

**ZP**

**ZAHNARZT  
&  
PRAXIS**

**Implantate als Standardtherapie  
des niedergelassenen Zahnarztes**

Dr. Armin Nedjat

Sonderdruck

**8** Dezember  
**2006**

flohr verlag gmbh & co. kg  
Hauptstraße 22, D-78628 Rottweil

**flohr**  
verlag

# Implantate als Standardtherapie des niedergelassenen Zahnarztes

CT/ DVT-Diagnostik, navigiertes Implantieren mit Schablone und aufwendige Knochenaufbau-Techniken lassen beim niedergelassenen Zahnarzt oft den Eindruck entstehen, erfolgreiche Implantologie sei nur noch auf High-Tech-Niveau in hochspezialisierten Praxen möglich. Doch es geht auch anders.

**Patienten wollen primär nicht Implantate, sondern eine Lösung ihres Problems.**

**Wichtige Voraussetzungen: Fundiertes Fachwissen, Gefühl in den Fingern und gesundes Selbstvertrauen.**

Die Implantologie nimmt einen wichtigen Stellenwert in meinem Behandlungskonzept ein. In vielen Situationen gibt es keine Alternative mit vergleichbarem Nutzen. Deshalb sollte die Implantologie nicht die Therapie elitärer Zahnärzte für besserverdienende Patienten sein, sondern in jeder Praxis zur Standardtherapie werden. Patienten wollen primär nicht Implantate, sondern eine Lösung ihres Problems. Wir müssen dann Therapiemöglichkeiten und Kosten bedenken. Vor allem aber: Was ist eigentlich notwendig? In der aktuellen Diskussion um die Möglichkeiten der High-Tech Implantologie sehe ich auch die Gefahr von Überdiagnostik und Übertherapie.

## Was brauche ich für den Anfang?

Verlangt die Implantologie für nicht spezialisierte Praxen wirklich so hohe Investitionen in Ausrüstung und Fortbildung auf Master-Niveau? Natürlich ist High-Tech in speziellen Fällen sinnvoll oder gar essentiell. Doch es entsteht der Eindruck, die Implantologie sei grundsätzlich nur mit großem Aufwand in die Praxis zu integrieren. Diese Entwicklung sehe ich sehr kritisch: Um „state-of-the-art“ behandeln zu können, brauchen Sie neben einer normalen zahnärztlich-technischen Ausstattung mit einem OPG und einem „grünen“ Winkelstück vor allem drei persönliche Eigenschaften: Fundiertes Fachwissen, Gefühl in den Fingern und gesundes Selbstvertrauen.

## Die richtigen Patienten?

Zunächst spielt die örtliche Lage der Praxis keine Rolle. Unbedeutend ist auch der Versicherungsstatus der Patienten. Ich setze 90% aller Implantate, das sind 500 pro Jahr, bei gesetzlich Versicherten. Das Beratungsgespräch spielt eine wichtige Rolle. Der Patient muß den

zahnmedizinischen Mehrwert erkennen, weil er diesen privat finanziert. Deshalb wird er vom gesamten Team als VIP-Gast behandelt. Mit den aktuellen Röntgenaufnahmen, Situationsmodellen, dem klinischen Befund, verschiedenen Demo-Materialien und dokumentierten Fällen findet das Gespräch statt. Alle Wünsche und Bedenken werden ernstgenommen und direkt angesprochen: Ist die Operation schmerzhaft, gibt es danach Einschränkungen, wann kann ich wieder arbeiten, welche Verbesserung bieten Implantate und wie hoch wären die Kosten bei herausnehmbarem Zahnersatz? Das Angebot zinsfreier Ratenzahlung über externe Abrechnungszentren kann die Entscheidung erleichtern.

## Welches Konzept wende ich an?

Meiner Erfahrung nach eignen sich besonders einteilige Implantate für die minimal-invasive Methodik („MIMI“) und zur Sofortversorgung („SvVS“: Sofort-versorgte-verblockte-Supra-konstruktion). Beide Konzepte haben sich seit über 20 Jahren klinisch bewährt, sind sicher und relativ leicht erlernbar. Meine Meinung: Das sicherste und beste Abutment ist „kein Abutment“. Die Gefahr einer Periimplantitis, verursacht durch den Mikrospace zweiphasiger Implantate, auch bei optimierter intraimplantärer Verbindung, ist bei einteiligen Implantaten nicht gegeben.

Einteilige Implantate werden nach Möglichkeit minimalinvasiv-transgingival gesetzt. Ohne Schnitte und Lappenbildung – eventuell stanzen – präpariert man transmukosal die Knochenhöhle. Anschließend wird durch größer dimensionierte Spreader und Implantate der Knochen nach lateral verdichtet, ohne ihn pathologisch zu deformieren. Durch das leicht konische Implantatdesign entstehen die erwünschte Kompression und eine adäquate Primärstabilität. Die kontrollierte Insertion wird mit einer drehmomentbegrenzenden Ratse (bei etwa 30 Ncm) beendet.

Bei Sofortversorgung ist zu beachten, daß Mikro- und Relativbewegungen der Implantate und Überbelastungen des periimplantären Knochens in jeder Phase post OP zu vermeiden sind. Dann können die gleichen Erfolgsraten wie bei einem lastfreien Einheilungskonzept erreicht werden. Dies geschieht mit den einteiligen Kompressionsimplantaten einfacher,





**Abb. oben:**  
**Atraumatische Weichgewebssituation direkt nach Implantation. Die unterschiedliche Einschubrichtung wurde ohne Präparation der Implantate durch zementierbare NEM- Mesostrukturen parallelisiert, auf die wiederum festsitzende Keramikbrücke eingesetzt.**

**„Die Implantat-Therapie steht kurz vor dem breiten Durchbruch und gehört primär in die Hand des niedergelassenen Hauszahnarztes.“**

schneller und dadurch preiswerter. Zudem treten nach „minimal-invasiven Eingriffen“ nur selten Schwellungen und Schmerzen auf, obwohl die Patienten in der Regel nur Chlorhexidin und Ibuprofen 400 verordnet bekommen.

### Ein System für jede Praxis?

In einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis liegt meines Erachtens bei rund 90 Prozent der Fälle die Indikation für eine transgingivale Implantation ohne Aufklappung und Schnitte („flapless“) und mit sofortiger prothetischer Versorgung vor. Eine optimale Mundhygiene des Patienten ist entscheidend für den Langzeiterfolg, hier besteht kein Unterschied zu zweiphasigen Implantaten.

### Wie werden Kompressions-Implantate prothetisch versorgt?

Bei den klassischen einteiligen Vierkant-Implantaten ist auch die zahntechnische Arbeit wesentlich einfacher als bei mehrphasigen Systemen. In der Regel versorgen wir die Patienten in einer Zeitspanne von maximal zwei Wochen von der Implantation bis zur Eingliederung der definitiven Suprakonstruktion. Voraussetzung für den Langzeiterfolg sofortbelasteter Implantate ist eine optimale Kraftverteilung auf möglichst viele primärstabile Pfeiler – in Verbindung mit parodontal-suffizienten Zähnen – durch eine möglichst verblockte und spannungsfreie Suprakonstruktion. Acht bis zwölf Pfeiler pro Kiefer sind bei festsitzendem Zahnersatz ratsam. Und die Rot-weiß-Ästhetik? Immer wieder hört man, hierfür seien zweiteilige Systeme zwingend notwendig. Ich habe zahlreiche Patientenfälle dokumentiert, die dem widersprechen. Denn: Wie bei einer Zahnkrone ist das einteilige Implantat subgingival präparierbar. Mit Hilfe provisorischer selbstgemachter Kunststoff-Pontics sind zudem ästhetisch ansprechende Papillen formbar.

### Welche Patientenfälle kommen in Frage?

Der zahnlose Unterkiefer mit mindestens vier interforaminal gesetzten Implantaten oder eine Freiendsituation mit zwei bis drei Pfeilern in Verbindung mit eigenen Zähnen sind meistens klassische Einsteigerfälle. Darauf folgt im

nächsten Schritt die Pfeilervermehrung zur festsitzenden Versorgung ganzer Kiefer, dann der Ersatz eines Molaren mit zwei einteiligen Implantaten. Die Insertion von Einzelpfeilern bzw. Sofortimplantaten (Extraktion und Implantation in einer Sitzung) sollte erst folgen, wenn die übrigen Versorgungen routiniert von der Hand gehen.

### Resumee

Mit der aufeinander abgestimmten unterdimensionierten Implantatbettauflbereitung und dem konisch-kompressiv-geformten Implantatgewinde erreiche ich seit nunmehr zwölf Jahren sichere und vorhersagbare Ergebnisse. Dabei sorgt das minimal-invasive Verfahren beim Patienten für eine schmerzarme bis -freie Insertion. Spätere Komplikationen durch interne Schraubenlockerung, Abutment- oder Implantatbrüche, Mikrosplatt-bedingte Infektion und Resorption treten bei diesen einteiligen Implantaten bauartbedingt nicht auf. Natürlich sind mittlerweile alle gängigen Implantatsysteme auf einem sehr hohen Qualitätsniveau und funktionieren bei entsprechendem Vorgehen einwandfrei. Für mich ist neben der Qualität und der Anwendungsfreundlichkeit aber auch der Implantatpreis ein zentrales Entscheidungskriterium. Fest steht für mich: Die Implantat-Therapie steht kurz vor dem breiten Durchbruch und gehört primär in die Hand des niedergelassenen Hauszahnarztes.



#### Dr. Armin Nedjat

Promotion 1993 Frankfurt/ Main, implantologisch tätig seit Beginn seiner Assistenzzeit 1994, niedergelassen seit 1996 in 55237 Flonheim (bei Mainz), zahlreiche nationale und internationale Studienaufenthalte (u.a. Harvard/ Boston, USA), Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie 1999 DGZI, Diplomate ICOI 2000, Spezialist Implantologie Konsenskonferenz Implantologie 2001. 2004 – 2007 Referent für das KOS- Allfit-Implantatsystem (Dr. Ihde) 2003 – 2007 Entwicklung des einteiligen „Champions-Implantat“ 2007 Geschäftsführer, Referent und Praxis-Coach der „Champions-Implants“

Korrespondenzadresse: Dr. Armin Nedjat  
Bornheimer Landstraße 8, 55237 Flonheim  
Tel.: 0 67 34-3 68, Mail: nedjat@t-online.de  
www.champions-implants.com

