik und Therapiesicherheit – hohe Ziele auch in der Implantologie

Während in früheren Jahren der zahnärztlichen Implantologie der Erfolg einer implantatprothetischen Behandlung vorwiegend nur mit der Osseointegration des Implantates gleichgesetzt wurde, um Kronen, Brücken oder Prothesen zu verankern, wird heute die prothetisch und damit biodynamisch sinnvollste und gleichzeitig ästhetisch optimale Position des Implantates angestrebt.

DR. MED. DENT. THOMAS HOCH/OSSLING

Durch moderne Augmentationstechniken können Voraussetzungen geschaffen werden, die eine ästhetisch anspruchsvolle Implantatprothetik erlauben. Deshalb sollten chirurgische Techniken wie GBR (gesteuerte Knochenregeneration), GTR (gesteuerte Geweberegeneration), Bone-splitting (Knochenspreizung) und Sinusbodenelevation jedem implantologisch tätigen Zahnarzt geläufig sein. Die Ästhetik in der Implantologie wird heute v.a. vom kritischen Übergangsbereich zwischen Implantat, Krone und Weichgewebe (emergence profile) bestimmt.

Kriterien für ästhetischen Erfolg

Grundlagen für ästhetische Erfolge sind folgende Kriterien der Implantatpositionierung:

- hinter einer gedachten, die Bukkalflächen der Nachbarzähne verbindenden Linie,
- Abstand zu den Nachbarzähnen mind. 1,5–2 mm,
- Abstand zwischen zwei Implantaten mind. 3 mm,
- Implantatschulter ca. 3 mm unter der Schmelz-Zement-Grenze der Nachbarzähne,

– Sofortimplantation: Implantatdurchmesser orientiert sich nach dem geringsten zervikalen Durchmesser des zu ersetzenden Zahnes, Implantatlänge mind. 3 mm > Wurzellänge).

Um ein ansprechendes Weichgewebsmanagement zu erreichen, sollten diese Abstände zu Nachbarstrukturen eingehalten werden, da es sonst zu Minderversorgung des perimplantären Knochens kommt. Dies gefährdet nicht nur die Ästhetik, sondern langfristig den Implantaterhalt. Auch andere Faktoren, wie z.B. Mundhygiene des Patienten, operative Schnitt- und Nahttechniken, Knochenresorption nach Deperiostierung (Aufklappung) und Gingivatypus spielen eine große Rolle.

Kriterien für den Einsatz von Membranen, Knochenersatz- und Knochenaufbaumaterialien

Der Einsatz von Membranen ist bei augmentativen oder implantologischen Maßnahmen dann angezeigt, wenn das Periost nicht mehr intakt ist (eher resorbierbare Membran) oder wenn zu erwarten ist, dass der Defekt nur unter



Abb. 1–3: Schmerzen an 37 und Unzufriedenheit mit ihrer dentalen Ästhetik führten die 42-jährige Patientin zur Behandlung.



Abb. 4: Ästhetisch und funktionell unbefriedigende UK-Situation. – Abb. 5: 1/4 des 13 mm Implantates inseriert im ortständigen Knochen. – Abb. 6: Der Rest ist augmentativ gefüllt mit einem Gemisch aus Cerasorb 500–1.000, Wundblut, PRP und autologen Knochenspänen abgedeckt mit einer TefGen Membran, befestigt mit der Implantatverschlusschraube.