

# „Kleines 1 x 1“ und Grundregeln der Champions®

Über 2.800 Anwenderpraxen- und Kliniken sind von den Champions® überzeugt und begeistert.

**Text/Bilder** Dr. Armin Nedjat, Zahnarzt, CEO Champions-Implants GmbH

Das Champions®-System besticht durch sein exzellentes Preis- und Leistungsverhältnis in allen implantologischen Indikationen. Bei einer Auswahl von nunmehr 60 verschiedenen Formen und Durchmessern ein- oder zweiteiliger Implantate (alle „Made in Germany“) – die fakultativ einsetz- und zementierbaren „Prep-Caps“ aus Zirkon, Titan oder dem Hochleistungs-Kunststoff WIN!® bei den einteiligen gar nicht mitgerechnet. „Systemumsteiger“ erhalten kostenlos ein OP-Tray bestückt für ein- und zweiteilige Champions® sowie eine große Auswahl von Implantaten als Kommissionsware für ihre ersten beiden Champions®-Fälle.

Einen Kurs in Palma müssen „Umsteiger“ übrigens nicht belegen, um mit den Champions® durchstarten zu können:

Lediglich die Grundregeln müssen durchgelesen (und unterschrieben) werden. Die Online-Durchforstung im [www.champions-forum.com](http://www.champions-forum.com) mit bereits weit mehr als 800 Usern und 14.000 Beiträgen ist eine wahre Goldgrube mit zahllosen, bebilderten Beispielen, um schnell und richtig die Champions®-Philosophie „Aus der Praxis – für die Praxis“ zu verstehen:



Abb 1: Die Champions®-Familie wurde im März 2011 um die zweiteiligen (R)Evolution® erfolgreich bereichert. Alle Champions® sind sowohl mit als auch ohne Augmentationen „klassisch“ und auch minimal-invasiv (MIMI®), einsetzbar.

Abb 2: Das übersichtliche OP- und Prothetik-Tray wird Umsteigern und Interessierten kostenlos zur Verfügung gestellt, ebenso – für die ersten beiden OP-Fälle – ein Kommissionslager!

## 1. ZE-Planung

Bei festsitzendem und auch herausnehmbarem ZE bitte so viele Pfeiler wie möglich inserieren. Manchmal ist eben „Weniger gar nicht besser“, da man nicht vergessen darf, dass wir im Oberkiefer schließlich (von 7 auf 7) i.d.R. 24, im Unterkiefer 20 Wurzeln ersetzen. Das „Geiz-ist-Geil“-Verhalten aufgrund teurer Implantat- (und Abutment) Preise

sollte der Vergangenheit angehören. 10 Champions® (inklusive Abutments) kosten 1000 € – genau so viel wie lediglich 3 bis 4 Implantate der hochpreisigen Mitbewerber.

Die Regionen 3 und 4 sollten, nach Möglichkeit, immer abgestützt sein. Auch auf eine Verteilung der Pfeiler bei einem Kiefer sollte geachtet werden: für festsitzenden ZE daher in jedem Quadranten

4 bis 5 Implantate bzw. feste Pfeiler einplanen. Eine Verblockung von Implantaten mit festem, natürlichem Zahn (keine Intrusion!) ist nicht nur möglich, sondern erweist sich als empfehlenswert – alle Langzeitstudien belegen dies! Somit können Patienten durch ihre natürlichen Parodontien und spannungsfrei-verblockten ZE auch ihre „Implantate fühlen“. Bei herausnehmbarem ZE erfolgt das „Fühlen“ über die Gingiva durch die Prothese.



Abb. 3: Mit 6 Champions® pro Quadrant wurde der festsitzende ZE im OK und UK mit ausreichend vielen Pfeilern versorgt.

Abb. 4: Für herausnehmbaren ZE 4 Tulpen im UK.

## 2. Planung im Knochen

Lieber in abgeheiltem und ortsständigem, unaugmentiertem Knochen implantieren als in „frisch“ extrahierten Alveolen. Wenn Alveolengebiet unumgänglich, dann lieber versuchen, palatinal bzw. lingual gelegene Strukturen aufzuarbeiten, als die vestibulären Strukturen, um die erforderlichen 40 Ncm Primärstabilität zu erreichen, denn „der vestibuläre Knochen ist heilig“.

### Bei Sofortimplantationen:

Bi-, Trifurkations- und Septumbereiche versuchen aufzuarbeiten, keinesfalls in entzündliche, ossäre Prozesse implantieren (z. B. Granulom).

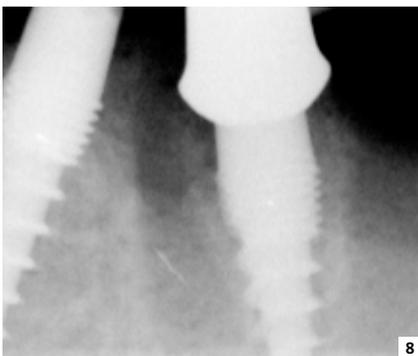
Möglichst keine „Partybremsen“ im Sinne von nicht resorbierbaren Materialien (alloplastische und bovine Materialien) einbauen: „Die Party“ im Sinne von natürlicher Knochenregeneration wird verhindert!

Kollagenes, resorbierbares Material – mit Hyaluronsäure-Gel beschichten – zeigt zurzeit die schnellsten und besten Ergebnisse der Knochenregeneration.

Bei einteiligen Champions® erfolgt die Insertion bei Sofortimplantationen gut 1 mm subkrestal (bezogen auf die buccale Knochenlamelle), die Zementierung der Zirkon-Prep-Caps 1 mm subgingival (der Zement hingegen kann nur nach oral abfließen!).

## 3. Planung und Versorgungsart

Bei herausnehmbarem ZE bezüglich der Tulpen darauf achten, dass ebenfalls eine genügend gute Abstützung beider Quadranten des Kiefers gewährleistet ist: insgesamt vier Pfeiler im UK, sechs Champions® im OK (auch z. B. zwei feste Zähne und vier Champions® möglich)! Ebenfalls möglich: gefräste, verblockte Zirkon-NEM- oder WIN!®-Gerüste! Hierzu werden Vierkant- oder auch Tulpen-Champions® durch CAD/CAM-gefräste Zirkon-, NEM- oder WIN!®-Kronen, die mit Stegen miteinander primär verblockt sind, galvanisiert oder mittels gefräster Sekundärstrukturen (auch aus WIN!®-Material) versehen.



**Abb. 5–8:** Sehr gut bei sogenannten „Sofortimplantationen“ (hier Zahn 34 und 36) zu sehen: Die kontrollierte Knochendehnung, die keinerlei Nekrosen hervorruft. Das primärstabile, mit 40 bis 70 Ncm inserierte, Champion® wirkt so quasi als „Spreader“ oder „Osteotom“. Die Vierkant-Champions® wurden bei den Sofortimplantaten gleich post OP mit einem Zirkon-Prep-Cap versorgt (Fuji Plus).

**Abb. 9–11:** Einteilige Champions® und präparierte Zirkon-„Prep-Caps“ direkt post OP und die basale Ansicht der gefrästen Zirkonbrücke, die innerhalb von 10 Tagen spannungsfrei mit Implantlink semi einzementiert wurde.

**4. Bohrung und Knochenaufbereitung**

Fakt ist: Wir verabschieden uns von dem Gedanken, dass die finale Bohrung fast kongruent mit dem Durchmesser der Implantate sein muss, da die nicht-selbstschneidenden Champions® quasi wie „Osteotome“ zu betrachten sind. So arbeiten wir z. B. lediglich mit einem gelben, konischen Dreikant-Bohrer im Oberkiefer (1,8 mm breit bei 14 mm Länge) den Knochen auf, um die Champions® gezielt in den Knochen zu „kondensieren“. Entgegen einigen Behauptungen zum Trotz: Auch bei rein transgingivalem, maximal periostschonendem Vorgehen arbeitet man niemals „blind“: „Digital“ – d. h. mit den Fingern! – ist zwar der Knochen bis zu einer Schleimhautdicke von 4 mm gut ertastbar, muss jedoch, wie bei allen anderen Systemen auch, mit OPG- oder DVT-Diagnostik unterstützt werden. Ein Geheimnis der MIMI® sind die konischen Dreikantbohrer, die man mit 150 - 250 U/Min einsetzt. Die Knochen-Kavitäten-Kontrolle, die sog. „KKK“, darf nach kei-

ner Bohrung vergessen werden! Mittels Sonde überprüft man alle Wände der Knochenkavität und es ist unglaublich, wie viele Informationen man „digital“ alleine mit der KKK erhalten kann: Man fühlt sogar intraoperativ, welche Wand kompakter ist, die buccale oder die orale ... Es gibt eben noch kein besseres Navigationsprogramm als den Operateur selbst, und keine Angst: Es ist unheimlich schwer mittels gelbem Bohrer eine Knochenwand zu perforieren, da die Dreikantbohrer bereits wie „Spreader“ funktionieren...

Auch der indirekte Sinuslift ist „kein Hexenwerk“ mehr und kann entmythisiert werden: Man bohrt nur bis zur „kompakteren Zone“, danach erfolgt die KKK, z. B. 4 mm. Dann benötigt man lediglich den 3,0 mm-Condenser zur indirekten Sinusboden-Anhebung um weitere 2 mm und inseriert nach erneuter KKK ein 6 mm langes Champion®... Ansonsten muss immer mindestens die volle Länge für die Aufnahme eines Champions®-Implantates mit evtl. allen Bohrern aufbereitet werden.

**5. Das richtige Implantat: Durchmesser und Insertion**

Nicht die Anatomie entscheidet über den Durchmesser der eingesetzten Implantate („breiter“ Knochen -> breiter Durchmesser des Implantats), sondern allein die erzielten Primärstabilitäten der Condensatoren und der Implantate! Diese Philosophie unterscheidet uns grundsätzlich von anderen Implantat-Systemen bzw. von veralteten, knochenphysiologischen Thesen! Die periimplantäre Ernährung spielt die entscheidende Rolle! Das Implantat-Lager würde mit Sicherheit geschädigt werden, wenn man z. B. „mit Gewalt“ ein 5,5 mm Champion® einsetzen wollte, obwohl ein 3,0 oder 3,5 mm Champion® bereits die angestrebte Primärstabilität von 40 Ncm erreicht hätte. Einzige Ausnahme dieser Regel: Bauartbedingt sollten zweiteilige Einzelimplantate im Molarengebiet einen Durchmesser von 4 mm nicht unterschreiten! Weiter gilt natürlich die Regel bei den einteiligen Champions®, dass man pro Einzelzahn-Molarenlücke zwei Ø 3,0 mm „New Art“ oder zwei Ø 3,5 mm „Classic“ inseriert ...

Mit Hilfe der Champions®-Drehmomentratsche inseriert man alle Champions® idealerweise zwischen 40 und 60 Ncm. Sollten am Ende einer Implantation sogar Primärstabilitäten von mehr als 70 Ncm (periimplantäre Ernährung würde beeinträchtigt werden) erreicht werden, so ist ein Entspannen der Implantate durchzuführen: Dabei wird die Ratsche umgedreht und das Implantat vorsichtig heraus- und wieder hineingedreht!

**6. Sofortversorgung und Sofortbelastung**

Eine Sofortversorgung ist bei einteiligen Champions® immer möglich, wenn die Primärstabilitäten von 40 Ncm erreicht werden.

Eine Sofortbelastung ist in der Regel möglich, wenn ...

- a) die Primärstabilitäten von 40 Ncm erreicht werden

UND

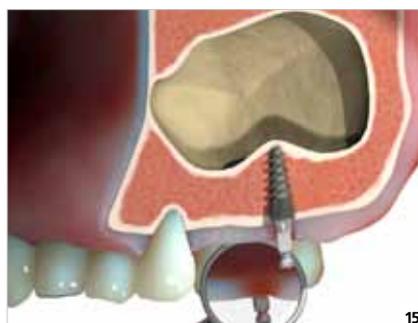
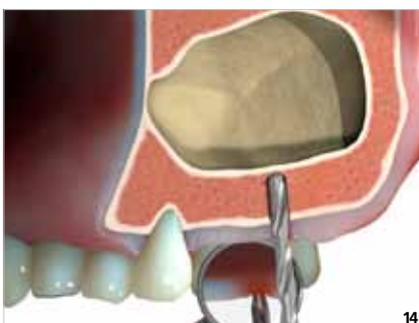


Abb. 12: Die erste Bohrung erfolgt grundsätzlich zunächst mit dem gelben Drill.  
 Abb. 13: Nach jeder Bohrung erfolgt eine „KKK“.  
 Abb. 14: Für einen indirekten Sinuslift bohrt man bis zum unteren Orbitalrand, dann erneut „KKK“ ...  
 Abb. 15: Der Kieferhöhlenboden wird um 2 mm angehoben.

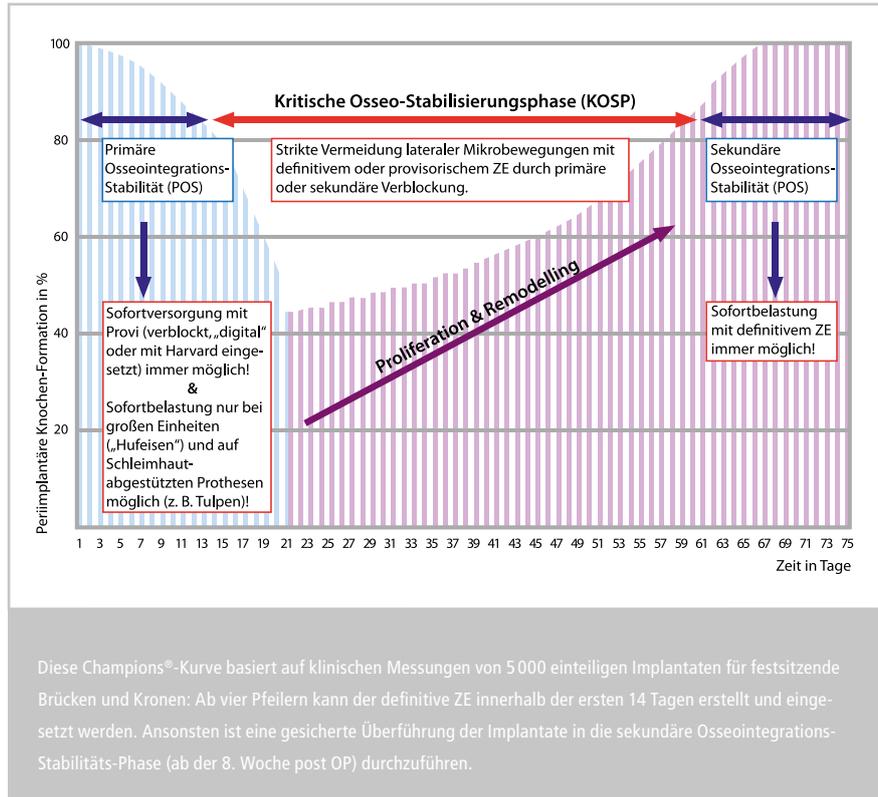
b) mindestens vier „verblockbare“ Pfeiler zum Einsatz kommen; bei weniger als vier Pfeilern ist die generelle Überführung in die SOS-Phase zu empfehlen: Also dann erst nach 8 Wochen post OP die Abformung und den definitiven ZE durchführen!

Generell ist die Mindestpfeileranzahl (im UK für herausnehmbaren ZE vier Pfeiler, für festsitzenden ZE sechs Pfeiler, im Oberkiefer jeweils zwei Pfeiler zusätzlich!) immer zu beachten!

Interessant ist, dass die Frage einer Sofortbelastung nicht mit den bei der OP erhaltenen Primärstabilitäten in Zusammenhang gebracht werden darf. So sollte z. B. auch ein Einzelzahnimplantat, das mit 70 Ncm (Obergrenze) inseriert wurde, niemals mit einer Krone sofort versorgt, sondern – über ein Provisorium gesichert – acht Wochen in die SOS-Phase überführt werden, bevor die definitive Krone eingesetzt oder angefertigt wird.

**7. Aufklärung des Patienten**

Wir empfehlen eine kurze, aber dringliche Aufklärung des Patienten vor der OP. Fordern Sie auch ruhig die Unterschrift des Patienten zur „aktiven Mitarbeit“ und zur Einwilligung ein! Lassen Sie den Patienten z. B. das Downloadformular (im Forum verfügbar) unterschreiben! Nicht die ersten Tage post OP sind die „kritischen“, sondern die Wochen 2 bis 8 sind „gefährlich“!!



Eine aktive Mitarbeit und das Verständnis der Knochenphysiologie seitens des Patienten ist unerlässlich!

**8. Das Provisorium bei einteiligen Champions®**

Sie müssen ein Provisorium bei einteiligen Vierkant-Champions® eingliedern! Also nicht auf den Gedanken kommen, dass man für wenige Tage bis Wochen gar kein oder ein unverblocktes, auf

Non-Okklusion eingestelltes Provisorium einsetzen oder keine Prothese anziehen bräuchte! Ansonsten sind die Implantate in den Wochen 2–8 post OP gefährdet.

Kein mit „TempBond“ eingesetztes Langzeit-Provisorium! Ein gelockertes Provisorium in z. B. der 3. Woche (Stabilität am Tiefpunkt!) und/oder eine mangelnde Aufklärung/Compliance durch die Behandlerpraxis bzw. seitens

des Patienten sind generell die Gründe für Früh-Verluste in der Implantologie! Nicht nur die Behandlerpraxis (inkl. der „Rezeption“!), sondern auch der Patient sollte wissen: Bei einem Bruch oder Lockerung des Provis (Implantate haben keinen parodontalen „Rezeptor“, daher auch kein Gefühl und Schmerz!) muss dieses so schnell wie möglich fixiert oder repariert werden, sonst entstehen nicht kontrollierbare Scherkräfte und extra-axiale Belastungen! Deshalb bitte das Provisorium über den Implantaten mit Harvard oder ähnlich hartem Zement einsetzen! Die mit Harvard-Zement eingesetzte provisorische Brücke kann man übrigens nach acht Wochen distal (ab dem Eckzahn) trennen und die drei Fragmente mit einem Hirtenstab vorsichtig „herunterklopfen“ (Zugkräfte und axialgerichtete Kaukräfte machen Implantaten generell nichts aus). Nach der Gerüstanprobe zementiert man wieder mit Harvard und verklebt die drei Fragmente mit herkömmlichem Bonding und Füllungs-Compositen miteinander!

Bei rein „digital“ erstellten Provisorien (mit „festem“ Füllungs-Kunststoff, befestigt an den Approximalstellen der Nachbarzähne) unbedingt darauf achten, dass die Gingiva nicht gereizt wird! Auf Hygienefähigkeit der Implantate achten!

Die starre Verblockung von Implantaten mit „lockeren“ Nachbarzähnen (II bis III) sollte vermieden werden, da diese oftmals zu Provi-Frakturen führen.

Prothesen können mit weichbleibendem Kunststoff unterfüttert werden, jedoch: Impregum-artige, gut polierbare festere Silikone bzw. Polyether sind erfahrungsgemäß besser (inklusive „Spannerfenster“ als Abfließmöglichkeit zur Vermeidung von Druckstellen).

**9. Die Prothetik**

Die Suprakonstruktion sollte „passiv fit“ sitzen, d. h. spannungsfrei, sonst riskiert man Knochenabbau oder Keramikabplatzungen. Ebenso auf die anerkannten Okklusionskonzepte der Fachgesellschaften achten (Eckzahn- bzw. balancierte Gruppenführung) mit nicht exzessiven Höcker-Fissuren Relationen interokklusal!

Auf die Hygienefähigkeit bei den definitiven Arbeiten achten! Keine „Balkone“, mögliche Schmutznischen oder „Nasen“ modellieren oder verblenden.

**10. Marketing**

Das MIMI®-Verfahren sieht sehr einfach aus! Doch behaupte ich, dass es chirurgisch ein schwierigeres Verfahren ist als – unter Sicht des Knochens – das „klassische Verfahren“. Somit ist das MIMI®-Verfahren nicht unbedingt „Anfänger geeignet“, sondern eher als eine fantastische Bereicherung für erfahrene, „klassisch arbeitende“ Chirurgen anzusehen. Wenn man einmal die Möglichkeiten und Chancen erfasst hat, die uns diese nunmehr 30 Jahre alte OP-Methodik eröffnet, so ist der Siegeszug von MIMI® und des darauf anwendbaren Systems, der Champions®, leicht zu erklären. Sowohl MIMI® als auch die Champions® (die man natürlich auch ganz „klassisch“ einsetzen kann) sind sehr GOZ 2012-freundlich und man sollte diese „Schlüssel-Loch“-Methodik durchaus mit der Endoskopie in der allgemeinen Medizin vergleichen: mehr Sicherheit, weitaus weniger Komplikationen, eine große Patientenbegeisterung, schnelleres Handling und hochwertige Prothetik zu „(r)evolutionären“ Preisen ohne dass unser Honorar oder unsere Qualität dran glauben muss!!

**Champions Implants GmbH**  
 Tel.: 06734 - 91 40 90  
 Fax: 06734 - 1053  
 info@champions-implants.com  
 www.champions-implants.com



16



17



18



19



20

**Abb. 16–20:** Bei der provisorischen Versorgung in den ersten acht Wochen post OP bei einteiligen Champions® (in diesem Fall mit Prep-Cap) gilt es, das Implantat mit den Nachbarzähnen sicher zu verblocken. Nach dem Erreichen des SOS (Sekundäre Osseointegrations-Stabilität) wird die Abformung durchgeführt und die Krone einzementiert.