

Das ‚M&B‘- Erfolgsgeheimnis: Das Implantat als ‚Osteotom‘

- Erkenntnisse für unseren Praxis- Alltag

(Autor: Dr. Armin Nedjat)



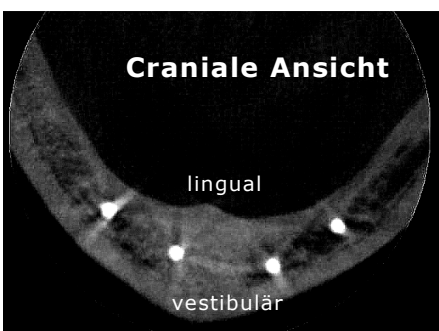
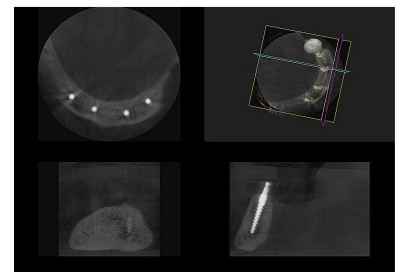
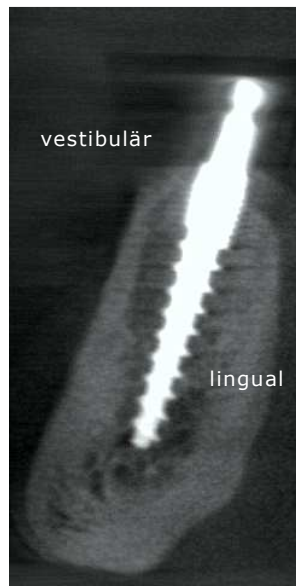
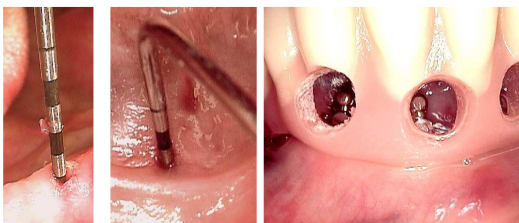
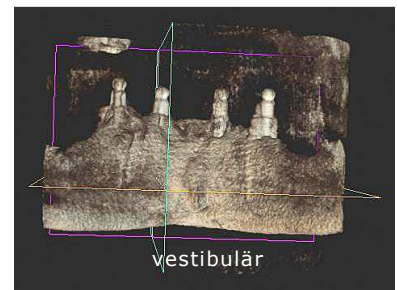
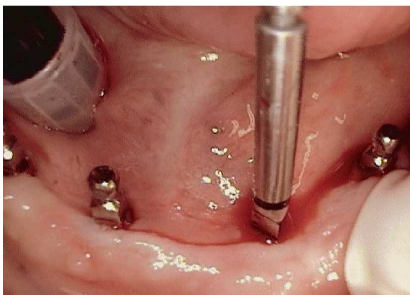
Foto: Vestibuläre 3D- Ansicht von kondensierten Champions® : Keine freiliegenden oder perforierten Gewinde durch die ‚K&B‘- Technik, auch nach Jahren nicht... Die Knochenstrukturen und das Periost werden in alle lateralen Richtungen entsprechend den Gewindegängen kontrolliert gedehnt. Eine Fenestrierung und Perforationen werden durch die ‚M&B‘- Technik praktisch ausgeschlossen.

Viele Zahnarztpraxen können nicht zum Erfolg kommen, weil sich- seien wir ehrlich- die meisten Patienten ‚KIV‘, also das „klassische Implantologie Verfahren“ inklusiver der Prothetik gar nicht leisten können. Einen Weg aus diesem offenkundigen Teufelskreis hat mir das ‚M&B‘- Konzept (MIMI®: Minimal- invasive Methodik der Implantation & BOIL: Bone- osseocondensed- immediately loaded) vor 15 Jahren aufgezeigt: Anfänglich 50 Implantate, inzwischen über 2000 Implantate in einem Jahr, die wir fast alle auch selbst hochwertig prothetisch versorgen, dies alles zu bezahlbaren Gesamtkosten. Gut 95 % aller Fälle können in unseren Praxen auch ohne Geräte- und Material- Investitionen erfolgreich gelöst werden, auch bei ganz schmalem, horizontal- atrophiertem Knochenangebot. Voraussetzung ist ein dabei *nicht*- selbstschneidendes, einteiliges Implantatgewinde (z.B. Champions®- Implants), das man in eine definiert- *unterdimensionierte* Knochenkavität mit definierter Kraft (40-80 Ncm) kondensiert. Man kann also in der Regel das Champion®- Implantat nicht tiefer inserieren als man gebohrt hat. Ich halte persönlich nichts von kleindimensionierten (<3mm Ø), selbstschneidenden Implantaten, denn Sie können als Operateur z.B. nicht kontrollieren, ob eine Perforation vorliegt, die einen langfristigen Erfolg gefährden würde. Da haben die ‚kritischen Forensiker‘ Recht! Nein, nicht der kleine Implantatdurchmesser entscheidet über die Möglichkeit einer Implantation im schmalen Kiefer, sondern die schmale Bohrung in voller Arbeitslänge!

Den Patienten im vorliegenden Fall brachte ein befreundeter Zahnarzt- Kollege. Zuvor war der Patient in anderen Zahnkliniken, die allesamt postulierten, dass eine Implantation *ohne* eine zu vorige Transplantation bzw. Augmentation von Hüftknochen im Unterkiefer nicht möglich sei. Die ‚KIV‘- Behandlung würde mindestens sechs Monate dauern, eine Garantie für einen Erfolg sei dabei bekanntermaßen nicht möglich. Eine Klinik gab dem verängstigten Patienten einen HKP für vier interforaminale Implantate inklusiver neuer Suprakonstruktion in die Hand, mit der Bemerkung, dass „er mit dem Eigenanteil in Höhe von 8000 Euro gut bedient sei“. Kein Wort über das ‚M&B‘ Konzept geschweige denn von der Möglichkeit minimal- invasiver Implantate in erfolgreicher Sofortbelastung (wo bleibt eigentlich da die Aufklärungspflicht?). Einen Heil- und Kostenplan über einen maximalen Eigenanteil von „nur“ 3800 Euro inklusive aller Material- und Laborkosten erhielt der Patient nach Anamnese, radiologischem und klinischem Befund (auch ‚digitaler‘ Palpation- mit den Fingern!).



Die Operation selbst verlief nach dem bekannten, minimal- invasiven, ‚flapless‘, den Knochen kondensierenden ‚M&B‘- Konzept routinemäßig ab: Nach buccalen und lingualen Infiltrationen bereiteten wir gezielt *unterdimensionierte* Knochenschächte auf, in den man die konisch- geformten 3,0 mm Ø & 14 mm langen Tulpen-Champions® (Auswahl von 16 Längen und Durchmessern, auch auf Kommission erhältlich!!) gezielt mit 60 Ncm ‚hineindehnt‘ und lateral verdichtet- Perforationen sind dabei durch die langsame, Drehmoment unterstützte Insertionstechnik ausgeschlossen!



Den ‚M&B‘- Erfolg überprüft man neben der Radiologie mit Knochenschall- Messung und evtl. zusätzlich mit dem ‚Periotest‘- Gerät der Firma Gulden von vestibulär und lingual.



Man erkennt u.a. bei 3D- Kontrollaufnahmen die Wirkungsweise von MIMI® & Boil, die zu einer kontrollierten Knochendehnung im Knochen führt. Insofern die Knochen- Kavitäten- Kontrolle mittels Knochensonde eine Perforation in allen fünf Dimensionen ausschließt („KKK“ positiv), so wird auch das Implantat vestibulär oder lingual *nicht* perforieren können, sondern den periimplantären Knochen gezielt vorsichtig ‚spreaden‘, lateral kondensieren bzw. ‚aufdehnen‘. Dies ist das Erfolgsgeheimnis von ‚M&B‘, da der Knochen dieses Osteotomieren akzeptiert und es auch nach Jahren zu keinem Knochenabbau oder zu Fenestrationen führt. Das sofort vollends ‚osseointegrierte‘ Implantat funktioniert mehr als ein Osteotom als ein „klassisch einheilendes“, zylindrisches, zweiteiliges Implantat. Die geforderte Primärstabilität und ausreichende Wandstärken des vestibulären („heiligen“) Knochens auch nach OP sind die Erfolgsgaranten für den Erfolg auch der sofortbelasteten Prothetik, und das für viele Jahre bzw. Jahrzehnte...

Wenn man bei diesem Fall angefangen hätte, mittig auf dem Kieferkamm die Bohrungen durchzuführen, so wäre die vestibuläre Knochenlamelle vor allem krestal zu dünn und schwach ausgeprägt gewesen. Ich vermeide es auch, wie früher üblich, ein Knochen- Plateau zu ‚planieren‘, damit eben dieses Knochen- Plateau „als Deich“ gegen vestibulär- gerichtete Kräfte dient. Wir lieben und brauchen Knochen, also fräsen wir ihn nicht weg! Augmentationen, lange „Einheilzeiten“ und Post- OP- Schmerzen können in den meisten Fällen vermieden werden. Nach Röntgenkontrolle erfolgte die Impregum- Abformung durch vestibuläre und linguale Zugangsfenster der Prothese bei fixierter, geschlossener Okklusion, um den gewohnten, richtigen Prothesenbiss zu erhalten und um Druckstellen zu vermeiden. Der begeisterte Patient verließ nach zwei Stunden Praxisaufenthalt mit fertig- gestellter, fixierter Prothese überglücklich die Praxis.



Unsere Patienten bezahlen nicht unsere Hand- und Eingriffe und für teure Investitionen. Sie bezahlen lieber unser ‚Know- How‘: Schmerzfreie Implantation mit innovativen Produkten, die ‚Kunst‘, sanft- gewebeschonend in kurzer Zeit optimale, prothetisch- hochwertige Lösungen zu ermöglichen. Wir müssen natürlich auch Notfälle (z.B. Arteria lingualis!) und Komplikationen vermeiden, erkennen, beherrschen und in der Lage sein, mit Hilfe des ebenfalls bewährten ‚KIV‘-



Konzeptes agieren zu können. Mit dem ‚M&B‘- Konzept stehen Ihnen langzeit- gesicherte Erkenntnisse zur Verfügung, die allen Beteiligten nur Vorteile bringen: Der Patient wird schmerzfrei (ohne OP- Trauma) operiert, kann seinem gewohnten Alltag spätestens ein Tag post OP nachgehen und wird zeitlich schnell und hochwertig versorgt. Die- auch für den Patienten- bezahlbaren Gesamtkosten werden nicht- wie etwa beim ‚KIV‘- als „durchlaufender Posten“ verbucht, sondern es bleiben mindestens 60 – 90 % des Umsatzes in Ihrer Praxis. Das ‚M&B‘- Konzept ist *die* kleine, positive Revolution in unserem Praxisalltag, die funktioniert, viel Spaß macht und inzwischen weit über 1000 Anwender in Deutschland erfolgreich handhaben.