

Knochen nach Setzen des Implantates vorhanden ist. Denn das Zahnfleisch zieht sich unter Belastung und Funktion immer dort zurück, wo wenig Knochen ist, egal ob es die eigene Zahnwurzel oder die „künstliche Zahnwurzel“, das Implantat ist.

ZUSAMMENFASSUNG UND BEURTEILUNG

1. Eine Zahnimplantation im Oberkiefer ohne chirurgische Aufklappung zur optischen Darstellung der Knochenbreite und ohne Navigation (siehe unten Punkt 2) ist meiner Ansicht ein **zahnärztlicher Kunstfehler**.

2. Eine Zahnimplantation im Oberkiefer ohne chirurgische Aufklappung aber mit Navigation wie in der Sendung „10vor10“ gezeigt, ist trotzdem mit den oben angeführten drei Mängeln und Nachteilen für einen Langzeiterfolg behaftet.

Navigation ist das Aufbereiten des Implantatbohrstollens mittels einer Schablone. Voraussetzung einer navigierten Operationstechnik ohne Aufklappung ist die präoperativ, computer-tomographisch, dreidimensional diagnostizierte genügende Knochenbreite und Knochenhöhe (im Oberkiefer sehr selten der Fall).

3. Standardimplantation im Oberkiefer wird eine operative Aufklappungstechnik bleiben, da der Knochen, speziell im

zahnlosen aber auch teilbezahnten Kiefer in der Front transversal (in der Breite) und im Seitenzahnggebiet vertikal (in der Höhe) – oft zusätzlich auch transversal – augmentiert (aufgebaut) werden muss.

4. Das Fernsehen als meinungsbildende Anstalt hätte die Aufgabe, alle Fakten zu einem Thema seriös zu recherchieren, kritisch zu beurteilen und dem Konsumenten jene Informationen zu liefern, aufgrund derer er seine Entscheidung zu seinem langfristigen Nutzen treffen kann.



Im Januar 2006

Dr. Godi Gisler

Ab April 2006 werden alle Informationen über zahnärztliche Implantologie, vom einfachen bis zum komplexen Fall mit vielen Beispielen, über ästhetische, rekonstruktive Zahnheilkunde, über parodontale und Mukogingivalchirurgie, über Zahnprophylaxe, Endodontie etc. auf meiner Website www.zahnarzt-gisler.ch abrufbar sein.

Informationen für unsere Patienten

Kommentar zur Sendung „10vor10“
vom 10. Januar 2006

Beitrag Zahnimplantate
D. Lager: „und es funktioniert!“.



Praxis
Dr. med. dent. Gottfried Gisler
eidg. dipl. Zahnarzt

www.zahnarzt-gisler.ch

Der Beitrag über Zahnimplantate in der Fernsehsendung „10vor10“ vom 10. Januar 2006, moderiert von Daniela Lager, wurde so dargestellt, wie wenn die vorgestellte neue Zahnimplantations-Schnelltechnik der zukünftige Standard wäre.

Das ist natürlich ein Riesenquatsch und ich frage mich ganz ernsthaft, wenn „10vor10“ alle übrigen Themen (die ich nicht beurteilen kann) gleich gut recherchiert wie diesen Beitrag, dann befindet sich die Sendung auf einem kläglichen Niveau.

MEIN KOMMENTAR

Transversales Knochenproblem (Knochenbreite)

Ein enossales (im Knochen liegend) Zahnimplantat muss nach Setzen im Kiefer von mindestens 1 mm gesundem Knochen umgeben sein, was heisst, dass für eine Implantat-Titanschraube mit einem Durchmesser von 4 mm eine Mindestknochenbreite von 6 mm vorliegen muss. Diese Voraussetzung trifft man in der zahnlosen Oberkieferfront äusserst selten an.

Vertikales Knochenproblem (Knochenhöhe)

Im zahnlosen Oberkiefer-Backenzahnbereich fehlt hingegen infolge Ausdehnung der Kieferhöhle dem Kieferkamm die Knochenhöhe. Bei meiner Praxisklientel war bis jetzt in durchschnittlich 90% aller operierten Fälle

(zahnlos und teilbezahnt) die geforderte Mindestknochenhöhe von 10 mm ortsständigem Knochen im Oberkiefer-Seitenzahnbereich nicht vorhanden, und es musste mittels Sinuslifttechniken Knochen vertikal augmentiert (aufgebaut) werden.

Ich nehme an, dass der Zahnchirurg Thomas Kristof im „10vor10“-Beitrag jenen äusserst seltenen Fall mit idealen Bedingungen von Knochenbreite (mindestens 6 mm) und Knochenhöhe (mindestens 10 mm) gefunden hat, was Frau Lager begeistert ausrufen liess: „*und es funktioniert!*“, und damit die Operationstechnik quasi als Mass aller Dinge und künftigen Zahnimplantationsstandard darstellte.

Ich entgegne dem: „*Wie lange funktioniert das?*“ und bringe dazu einige kritische Überlegungen, die aufgrund meiner langjährigen Zahnimplantationserfahrung seit 1983 bis heute gewachsen sind:

- Ziel jeder guten Zahnimplantologie für einen festsitzenden Zahnersatz ist, dass die Implantatschraube als „künstliche Zahnwurzel“ sowohl bezüglich Zahnachse wie Zahnposition am prothetisch richtigen Ort zu stehen kommt; also genau dort, wo die klinische Zahnkrone aus ästhetischen wie funktionellen Gründen auf dem Implantat verschraubt oder zementiert wird. Mit anderen Worten, ich versuche, die Harmonie des eigenen Zahnes, bestehend aus Wurzel und Krone in der Implantologie nachzuvollziehen.

Bei der in „10vor10“ gezeigten Schnell-

implantation müssen in der Oberkieferfront aus anatomischen Gründen häufig Kompromisse bezüglich Zahnachse eingegangen werden, soll das Implantat den Mindestanforderungen eines enossalen (im Knochen liegend) Implantates genügen.

- Bei der Schnellimplantation ohne Aufklappung weiss man nie, ob das Implantat im Zentrum des Knochens oder exzentrisch liegt; der Chirurg hat blindes Vertrauen in die vom Computer hergestellte Bohrschablone, die auf dem Gipsmodell sicher unverrückbar liegt, aber übertragen auf die weiche und nachgiebige Mundschleimhaut nie 100% identisch der Modellsituation reproduziert werden kann. Ist der Knochen aber an den am meisten belasteten labialen (zur Lippe hin) Halspartien des Implantates dünn, werden dieselben Patienten Jahre später für Ueli Schmezer und seinem Kassensturz ein gefundenes Fressen sein.

- Bei einer Zahnimplantation ohne Aufklappung wie im „10vor10“-Beitrag, also ohne sichtbare Darstellung der Knochenbreite, vergibt man sich die einmalige Chance, durch sorgfältiges Aufbereiten des Bohrstollens den Knochen zu kondensieren (verdichten) und zu dehnen. Nur unter Aufklappung kann der Knochen einer bestimmten Breite im Oberkiefer einerseits problemlos um 2-3 mm gedehnt werden und andererseits garantiert werden, dass an den heiklen Implantathalspartien mindestens 1 mm – besser 1,5 oder sogar 2 mm – gesunder