

Erfolgreicher Jahreskongress der DGZI

Eine gewisse Anspannung war den DGZI-Vorderen zu Beginn des diesjährigen Kongresses durchaus anzumerken, sie verflog jedoch ebenso schnell, wie sie unbegründet war – gelang es doch in dem zweitägigen Kongress die Erwartungen der über 450 Teilnehmer nicht nur erneut zu erfüllen, sondern mitunter sogar weit zu übertreffen.

Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau



Das durchaus kontrovers diskutierte Thema des Diskussionsforums am Samstag „Digitale Implantologie – Was soll, was muss?“ traf punktgenau und stellte zweifellos den Höhepunkt des Kongresses dar. Ein weiterer Höhepunkt: Der Past-Präsident der DGZI, Dr. Friedhelm Heinemann, erhielt aus den Händen seines Nachfolgers, Prof. Dr. Dr. Frank Palm, die Goldene Ehrennadel der DGZI. Mit diesem äußeren Zeichen würdigte die älteste implantologische Fachgesellschaft Europas die phantastische Arbeit, die Dr. Heinemann in seiner siebenjährigen Amtszeit geleistet hat. Wesentliche Neuerungen und Alleinstellungsmerkmale der DGZI sind in der Ägide Heinemann entstanden.

Das „Netzwerk DGZI“

Dem im Rahmen der letzten DGZI-Mitgliederversammlung gekürten Kongresspräsidenten Prof. Dr. Dr. Frank Palm oblag es nicht nur, die zahlreichen DGZI-Mitglieder, die seinem Ruf nach Köln gefolgt waren, zu begrüßen, sondern auch besondere Gäste zu erwähnen. Hier standen an allererster Stelle die Präsidenten bzw. hochrangige Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen (BDO), der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) und der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro),

aber auch hochrangige Vertreter befreundeter ausländischer Fachgesellschaften aus den USA, Japan und dem arabischen Raum.

Ein besonderer Gruß galt hierbei der japanischen Fachgesellschaft AIAI, mit der die DGZI seit vielen Jahren ein festes Band der Freundschaft verbindet, welches in den sehr schwierigen Zeiten, die Japan zurzeit durchmachen muss, noch stärker geworden ist. So ließ es sich der AIAI-Vorsitzende Prof. Sukijama auch nicht nehmen, ein Grußwort an das Auditorium zu richten.

Kritische Worte fand Prof. Palm bezüglich der GOZ 2012, die jüngst das Kabinett passiert hatte. Der Konstanzer Hochschullehrer betonte, dass sich die DGZI dieser Gebührenordnung ablehnend gegenüberstellt und dies in der sogenannten „Berliner Erklärung“ mit anderen Fachgesellschaften zusammen formuliert hat. Bei der Übergabe an den wissenschaftlichen Leiter des Kongresses gab Palm – in Anlehnung an das Kongressthema – seine Einschätzung: „Digitale Implantologie ist nicht die Zukunft – Digitale Implantologie ist das Jetzt!“

Einführung in das Kongressthema

Als wissenschaftlicher Leiter fungierte in bewährter Weise Dr. Roland Hille, Vizepräsident der DGZI. Hille betonte in seiner Einführungsrede das zentrale Anliegen der DGZI, Kolleginnen und Kollegen mit aktuellen Fachinformationen und praxistauglichen Tipps rund um das faszinierende Thema Implantologie zu versorgen und zu begeistern! Mit dem Thema „Digitale Implantologie – Was soll, was muss?“ greife die DGZI ein aktuelles und zugleich ein Zukunftsthema für die implantologisch tä-





tigen Praxen auf, so Hille. „Die Praxen befinden sich auf dem Weg vom Bohrer zur Maus!“ Aktuell rückt besonders die Verknüpfung von navigierter Implantologie, intraoraler digitaler Abformung (direkte Datenerfassung) mit dem digitalen Workflow in den Fokus von Zahnärzten, aber auch von Zahntechnikern und unserer Patienten.

Wissenschaftliches Programm

Mainpodium

Prof. Dr. Rainer Buchmann war es vorbehalten, den ersten Beitrag des wissenschaftlichen Programms beizusteuern. Er referierte über „Implantologie: medizinisch und wirtschaftlich“. Mit einem Ausflug in die Allgemeinmedizin – hier stand die Entzündung im Vordergrund – führte Buchmann aus, dass Implantate im falschen Umfeld auch Schaden zufügen können, die Entzündungsvermeidung stehe hier klar im Fokus des Interesses. In der Implantologie, so Buchmann, müssen die Weichen früh gestellt werden, z.B. die zur Entfernung problematischer Zähne. Der Grenzwert zur Extraktion wurde mit Knochenabbau von über 50 Prozent angegeben.

Als bewährte Konzepte wurden Pfeilervermehrung durch Implantate, die Reduktion der Zahnreihe bis zum ersten Molaren, die frühzeitige Entfernung schwer angeschlagener zweiter und dritter Molaren und die Erfordernis des Beherrschens einer Sinuslift-OP genannt.

Eine interessante Überleitung in den Bereich der Wirtschaftlichkeit – hier das Credo Buchmanns: „Je mehr Sie



augmentieren, je mehr Aufwand Sie in der Implantologie betreiben, desto geringer wird Ihr Honorar“, verbunden mit einem klaren Bekenntnis zu „einfachen“ Lösungen – auch in der Implantologie.

Mit Dr. Hilt Tatum trat anschließend einer der Implantologen ans Rednerpult, der in den vergangenen Jahrzehnten maßgeblich den heutigen Stand der Implantologie mitgestaltet hat. Tatum stellte sich auch den kritischen Stimmen in der Kollegenschaft, die in den vergangenen Jahren laut wurden und die bis dato vorherrschende Implantateuphorie durchaus dämpften und fragte: „Is Implant dentistry headed in the right direction?“ Hilt Tatum begann 1969 mit Implantologie und gilt zudem als Mitentwickler der Sinuslift-OP.

Mit der Feststellung, dass die „digitale Implantologie“ so viele neue Möglichkeiten bietet, wie man es vor wenigen Jahren nicht für möglich gehalten hätte, sieht Tatum den „Hauptfeind“ der Implantologie immer noch im Knochen und dessen Variabilität. Mit einem Rückblick auf die Geschichte der Implantologie konnte der heute in Frankreich lebende amerikanische Implantologe darstellen, wie viele wichtige Etappen der Implantologie er mit- oder gar alleine gestaltet hat. Hier sind neben der bereits erwähnten Sinuslift-OP auch die Etablierung des ersten Volltitan-Implantates und zahlreiche Insertionstechniken zu erwähnen.



Dr. Dirk Duddeck/Köln startete den Versuch „Spreu und Weizen“ zu trennen und nahm „Implantate unter die REM-Lupe“. Aus der Idee einer Doktorarbeit gedieh an der Universität Köln innerhalb weniger Jahre mit über 70 Systemen eine der größten Implantatdatenbanken. Bei den Untersuchungen wurden hochinteressante Fertigungstoleranzen offensichtlich, die das Auditorium in ihrer Beschaffenheit und Größe doch verwunderten, wenn indes Duddeck auch darauf hinwies, dass diese nicht unbedingt klinische Relevanz haben müssten. Duddeck konnte mit „relativ überraschenden Bildern“ aufwarten. Eine Einschätzung, der sich das Auditorium durchaus anschließen konnte, denn neben topografischen Auffälligkeiten (Splitter, Kanten ...), organischen (!) und anorganischen Verunreinigungen (hier ist vor allem Aluminiumoxid zu nennen) – konnte Duddeck viele Dinge zeigen, die man von einem steril verpackten CE-gekennzeichneten Medizinprodukt nicht erwartet hätte. Als Industriestandard konnte Duddeck 2–3% Alu-

miniumoxidverunreinigungen angeben. Dieser Wert scheint keine Auswirkungen auf die BIC-Ausbildung zu haben, ein höherer jedoch schon. Potenzielle Verunreinigungsmöglichkeiten sind der Sauger (intraoperativer Kontakt) und das Berühren des Trays mit dem entnommenen Implantat.



Von den Oberflächen zur Rot-Weiß-Ästhetik. Diesen Schritt zu gehen vermochte Dr. Michael Stimmelmayer/Cham, der über „Möglichkeiten eines modernen Weichgewebemanagements in der Implantologie“ sprach.

„Ästhetik ist nicht nur Schickimicki, nein, Ästhetik und Weichgewebemanagement haben auch funktionelle Gründe.“ Beispielsweise bedingt ein gutes Weichteilmanagement eine bessere Wundheilung und einen besseren und dichteren Wundverschluss, so der Implantologe und Parodontologe.

Zahlreiche ästhetische und funktionelle Indikationen konnte Dr. Stimmelmayer vorstellen, dessen Credo schließlich war, Weichteilmanagement beginne immer weit vor der Implantation. Bei der Augmentation und der Implantation steht das Weichteilmanagement zwar im Vordergrund, ist dort aber keinesfalls am Ende. Es muss sich auch auf die Phase der Implantatfreilegung und der Versorgung mit Suprakonstruktionen ausdehnen.

Stimmelmayer räumte ein, dass das von ihm vorgestellte ebenso stringente wie konsequente Vorbehandlungsprinzip aufwendig und unwirtschaftlich sei, ließe aber alle Optionen für ein späteres optimales Ergebnis mit Implantaten offen und sei damit alternativlos. Take-home-Messages seines Vortrages: Keine Vertikalinzisionen zwischen 13 und 23, immer bukkale Sondierung an wurzelspitzenresezierten Patienten (Defekt?), immer atraumatische Schnittführungen und dichter Verschluss am besten mit der flexiblen Gore-Naht.

Ein „Altbekannter“ schritt am Samstagmorgen als erster Referent zum Rednerpult – Prof. Dr. Dr. Knut A Grötz. Er referierte über „Sinuslift und simultane Implantation – Ergebnisse einer Langzeitstudie“. Grötz hat sich in den vergangenen Jahren vor allem einen Namen für seine bahnbrechenden Forschungen und Therapieempfehlungen für Bisphosphonatpatienten gemacht, widmete seinen jetzigen Beitrag jedoch der Sinuslift-OP. Zentrale Fragestellung sei die des ein- oder zweizeitigen Vorgehens. Wichtig war ihm die Feststellung,

dass eine solche OP lediglich einen Kieferhöhlenbindefekt erzeugen dürfe, um eine Regeneration von lateral zu ermöglichen. Doch: Wie belastbar ist das einzeitige Vorgehen, wann entgleist es? Trotz ungünstiger Bedingungen stellte er anhand einer Studie, bei der generell – unabhängig von der Restknochenhöhe – einzeitig vorgegangen und lediglich mit einem alloplastischen und resorbierbarem Knochenersatzmaterial aufgefüllt wurde – im Grunde also sehr extreme Studienbedingungen. Dennoch konnte eine Erfolgsquote von über 95 % festgestellt werden. Als wesentlicher Faktor für den Erfolg gab Grötz die intraoperativ möglichst hohe zu erzielende Primärstabilität und weniger die Restknochenhöhe an.

„Knochenaugmentation bei atrophnen Situationen – sind Langzeiterfolge möglich?“, fürwahr eine spannende Frage, die Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz stellte und mit einem „Ja“ beantwortete. Solche guten Langzeitergebnisse (der Beobachtungszeitraum lag bei knapp zehn Jahren) seien allerdings von einer konsequenten Vorgehensweise, hier präferiert Palm die Augmentation mit Beckenknochen-Transplantat, und der Durchblutung des Augmentats abhängig. Anhand des von ihm entwickelten „Konstanzer Augmentationsmodells“ stellte Prof. Palm seine Ergebnisse für die „Hardcore-Gruppe“, die Patienten mit den hochatrophen Kieferanteilen, dar. Zahlreiche beeindruckende und vorzüglich dokumentierte Fallbeispiele zog Prof. Palm als Beleg für seine Ausführungen hinzu. Dem funktionellen Remodeling misst Palm höchste Wertigkeit zu. Hierbei werden auch große Augmentatareale nach und nach zu „echtem“ Kieferknochen umgebaut.



Einer der renommiertesten deutschen Kieferchirurgen und Implantologen, Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang/Kiel widmete seinen Beitrag der Rekonstruktion des atrophnen Oberkiefers. Wiltfang referierte zum Thema: „Oberkieferaufbau: Innovative Technik, Komplikationen und Ergebnisse.“ Er gab einen Überblick über Indikationen, über mögliche OP-Techniken und im letzten Teil seines Beitrages auch Wertungen und Tipps. Im Gegensatz zu einigen Referenten des Kongresses wies Wiltfang kurzen Implantaten im Oberkiefer schlechte Überlebensprognosen zu, er forderte für Implantate im Oberkiefer eine „stets zweistellige“ Länge. Für das Auffüllen der Kavität ist die Beimengung von Eigenknochen nicht mehr

erforderlich, diese verkürzt jedoch die Wartezeit bis zur Implantation erheblich. Interessant der Denkansatz Wiltfangs, das Outcome der Sinuslift-OP mit Zellen (z.B. Periost) zu verbessern. Hier wurden die Periostzellen zu Osteoblasten maturiert. Mit diesem Konzept konnte besserer Knochen generiert werden, der zudem früher für eine Implantation zur Verfügung stand. Allerdings sei auch dieser Knochen nicht resorptionsstabil. Leider ist das vorgestellte Konzept aufwendig, teuer und nicht praxisreif. Ein weiterer Aspekt ist das Vorgehen mit Stammzellen, das ebenfalls zu guten Ergebnissen führt.



Zur letzten Session des Kongresses entführte Dr. Sönke Harder/München in die Welt der „Implantat-Abutment-Verbindungen“ und sprach hier über Möglichkeiten und Grenzen von „Platform-Switch, Conical-Design & Co“. Auch wenn der Referent betont bescheiden einräumte, eigentlich nur geringe Teilaspekte der oralen Implantologie darzustellen, so waren seine Aussagen dennoch von hoher klinischer Relevanz: Auch bei langen Konusverbindungen lassen sich Spalten bei starker Abutmentbelastung keinesfalls vermeiden und das Platform-Switching hat einen wesentlichen Einfluss auf das Remodeling des Knochens.

Mit Priv.-Doz. Dr. Hans-Joachim Nickenig/Köln referierte der in Deutschland wohl bekannteste und renommierteste Experte für navigiertes Implantieren ein weiteres Mal. Bereits am Vormittag hatte er einen vielbeachteten Beitrag über 3-D-Diagnostik und 3-D-Planung gehalten und an der Podiumsdiskussion aktiv mitgewirkt. Hier wurde klar, dass – wie es der Chairman ausdrückte – ein im „positiven Sinne 3-D-Besessener“ erneut ans Rednerpult trat. So verwunderte es im Auditorium auch keineswegs, dass sich Nickenig auch in seinem zweiten Kongressbeitrag diesem Themenbereich widmete und über „Die geführte Chirurgie – Darstellung eines Gesamtkonzeptes“ sprach. Sein eindeutiges Credo: 3-D-Diagnostik, 3-D-Planung und schablonengeführte Therapie sind nicht nur auf den Einsatz in der Flapless Surgery beschränkt, sondern kann auch im Rahmen von Augmentationen, Probeexzisionen und anderen Anwendungen überaus wertvoll sein.

Dem Freiburger Referentenduo, bestehend aus ZTM Christian Müller und Dr. Georg Bach war es vorbehalten, den Abschlussbeitrag des Kongresses beizusteuern.

Müller und Bach sprachen über „Implantatprothetisches Troubleshooting – wenn Zahnärzte und Zahntechniker ins Schwitzen kommen!“. Ins Schwitzen kamen die beiden Breisgauer Referenten zwar nicht, aber sie stellten anhand exemplarischer Patientenfälle (1. Die nicht erkannte Kieferfehlstellung, 2. Pfeilverlust durch Periimplantitis, 3. Implantatfraktur und Gefährdung der Suprakonstruktion und 4. Die gescheiterte konventionelle Lösung) dar, wie oft die „Schnittstelle Zahnmedizin und Zahnmedizin“ gefordert ist, wann sie zu spät aktiviert wurde und wie Lösungsmöglichkeiten bei Versagen dieser Schnittstelle gefunden werden können und müssen. Für diesen späten Fall der Aktivierung der Schnittstelle Zahnmedizin-Zahntechnik stellten beide Breisgauer Referenten klar, dass es sich oftmals bei den dann gefundenen und verwirklichten Lösungen lediglich um Kompromisse für den Patienten handeln kann und resümierten: „Das beste Troubleshooting ist das, was nie stattfindet!“

Internationales Podium

Eine langjährige und bewährte DGZI-Tradition stellt das Internationale Podium dar, das am Freitagnachmittag abgehalten wurde. Unter Vorsitz von Dr. Rolf Vollmer (Deutschland), Prof. Dr. Amr Azim (Ägypten) und Dr. Mazen Tamini (Jordanien) wurden in Simultanübersetzung neun Beiträge von namhaften Referenten vorgestellt. Den Anfang machte Dr. Shoji Hayashi aus Japan, der über „Evaluation of electroformed implant suprastructures“ sprach. Dr. Mazen Tamini (Jordanien) verließ das Chairman-Desk und ergriff selbst das Mikrofon, um über „Nervtranspositioning procedures“ zu referieren und konnte hier über einen außergewöhnlich langen 16-jährigen (!) Beobachtungszeitraum der Versorgung eines atrophierten totalen Unterkiefers zurückblicken. Er diskutierte zunächst die Indikationen und stellte detailgetreu das operative Vorgehen dar. Eine kritische Betrachtung der Vor- und Nachteile beendete den Vortrag.



Dr. Dr. Wolfgang Hörster/Köln stellte in seinem Beitrag „Computergestützte Implantatplanung: Wann erforderlich – wann überflüssig?“ den momentanen Digital-Hype durchaus infrage. Zwar wies Hörster ausdrücklich darauf hin, dass es eine gewisse Anzahl hochkomplexer Patientenfälle gibt, bei denen eine computergestützte präimplantologische Planung nicht nur sinnvoll, son-

den sogar dringlich geboten ist, gleichzeitig aber die Mehrzahl der zu inserierenden Implantate auch ohne hochtechnisierte Planungsverfahren möglich sind.

Über die außergewöhnlich hohe Zahl von 256 Sinuslift-OPs, die er nach strikten wissenschaftlichen Kriterien ausgewertet hat, konnte Dr. Fumio Kobayashi berichten. Der japanische Implantologe sprach über „Verification of sinus floor elevation in 256 cases“. Er erläuterte häufige Komplikationen und deren Management.

Auch aus Japan reiste Dr. Yasuhiro Nosaka an, der seinen Beitrag ebenfalls der Sinuslift-OP widmete, jedoch unter dem Gesichtspunkt auftretender postoperativer Komplikationen. Nosaka sprach über „Postoperative sinus membranes swelling occurring a week after maxillary sinus floor elevation and related complications“.

Neue Aspekte für die Versorgung des zahnlosen Unterkiefers zeigte Prof. Dr. Nabil Jean Barakat (Libanon) in seinem Beitrag „The Evolution in the treatment of the totally edentulous Mandible“ auf. Er gab sehr praktische Ratschläge zur Implantation und zur Vermeidung von lebensbedrohenden Gefäßblutungen speziell im Sublingualbereich. Fälle aus der eigenen Erfahrung von mehr als 35 Jahren bis zum aktuellen Paolo-Malo-Konzept wurden vorgestellt.

Einen Beitrag aus dem Bereich der „Rot-Weiß-Ästhetik“ steuerte der aus den USA kommende Referent Prof. (Univ. of Michigan) Dr. Suheil M. Boutros bei, der über „Periodontal Plastic Surgery around Natural Teeth and Den-

tal Implants“ sprach und in zahlreichen hervorragend dokumentierten Fallbeispielen seine Aussagen untermauerte. Verschiedene Möglichkeiten der Lappentechnik wurden vorgestellt. Das Auditorium stimmte mit dem Referenten überein, dass ohne eine Knochenunterstützung ein optimales Gingivamanagement nicht möglich ist.

Als eine große Herausforderung sieht Dr. Nadim Abou Jaoude (Libanon) den fehlenden Schneidezahn. Sein Vortrag „The Anterior Missing Teeth“ stieß auf großes Interesse des Auditoriums. Eine harmonische Gingivastruktur herzustellen, erfordert die Beachtung diverser Punkte, zu denen in manchen Situationen auch die Zahnverlängerung durch Gingivaexzision gehören kann.

Der letzte Beitrag im Internationalen Podium des ersten Kongresstages kam aus den Vereinigten Staaten. Dr. Monish Bhola sprach über „Biomimetics – The Future of Implant Dentistry“. Wie der Vortragstitel bereits andeutete, widmete Bhola seine Präsentation dem Makro- und Mikrodesign, dem er in der Implantologie höchsten Stellenwert zumisst. Frühzeitige Implantatbelastung wird durch spezielle hydrophile Oberflächen ermöglicht. Funktion, Ästhetik und Überlebensrate der inserierten Implantate müssen erreicht werden, um einen zufriedenen Patienten zu haben. ■

Die Fortsetzung dieses Berichts erfolgt in der kommenden Ausgabe des Implantologie Journals.

ANZEIGE

www.dgzi.de/kontakt



Noch **kein** Mitglied?

● **8 AUSGABEN** DES IMPLANTOLOGIE JOURNALS JÄHRLICH **KOSTENLOS**

● **4 AUSGABEN** DER IMPLANTS JÄHRLICH **KOSTENLOS**

● **REGELMÄSSIGE FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN**

