



Bundesverband der
implantologisch
tätigen Zahnärzte
in Europa

European
Association of
Dental
Implantologists

Konsensuspapier

European Consensus Conference (EuCC) in Köln 2006

Sofortversorgung und Sofortbelastung auf Implantaten

26. Februar 2006

Dieser Konsens basiert auf den Ergebnissen des Implants World Congress Consensus Meeting in Barcelona 2002, der 3. ITI-Konsensuskonferenz in Gstaad 2003 und der Immediate Function Consensus Conference in Hollywood 2003.

Während der letzten Jahre hat das Interesse an einer Verkürzung der Behandlungsdauer stark zugenommen. Die Ursache liegt in neuen Entwicklungen im Bereich des Implantatdesigns und der Behandlungsmöglichkeiten. Parallel zu diesen Entwicklungen hat auf Seiten der Wissenschaft eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage der Sofortbelastung und Sofortversorgung eingesetzt, die zu einer steigenden Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten in diesem Bereich geführt hat.

1. Definitionen

Sofortversorgung (nicht kaufunktionelle Sofortbelastung): Eingliederung von Zahnersatz ohne Okklusionskontakt am Tag der Implantation oder bis spätestens 72 Stunden nach der Implantation („geschützte Okklusion“).

Sofortbelastung: Eingliederung von Zahnersatz mit Okklusionskontakt am Tag der Implantation oder bis spätestens 72 Stunden nach der Implantation.

Dieses Konsensuspapier bezieht sich auf die Verwendung von Standard-Implantaten, wie in der Gebrauchsanweisung der Hersteller definiert (CE-Kennzeichen – systemspezifische Definition).

2. Indikationen

2.1. Zahnloser Unterkiefer

2.1.1 Sofortbelastung mit implantatgetragenen Deckprothesen

Eine Sofortbelastung von mindestens 4 Implantaten (intraossäre Länge > 9 mm) in der interforaminalen Unterkieferzone mit einer Deckprothese scheint die langfristigen Überlebens- und Erfolgsraten nicht zu gefährden (durchschnittliche Überlebensrate 97,3%). Für diese Indikation liegen randomisierte kontrollierte Studien vor. Dieses Verfahren erfolgt routinemäßig. Knochenqualität und Primärstabilität scheinen wichtige Prognosefaktoren zu sein.

2.1.2 Sofortbelastung mit implantatgetragenen Brücken

Für eine festsitzende Brücke sind mindestens 4 Implantate mit Standarddurchmessern (intraossäre Länge > 9 mm) im Unterkiefer erforderlich (durchschnittliche Überlebensrate 96,3%), sofern zusätzliche Voraussetzungen wie z.B. Bezahnung, Kieferrelation oder spezielle anatomische Faktoren gegeben sind.

BDIZ EDI
Lipowskystr. 12
D-81373 München

Fon: +49-89-720-69-888
Fax: +49-89-720-69-889
Mail: office@bdizedi.org
www.bdizedi.org

2.2 Zahnloser Oberkiefer

2.2.1 Sofortbelastung mit implantatgetragenen Deckprothesen

Zu diesem Thema liegen nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Aus diesem Grund ist eine evidenzbasierte Aussage nicht möglich.

2.2.2 Sofortbelastung mit implantatgetragenen Brücken

Implantatgetragene Brücken im Oberkiefer erfordern mehr Implantate zur Sofortversorgung als entsprechende Brückenversorgungen im Unterkiefer. Neuere Studien zeigen für implantatgetragene Brücken auf mindestens 6 Implantaten die gleiche Vorhersagbarkeit und Überlebensrate wie im Unterkiefer.

2.3 Teilbezahnter Kiefer (Ober- oder Unterkiefer)

Sofortbelastungen im teilbezahnten Kiefer mit festsitzender Prothetik sind nicht gut dokumentiert. Deshalb kann gegenwärtig eine evidenzbasierte Aussage für die Sofortbelastung nicht getroffen werden.

Für die Sofortversorgung mit festsitzenden Brücken im teilbezahnten Kiefer liegen nur Studien mit kurzer Beobachtungsdauer vor. Kürzlich erschienene Studien empfehlen den Ersatz jeden fehlenden Zahnes durch ein Implantat, wobei die Implantate durch die Versorgung verblockt werden.

2.4 Einzelzahnlücken (im Ober- oder Unterkiefer)

Die meisten Veröffentlichungen kommen zu Überlebensraten, die denen von Spätversorgungen vergleichbar sind. Die meisten dieser Studien beziehen sich jedoch auf reduzierte Belastungen (Sofortversorgung, nicht Sofortbelastung). Daher ist derzeit keine evidenzbasierte Aussage möglich.

Für die Sofortversorgung von Einzelzahnlücken liegt eine gute Dokumentation jedoch mit kurzer Beobachtungsdauer vor. Vorliegende Studien berichten über die Sofortversorgung nur im ästhetischen Bereich, wobei okklusale Kräfte vermieden werden müssen.

3. Entscheidungskriterien

Als von höchster Bedeutung für die Entscheidung, ob eine **Sofortversorgung/Sofortbelastung** möglich ist und wie viele Implantate zu setzen sind, werden die **folgenden Punkte** diskutiert:

- a. Zeitpunkt der Implantatinsertion (sofortige oder verzögerte oder späte)
- b. Primärstabilität
Diese hängt u. a. ab:
 - Knochenqualität
 - Implantatgeometrie
 - Implantatoberfläche
 - Chirurgische Technik
 - Eindrehmoment (entsprechend der Empfehlung in der Gebrauchsanweisung)
- c. Verblockung, sofern möglich
- d. Verblockte Versorgungen, die die Belastungen der Implantate in der Einheilphase reduzieren helfen
- e. Belastung durch antagonistische Bezahnung



4. Risikofaktoren:

- a. Starke funktionale Überlastung
- b. Parafunktionelle Kräfte
- c. Schlechte Knochenqualität
- d. Eingeschränktes Knochenangebot
- e. Vorliegen von Infektionen
- f. Risikobehaftete Verhaltensweisen wie z.B. starkes Rauchen
- g. Eingeschränkte Mundhygiene
- h. Schlechte Patientencompliance
- i. Andere allgemeine und lokale Risikofaktoren

5. Allgemeine Voraussetzungen:

- a. Umfassende Diagnose und Behandlungsplanung
- b. Kritische Prüfung von Vor- und Nachteilen für den Patienten
- c. Erfahrung und Kompetenz des Behandlungsteams
- d. Aufklärung und Einwilligung des Patienten

6. Zusammenfassung

Dieser Konsens basiert hauptsächlich auf prospektiven klinischen Untersuchungen (Evidenzgrad 3) und einigen randomisiert-kontrollierten klinischen Untersuchungen (Evidenzgrad 2).

Die Sofortbelastung dentaler Implantate ist bei Patienten mit guter peri-implantärer Knochenqualität und sicherer Primärstabilität des Implantates gut dokumentiert und hinsichtlich der Überlebensdauer den bereits bekannten Daten bei verzögerten Implantatbelastung vergleichbar.

Köln, den 26. Februar 2006

Christian Berger
Präsident