



Dr. Norbert Conca, SMD Genf

**Fortsetzung von Seite 1**  
schlecht sondiert werden kann und auch bei scheinbar gesundem peri-implantärem Gewebe eine Perimplantitis vorliegen kann. Andererseits kann auch umgekehrt eine tiefe Sondierung unbefindlich sein. So legt Conca dem grössten Wert auf standardisierte Röntgenbilder als verlässliche Kontrolle der Gewebe. In der Zusammenschau seines Referates hebt er deshalb hervor, dass eine gute Planung, Auswahl des Implantatdesigns und nicht zuletzt die Chirurgie unter Beachtung der Tarow-Regeln korrekt sein müssen, wenn nicht weitere Probleme ausgeschlossen werden sollen.



Prof. Giovanni Salvi, ZMK Bern

### Meinungen und Tatsachen biologischer Komplikationen

Prof. Giovanni Salvi, ZMK Bern, befasste sich anschliessend mit den Meinungen und Tatsachen der biologischen Komplikationen. Wissenschaftlich definierte er vorweg, dass Meinungen subjektive Ansichten und Tatsachen nachweisliche Situationen sind. Für die Perimplantitis sind die Definitionen verschiedener Studien leider nicht deutlich. So kritisiert er, dass folgende Faktoren nicht als Perimplantitis angesehen werden dürfen: falsches chirurgisches Vorgehen bei der Insertion von Implantaten, bindungsgewebige Eichelung, nicht beachtete Risikofaktoren (etwa Raucher und



PD Dr. Roland Jung, ZSM Zürich

Augmentationen mit gleichzeitiger Implantation), Zementüberschüsse und schlechte Mundhygiene. Für eine periimplantäre Mukositis ist nach Salvi der Biofilm anzusehen, der eine Mukositis bewirken kann. Laut einer Studie von Porras et al. (2007) ist diese aber durch nicht-chirurgische Therapie zu 100% reversibel. Abtätigliche Risikofaktoren hält Salvi im Schlusswort fest: schlechte Mundhygiene, Tabakkonsum, Vorgeschichte Parodontitis und unzureichende Betreuung.

### Verlässliche Methoden für den Praktiker

Auch PD Dr. Ronald Jung, ZSM Zürich, korrigierte gleich zu Beginn



Dr. Anton Wétzel, St. Gallen

den vorgegebenen Titel seines Vortrags „Prävention beginnt bei der Chirurgie“, zu „Prävention beginnt bei der Diagnostik und Risikoanalyse“. Sein Referat begann schon bei der Therapieplanung, wobei er betonte, dass der erste chirurgische Schritt, die Zahntextraktion, erst vollzogen wird, wenn auch der Therapieplan gemacht ist. Diese Planung sollte Hart- und Weichgewebele-fiche (keratinisierte Gingiva) einbeziehen, um nicht später mehrere Regenerations-schritte durchlaufen zu müssen. Wer Junge Steckepfend kennt, der weiss, dass er sich genau mit diesem Thema seit Längstem beschäftigt. Eine eigene Übersichtstabelle und seine Forschungsstätigkeit belegen, dass mit der richtigen Alveolarkompromäsent bis zu 50% des Gewebes erhalten werden kann. Für die spätere Implantation ein enormer Gewinn. So funktioniert es am besten: nach der (korrekten) Therapieplanung folgt die atraumatische Extraktion, Auffüllen der Alveole mit Knochenersatz und Abdecken der Alveole mit einem Transplantat oder Kollagenmatrix. Die bukkale Lamelle lässt sich zwar nicht gänzlich erhalten, aber der Abbau stark reduzieren.

### Risiko lässt sich kalkulieren – meistens

Dr. Anton Wétzel, Privatpraktiker aus St. Gallen, referierte anschliessend über Risikomanagement. Das Risiko (= gr.: Klippe, Gefahr) definiert sich als Ereignis mit der Möglichkeit negativer Auswirkung. Pasend dazu lockerte er den theoretischen Teil mit Bildern von Segelbooten auf und machte somit die Vorstellung von Risiko auch lebhaft vorstellbar. Dennoch: das (Rest-)Risiko ist kalkulierbar, sobald Schadenshöhe und Eintrittswahrscheinlichkeit bekannt sind – bei Unwissenheit oder Ungewissheit hingegen nicht. Maschmal, entgegen der Erwartung, enthält jede Entscheidung ein Risikopotenzial, denn mit Risikomanagement begegnet werden sollte. Das heisst, das Risiko sollte identifiziert, bewertet und gesteuert bzw. kontrolliert werden.

Für die Praxis bedeutet dies: – Das gesamte Team muss gut ausgebildet sein, – Hygienemassnahmen einhalten, – Materialien und Arbeitsweisen müssen geeignet sein, – die nachgelagerte Betreuung der Patienten muss ein gutes Langzeitergebnis bewirken, – jeder sollte eine Haftpflichtversicherung für den Fall der Fälle abschliessen.

Bei jeder Planung stellt sich Wétzel letztlich die Frage, ob er für sich selbst die gleiche Entscheidung trafe



Dr. Gerald Mettraux, Bern

und bedenkt stets, dass kleine Rekonstruktionen zu kleinen Problemen und grosse Rekonstruktionen zu grossen Komplikationen führen können. Auch von ihm zitierte Studien plädieren für Zahne am weitest vorgezogene Implantate, wie schon einige Redner vor ihm.

### Der Laser kann mehr, als man denkt

Einen absolut interessanten Einblick in die Laseranwendung seiner Berner Privatpraxis bot Dr. Gerald Mettraux.

Seit vielen Jahren arbeitet er mit allen gängigen Lasersystemen. Für die Unterstützung der Wundheilung den auf Pigmente wirkenden Diodenlaser (Wellenlänge 670/810nm), den Erbiumlaser (2'940nm) für Hartgewebe und den CO<sub>2</sub>-Laser (10,6µm) für die Chirurgie.

In der Implantologie haben für Mettraux sämtliche Systeme ihre Indikation, besonders in der Behandlung der Perimplantitis. Die Dosislage ist zwar immer noch relativ dünn, da Studien als Vergleich zur mechanisch-chirurgischen Therapie schwer zu designen sind. Die Bilder und Erfolge von Mettraux sprechen allerdings sehr für sich.

### Früher ging es auch ohne DVT

Ausgehend davon, dass früher Implantate ebenfalls zuverlässig und erfolgreich gesetzt werden konnten, stellt sich die Frage, ob und wann ein DVT gemacht werden soll. Für Dr. Dorothea Dagassan-Berndt, UZM Basel, ist die Einführung des 3-D-Röntgens ein Meilenstein in der Radiologie. Nebst dem Grundriss, mit möglichst wenig Strahlung zum Ziel zu kommen (ALARA), muss für jeden Fall individuell entschieden werden, welches Röntgenbild optimal ist. Dr. Dagassan-Berndt präsentierte verschiedene Studien, die zeigten, wann welche Röntgentechnik am besten abschneidet:

- Knochenomax: Bone sounding ist gleich gut wie ein DVT

### Richtigstellung

In Dental Tribune Nr. 9 wurde auf Seite 13 im Beitrag „Austausch einer Modellgussprothese durch einen implantatgetragenen Ersatz“ die Abb. 8 verwechselt. Anstatt des Fotos mit der Krone bei der Einprobe sollte die exakte Positionierung der Krone gezeigt werden. Hier die korrekte Abbildung.



# DENTAL 2012



Nicht verpassen!

## BERN JUNI 14 | 15 | 16

### 3 Tage Mittelpunkt für Dentalprofis

- Die grösste Dentalmesse der Schweiz auf über 12 400 m<sup>2</sup>
- Gleichzeitiger SSO-Kongress im selben Gebäude
- Standort Bern: zentrale Lage für die gesamte Schweiz und das nahe Ausland
- Unkomplizierte Anreise aus der ganzen Schweiz und international
- In Zusammenarbeit mit den führenden und wichtigen Verbänden der Schweizer Dentalwelt
- Anmeldung und Informationen auf der Webseite [www.dental2012.ch](http://www.dental2012.ch)



Medien Partner:





Dr. Dorothea Dagassan-Berndt, UZM Kaaf

– Knochenqualität: DVT lässt keine 100 % Beurteilung zu  
– Topografie: Bei korrekter Herstellung reicht OPT sehr gut aus.

Dr. Dagassan-Berndt betonte, dass die Sicherheitsabstände nicht nur wegen anatomischer Feinheiten eingehalten werden müssen, sondern auch, weil zum Beispiel die Herstellung eines OPTs automatisch Verzerrungen von bis zu 1,25 mm aufweist. Mit einem Mess-Röntgenbild, möglichst nahe der zu operierenden Stelle, lässt sich die höchste Genauigkeit erreichen. Das Einzelzahn-Röntgenbild ist in puncto Verzerrungen sehr genau und dem OPT überlegen. Dr. Dagassan-Berndt findet, dass für die postoperative Kontrolle Einzelzahn-Röntgenbilder das Mittel der Wahl sind. Sind mehrere Stellen zu

kontrollieren, dann ist aus Sicht der Strahlendosis das OPT geeigneter.

#### Das DVT im Hyper-Zyklus

PD Michael Bornstein, ZMK Bern, nicht die momentane Position des DVT auf dem ersten steil ansteigenden Abschnitt des Hyper-Zyklus, das volle Potenzial ist noch nicht ausgeschöpft (siehe Grafik: Hyper-Zyklus n. Gartner). Aufgrund der etwa 10-Mal geringeren Strahlenbelastung als ein CT, zieht PD Bornstein das DVT eindeutig vor. Weil aber ein

DVT in etwa die gleiche Strahlenbelastung wie 100 Einzelzahn-Aufnahmen aufweist, soll es als eine unterstützende Methode verwendet werden:  
– Bei Unklarheiten über Lage und Ausdehnung wichtiger anatomischer Strukturen,  
– überall vorhandene pathologische Veränderungen,  
– Vermeidung von Komplikationen und Schädigungen vitaler Strukturen



PD Dr. Bornstein plädiert für seinen Vortrag des „Hyper-Zyklus nach Gartner“ (Gärtner, www.wikipedia.org/)

– und genaue(re) in Implantatpositionierung.

Einflüchtig es Richtlinien, wie/war/wann ein DVT gemacht werden soll, ausserdem einertes Koschbuch mit Guidelines: [www.sdentest.ch](http://www.sdentest.ch)

#### Drei Systeme zur schaltonengeführten Implantologie

Drei Systeme, drei Vorträge und drei Referenzen. Für Fortsetzung auf Seite 5 L

#### DENTAL TRIBUNE

##### IMPRESSUM

Erscheint im Verlag  
Buchman Medien AG  
Wissenschaftsstrasse 20/FF  
CH-5043 Oberrohrli  
Tel.: 071 951 99 04  
Fax: 071 951 99 06  
[www.dental Tribune.ch](http://www.dental Tribune.ch)  
Verlagleitung/Koordinatorin  
Susanne Buchmann  
[susannebuchmann@buchman-medien.ch](mailto:susannebuchmann@buchman-medien.ch)  
Abonnements  
Clara Isen  
[c.isen@buchman-medien.ch](mailto:c.isen@buchman-medien.ch)  
Chefredaktion  
Johannes Buchmann  
[johannesbuchmann@buchman-medien.ch](mailto:johannesbuchmann@buchman-medien.ch)  
Redaktionsassistentin  
Jasmin Finkler  
Layout  
Martina Abicht  
[m.abicht@dentalt-tribune.com](mailto:m.abicht@dentalt-tribune.com)  
Fachredaktion  
Reginald und Hans-Michael  
[michael@dentalt-tribune.com](mailto:michael@dentalt-tribune.com)  
Dental Tribune Swiss Edition erscheint in Li-  
aus und mit Genehmigung der Dental Tri-  
bune International GmbH. Dental Tribune ist  
eine Marke der Dental Tribune International  
GmbH. Die Zeitung und die enthaltenen Bei-  
träge sind urheberrechtlich durch den Ver-  
leger geschützt. Jede Vervielfältigung ohne  
Zustimmung des Verlages und der Dental Tri-  
bune International GmbH ist ausdrücklich ver-  
boten.

Copyright  
Dental Tribune International GmbH

Lehrerinnen  
St. - CH  
inkl. MwSt. und Versandkosten

Freie Mitarbeit  
Dr. med. dent. Frederic Hermann,  
Cooperateur Experte der Implantologie DGO,  
Diplôme de l'ECI  
Dr. med. dent. SGO  
Benedicte Schwidiger-Zürcher  
mod. dent. Roman Wölfel  
Medizinischer Berater  
Dr. med. H. U. Jahn

Über umfangreiche Manuskripte  
und Lesefelder, Fotos und Zeichnungen,  
fragen wir uns, können dafür aber dennoch  
keine Haftung übernehmen. Einander ent-  
sprechen sich durch abstimmen, dass die Redak-  
tion Lesefelder kürzen darf, wenn dadurch  
der Text nicht verstehbar wird.

Die Beiträge in der Rubrik „Industry News“  
basieren auf den Angaben der Hersteller. Für  
den Inhalt kann keine Gewähr oder Haftung  
übernommen werden. Die Inhalte von Anzei-  
gen oder publizistischen Sonderdrucken be-  
finden sich ausserhalb der Verantwortung der  
Redaktion.

# ZERAMEX® T

natürlich • metallfrei • zweiteilig

Besuchen Sie uns  
an der Zirkontagung  
am 12. November  
an der Uni Bern.

ZERAMEX® T geht neue Wege in der ästhetischen  
Zahnmedizin. Aufbauend auf Bewährtem setzen  
wir neues Wissen stetig und konsequent um.  
ZERAMEX® T orientiert sich voll und ganz an der  
Natur: weiss, metallfrei und absolut inert.

ZERAMEX® T – das ideale Fundament um höchste  
Ästhetik und Funktionalität zu erreichen und  
Ihren Patienten ein strahlendes, natürliches Lächeln  
zu schenken. Wir beraten Sie gerne umfassend.



Telefon Schweiz, 044 388 36 36  
Telefon Deutschland, 07621 1612 749  
[www.dentalpoint-implants.com](http://www.dentalpoint-implants.com)

DENTALPOINT  
Swiss Implant Solutions