

42. Internationaler Jahreskongress: DGZI hält konsequent und erfolgreich Kurs

Dr. Georg Bach



„Qualitätsorientierte Implantologie“ – dies war nicht nur das Thema des 42. Jahreskongresses der ältesten europäischen implantologischen Fachgesellschaft in diesem Jahr in Hamburg, vielmehr ist es ein Konzept, dem sich die DGZI verschrieben hat. Besonders verdeutlicht wurde dies im Rahmen der Pressekonferenz am Freitagmittag, als Vorstandsmitglieder der DGZI sich den Fragen der zahlreich erschienenen Journalistinnen und Journalisten stellten und das Konzept der DGZI erläuterten. Wie ein roter Faden zog sich das Motto auch durch den zweitägigen Kongress, an dessen Ende die DGZI-Akteure befriedigt feststellen konnten, dass die Gesellschaft gut aufgestellt und für die Zukunft gewappnet ist. „Die DGZI ist schon ein bisschen anders!“, mit diesem zutreffenden Begrüßungswort wandte sich DGZI-Präsident Prof. Dr. Dr. Frank Palm an die über 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 42. Jahrestagung aus 18 Nationen, darunter auch Gruppen befreundeter Fachgesellschaften aus Japan und Arabien. DGZI-Vizepräsident Dr. Roland Hille konnte nicht ohne Stolz berichten, dass über vierzig Referenten gewonnen werden konnten und jeder Beitrag zum wissenschaftlichen Programm wurde neu für die DGZI-Jahrestagung erstellt.

Implantologie hinterfragt

Bereits der Auftakt des Kongresses überraschte – nicht die „üblichen 99 Prozent Erfolg“, wie es ein Kongressteilnehmer formulierte, „sondern die Realität“. Mit Prof. Dr. Dr. Jörg R. Strub/Freiburg im Breisgau, und Prof. Dr. Thomas Weischer und dem Bonner Grundlagenforscher Prof. Dr. Werner Götz (Ko-Referent Dr. Rolf Vollmer) schritten Referenten zum Mikrofon, die international zu den gefragtesten Rednern gehören, deren Tenor zur Implantologie aber durchaus kritische Untertöne aufwies. Wenn ein Jörg Strub die rhetorische Frage „Endo or implant“ stellt, ein Thomas Weischer bezweifelt, ob ein implantologischer Langzeiterfolg bei Tumorpatienten überhaupt möglich ist, und ein Werner Götz und ein Rolf Vollmer auf Fehlerquellen bei der Implantatbettbohrung hinweisen, dann zeigt dies, dass es – ungeachtet der hohen Überlebensraten enossaler Implantate – auch Komplikationen und Fehlerquellen gibt, letztere betreffen Implantologen und Patienten zugleich.

Schier unglaublich ist der Erfahrungs- und Wissensreichtum, aus dem der Ärztliche Direktor der Freiburger Zahnklinik schöpfen kann, und in der Tat war das, was Prof. Dr. Jörg Strub zeigte, nicht nur ganz

hervorragend dokumentiert, sondern auch überaus gehaltvoll. Tipps für die tägliche Praxis des Breisgauer Hochschullehrers: In der Front, solange es geht, die Zähne erhalten, denn hier ist ein voraussagbares ästhetisches Ergebnis mit Implantaten überaus schwierig. Aus wissenschaftlicher Sicht gibt es keinen Unterschied – was die Überlebensrate betrifft –, zwischen einer aufwendig durchgeführten Endobehandlung (mit Mikroskop ...) und einer Implantatbehandlung, die Entscheidungsfindung kann also nicht nur wissenschaftlich abgesichert erfolgen, sondern muss patientenindividuell sein.



DGZI-Präsident Prof. Dr. Frank Palm eröffnet den 42. Jahreskongress der DGZI.

In eine vermeintlich nicht alltägliche Problematik führte der Chef des Essener Implantatzentrums, doch riefen die Zahlen, die Prof. Thomas Weischer präsentierte, beim Auditorium Staunen hervor: Mit fast 10.000 Neuerkrankungen bei Männern und 3.500 bei Frauen sind Malignome in unserem Fachgebiet etwas, mit dem jede Kollegin, jeder Kollege täglich konfrontiert werden kann. Faszinierend die von Weischer präsentierten Patientenfälle, die Lösungsmöglichkeiten für diese Patienten aufzeigten und doch belegten, dass nur individuelle Lösungen bei diesem bedauernswerten Patientengut möglich sind. Insgesamt jedoch muss festgestellt werden, dass Implantate im bestrahlten Knochen eine geringere Erfolgsrate aufweisen; die Insertion sollte nicht unter zwölf Monaten nach Abschluss der Radiotherapie erfolgen, ferner sollte eine längere Einheilzeit gewählt und es sollten längeren Implantaten der Vorzug gegeben

werden. Insgesamt weist bei Malignompatienten der eigene Zahn eine schlechtere Prognose als das Implantat auf.

„Bohren im Knochen“, so das Referentenduo Götz und Vollmer, „muss immer mit Kühlung einhergehen!“ Schon seit Anfang der 80er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts sind Studien bekannt, die über schädliche Hitzewirkungen bei Implantatbettbohrungen berichten, die zu Thermonekrosen führen können. Die Verwendung chirurgischer Bohrerschablonen, welche den Zutritt der Kühlung erschwert, kann das Thermonekrosenrisiko wesentlich erhöhen. Soll mit geringer Umdrehungszahlen und hohem Drehmoment gearbeitet werden, dann sind Keramikbohrer eine Alternative. Es sollten stets Spiralbohrer (mit höherem Spanauswurf) Verwendung finden und eine kurze Bohrzeit gewählt werden. Credo der drei namhaften Referenten: Das A und O ist eine gute Ausbildung, welche eine vernünftige Entscheidungsfindung ermöglicht (die auch mal gegen eine Implantation ausfallen kann) und die bei Insertion und Versorgung der künstlichen Zahn Pfeiler mit Zahnersatz – gerade bei Grenzfällen und Risikopatienten – die Gefahr des Scheiterns minimiert.

Hier schlossen sich die Ausführungen von Dr. Daniel Ferrari, der über Minimierung der Patientenbelastung durch gezieltes OP-Management sprach, in idealer Weise an. Es gelang dem in Düsseldorf in eigener Praxis tätigen Implantologen darzustellen, wie erfreulich viele Möglichkeiten bestehen, physische/psychische und finanzielle Ängste und Beschwerden von Patienten in der Implantologie zu reduzieren. Vor allem die Patientenfälle mit stark angulierten distalen Implantaten, um Augmentationen zu vermeiden, riefen beim Auditorium doch einiges Erstaunen hervor.

Nach dem Genuss des Referats von Dr. Albert Mehl – der Begriff Genuss ist hier wirklich zutreffend – wurde klar, wie weit gerade auf dem Gebiet der oralen Implantologie die Möglichkeiten digitaler Optionen fortgeschritten sind. Der eidgenössische Referent begeisterte mit seinen Ausführungen zu Möglichkeiten von CAD/CAM in der Implantatversorgung. Mehl wies darauf hin, dass die Durchdringung von CAD/CAM-Techniken in den Praxen noch gering ist. Für Einzelzahnrekonstruktionen und kleine Brücken liefern Scans ausreichende Genauigkeit, bei ganzen Kiefern und größeren Rekonstruktionen sind die Genauigkeiten konventionellen Verfahren klar unterlegen. Die Gestaltung der Zahnaußenflächen, so Mehl, kann hingegen als gelöst betrachtet werden, hier sind vor allem automatisierte Funktionen hilfreich. Dynamische Okklusionsbetrachtungen sind digital in der Entwicklung, hier sind die größten Anstrengungen angezeigt. Digitale Implantatanwendungen in Therapie und Planung rundeten die Ausführungen Mehls ab.

An die Ausführungen Mehls schloss sich ergänzend Prof. Dr. Hans-Peter Weber/Boston, USA, an, der über die digitale Prozesskette in der Implantatprothetik sprach. Der renommierte Hochschullehrer

und „Urgestein“ des Internationalen Teams für Implantologie (ITI) war gerne dem Ruf der DGZI gefolgt und hatte sich von der Ostküste der USA nach Hamburg begeben, um ein wahres „Feuerwerk“ hervorragend dokumentierter Patientenfälle zu präsentieren. „Auf dem digitalen Weg sind wir momentan auf der Reise!“, so Weber. „Allerdings muss man anerkennen, dass die heute bereits verfügbaren digitalen Möglichkeiten eine Modifikation bestehender Therapie-schemata erforderlich macht. Hier stehen vor allem Kriterien zur präoperativen Implantatselektion im Vordergrund.“ Die Darstellung des gesamten digitalen Workflows rundeten die Ausführungen Webers ab.



Mit eher unerfreulichen Aspekten der Implantologie befassten sich Prof. Dr. Kai-Olaf Henkel („Komplikationen und Misserfolge in der Implantologie“) und Prof. Dr. Herbert Deppe. Der als „Lokalmatador“ vorgestellte Henkel (Leiter des Bundeswehrkrankenhauses in Hamburg) wies in seinem Einführungswort auf die enorme Bedeutung der Aufklärung des Patienten hin, um dann auf das Vorgehen des Implantologen vor, während und nach der Insertion einzugehen. Viele praxisnahe Tipps waren Bestandteil der Ausführungen Henkels, sei es zum Einhalten von Mindestabständen zu Nachbarzähnen durch Anlegen von Raspatorien oder die perioperative Antibiotikaphylaxe betreffend. Henkel stellte zum Ende seiner Ausführungen klar: „Misserfolge gehören zur Implantation dazu – sind sie bei der Aufklärung und bei der (handschriftlichen) Dokumentation und bei der Therapie professionell gewesen, dann wird der Patient mit dem Misserfolg zu ihrem besten Freund!“

Der Extraordinarius für Zahnärztliche Implantologie und Oralchirurgie aus München hinterfragte die Sinnhaftigkeit von Implantaten bei organtransplantierten Patienten. „Ich nehme Sie nun mit auf eine Reise in die experimentelle Chirurgie“, so Deppe, der auf die extrem hohe Keimdichte in der Mundhöhle und die damit verbundene Bak-



Prof. Dr. Dr. Jörg R. Strub



Prof. Dr. Hans-Peter Weber



Prof. Dr. Herbert Deppe



Prof. Dr. Anton Sculean

teriämierate nach operativen Eingriffen hinwies. In Deutschland werden täglich ca. elf Organtransplantationen durchgeführt, hier stehen vor allem Leber und Niere im Vordergrund. Wichtig war der Hinweis Deppes auf die aktualisierten Daten zur Endokarditisprophylaxe. Die Datenlage, ob Implantationen bei solchermaßen betroffenen Patienten möglich sind oder nicht, ist allerdings bescheiden. Case-Reports, so Deppe, weisen darauf hin, dass die Option zur Implantation besteht. Ein wichtiger Schlüssel für den Langzeiterfolg ist das strikte Einhalten eines Recall-Systems und eine stringente interdisziplinäre Absprache.

Als nächster Redner ergriff Prof. Dr. Anton Sculean/Bern, Schweiz, das Mikrofon und entführte in die Welt der Schnittstelle zwischen Implantologie und Parodontologie und sprach über innovative Techniken und Materialien zur Deckung multipler Rezessionen.

Das Hauptziel bei der Rezessionschirurgie, so der eidgenössische Parodontologe, ist die 100 %-Deckung (bis zur Schmelz-Zement-Grenze). In 88 Prozent der Fälle gelingt es, diesem Anspruch gerecht zu werden. Die hier zur Verfügung stehenden OP-Techniken wurden von Sculean ausführlich in bewegten und statischen Bildern dargestellt und erläutert. Dem zusätzlichen Einsatz von Schmelz-Matrix-Proteinen weist Sculean hohe Wertigkeit zu und schloss seine Ausführungen mit der Vorstellung und Wertung verschiedener „Replacement Materials“ im Vergleich zu konventionellen Bindegewebsstransplantaten. Beide Verfahren funktionieren gut, wobei das klassische Bindegewebsstransplantat diskrete Vorteile zeigte.

Aus dem nordbadischen Heidelberg war Prof. Dr. Peter Rammelsberg angereist, der über „Effekte simultaner Augmentationsverfahren auf die Implantatprognose“ sprach. Im Fokus der Ausführungen des Heidelberger Prothetikchefs standen das Bone Spreading (gleich gute Ergebnisse wie konventionelle Augmentationsverfahren) und der interne Sinuslift (etwas schlechtere Ergebnisse als konventionelle augmentative Verfahren). Dank dieser wenig invasiven Verfahren, so Rammelsberg, können dem Patienten oftmals höher invasive erspart bleiben und dennoch Überlebensraten von 94 Prozent erzielt werden.

Eine hochinteressante multizentrische Studie in deutschen Zahnarztpraxen präsentierte Priv.-Doz. Dr. Torsten Mundt; diese Multicenterstudie (Uni Greifswald und acht Praxen in Deutschland) wurde über Miniimplantate der Firma 3MESPE erstellt. Als Mindestzahl dieser gering dimensionierten Implantate gibt Mundt sechs im Ober- und vier im Unterkiefer an. Mit 94,3 Prozent Erfolg im Oberkiefer und 95,7 Prozent im Unterkiefer werden ähnlich gute Ergebnisse wie mit konventionellen Implantaten erzielt, und dies mit der Option des minimalinvasiven Vorgehens! Indes erbrachte die anschließende Diskussion: Dieses System ist nichts für Anfänger, es gehört, vor



Prof. Dr. Dr. h.c. Hans L. Grafelmann überreicht der DGZI einen Scheck.

allem wenn das minimalinvasive Vorgehen gewählt wird, in die Hand des versierten Implantologen.

Dem Regenerationseffekt, der sich mit Hyaluronsäure erzielen lässt, widmete Prof. Dr. Dr. George Khoury sein Referat. Der Hamburger Kieferchirurg entführte das Auditorium in seinem – in Art und Form – außergewöhnlichen Beitrag in den Bereich der Schnittstelle zwischen Zahnmedizin und Schönheitschirurgie.

Internationales Podium

Was wäre ein DGZI-Kongress ohne ein Internationales Podium? Undenkbar! Auch in diesem Jahr bestückten namhafte Referenten befreundeter Fachgesellschaften das gut besuchte Internationale Podium des DGZI-Jahreskongresses. Die vornehmlich aus dem arabischen und asiatischen Raum kommenden Referenten widmeten sich hochaktuellen, aber auch hochbrisanten, kontrovers diskutierten Fragen der Implantologie. Ob Lasereinsatz, 3-D-Diagnostik und -Planung, Sofortbelastung und Risikopatienten – das Internationale Podium bot erneut ein Füllhorn guter Beiträge und Erkenntnisgewinne. Mohamed Moataz Khamis (Ägypten) konnte über die Vorteile der Implantatfreilegung mit einem Er:Cr:YSGG-Laser berichten, mit dessen Hilfe eine gute Weichteilkonturierung bei weitestgehend schmerzfreiem und blutungsfreiem Vorgehen unter Vermeidung von Narben möglich ist.

Prof. Suheil Boutros (USA) erzielt mit dem Zimmer MTX-Implantat, welches ein neues trabekuläres Design aufweist, die Option der Erzielung deutlich verkürzter Behandlungszeiten, was für den Patienten ein echter Benefit bedeute.

Aus dem Libanon berichtete Dr. Sami Jade über lebensbedrohliche Blutungen nach Implantationen im vermeintlich „ungefährlichen“ Unterkieferfrontzahnggebiet. Seine klare Botschaft: Niemals im anterioren Unterkiefer ohne linguale Lappenbildung implantieren.



Dr. Tomohiro Ezaki



Prof. Dr. Amr Abdel Azim



Dr. Mazen Tamimi



Mohamed Moataz M. Khamis



Prof. Dr. Suheil Boutros

Prof. Dr. Shoji Hayashi (Japan) konnte anhand eines beeindruckenden Patientengutes von über 1.000 nachuntersuchten Implantatpatienten belegen, dass der Einsatz eines Versenkers im Oberkiefer nicht erforderlich ist (die Periotestwerte waren bei beiden Gruppen mit/ohne Versenker identisch). Ebenfalls aus Japan kommend konnte Dr. Osamu Yamashita über eine beachtenswerte Senkung der oralen Keimrate um 40 Prozent dank des Einsatzes von HOCl-Lösung berichten.

Dr. Ramy Rezkallah (Ägypten) wies der DVT-Diagnostik in der Implantologie wesentliche Vorteile gegenüber den konventionellen zweidimensionalen bildgebenden Verfahren zu, machte aber ebenso deutlich, dass aufgrund der zweifellos wesentlich höheren Strahlenbelastung immer eine patientenindividuelle Kosten-Nutzen-Abwägung geboten sei.

Prothetik Podium

Mit Zahntechnikermeister Christian Müller zog zum ersten Mal ein Nichtzahnarzt in das Vorstandsgremium der ältesten implantologischen Fachgesellschaft Europas ein. Dies entsprach dem ausdrücklichen Wunsch der weiteren Vorstandsmitglieder und dem der Mitgliederversammlung der DGZI im vergangenen Jahr, wird doch der „Schnittstelle Zahntechnik–Zahnmedizin“ seitens unserer Fachgesellschaft höchste Priorität eingeräumt.

Ein weiteres, überaus erfolgreiches Ergebnis dieser erfreulichen Entwicklung ist das Curriculum Implantatprothetik, welches die DGZI in Zusammenarbeit mit der Essener Firma FUNDAMENTAL anbietet. Über 250 Zahntechniker absolvierten im vergangenen Jahr dieses Curriculum und erwarben die entsprechende Qualifikation. So oblag es ZTM Christian Müller als eine seiner ersten Aufgaben, ein Spezialpodium „Implantatprothetik“ zu organisieren und dieses zusammen mit Prof. Dr. Peter Rammelsberg/Heidelberg als dessen Chairmen zu leiten.

Dem Heidelberger Hochschullehrer Rammelsberg war es indes vorbehalten, auch einen Beitrag zu diesem Prothetik Podium beizusteuern. Er widmete sich einem kontrovers diskutierten Thema: ob die Einbeziehung natürlicher Zähne unter implantatgestützten Brücken oder Prothesen eher als Risiko oder als Beitrag zum Strukturhalt zu werten sei. Im Brückenbereich konnte Rammelsberg salomonisch feststellen: „Es funktioniert beides, und zwar bei abnehmbarem und bei festsitzendem Zahnersatz.“ Zunächst verglich Rammelsberg rein implantatgetragene mit Verbundbrücken, beide Formen weisen bei festsitzendem Zahnersatz hervorragende Überlebensraten auf. Allerdings wiesen vollkeramische Restaurationen höhere Komplikationen als metallkeramische auf. Der hier oft angetroffenen Chipping-Problematik versucht Rammelsberg mit der Verwendung nicht keramisch verblendeter Vollkeramikrestaurationen zu begegnen. Bei abnehmbarem Zahnersatz wiesen rein implantatgetragene abnehmbare Arbeiten eine leicht geringere Erfolgsrate als kombiniert verankerte auf. Insgesamt wurden auch beim abnehmbaren Zahnersatz für beide Versorgungsmöglichkeiten geringe Misserfolgsraten verzeichnet; wenn, dann waren diese vornehmlich im technischen Bereich, hier sind vor allem Verschleißeffekte am Kunststoff zu erwähnen.

Zuvor hatte Priv.-Doz. Dr. Andreas Bindl (Schweiz) in einem schönen Übersichtsvortrag die zahlreichen Optionen einer Implantatplanung mittels 3-D-Technologie vorgestellt. Nicht nur die 3-D-Planung standen in der Agenda Bindls, auch die digitale Abformung fand ausführliche Erwähnung. Als „Olymp“ seiner Ausführungen konnte Bindl die virtuelle Zahnersatzplanung darstellen, quasi ein „digitales Backward-Planing“ auf höchstem Niveau. Das Projekt, mit einer

3DLiberty

Ein Implantatsystem
 Zwei Implantatlinien
 Drei Halshöhen



3DLiberty by Thommen.

Raffiniert einfach.

Die Freiheit, aus einem einzigen System das optimale Implantat für jede Indikation zu wählen!
 Entdecken Sie eine Thommen Welt der besonderen Note.
 Wir freuen uns auf Sie.

Infos unter

www.thommenmedical.com

SWISS PRECISION AND INNOVATION.

3-D-Schleifeinheit in der Praxis mittels 3-D-Planung selbst Bohr- schablonen herstellen zu können, stieß auf höchstes Interesse des Auditoriums.

ZTM Tom Lassen, eine beständige Größe in der deutschen Zahntechnikwelt, sprach über „Passive Fit“, welches er als eine Grundvoraussetzung für den prothetischen Langzeiterfolg sieht. Der Idealzustand des nahezu spannungsfreien Sitzes, so der in Starnberg tätige Zahn- technikermeister, ist in jedem Falle anzustreben. Jedoch bergen Fehler in der Abformtechnik und in der Modellherstellung die Gefahr der Verhinderung eines solchen idealen spannungsfreien Zustandes. Bei den weiteren zahntechnischen Schritten hingegen sind viele Fragen geklärt; vor allem die Verklebung im Munde hat hier für wertvolle Abhilfe gesorgt. „Dreh- und Angelpunkt ist das sauber hergestellte Modell“, so ZTM Lassen. Er präsentierte eine Abformtechnik mit Platzhaltern über den Abformpfosten; nach Abbinden des Abformmaterials verbleibt der Löffel im Munde, die Platzhalter werden entfernt und der dann resultierende Spalt wird mit Abformmaterial aufgefüllt. Die Modellherstellung erfolgt ebenfalls beim Entfernen des Platzhalters nach Abbinden des Gipses und Auffüllen des Spaltes zum Manipulier- implantat mit Kunststoff. Lohn dieses sehr aufwendigen Verfahrens, so Lassen, ist der Zustand des Passive Fit.

Auch das frisch gebackene DGZI- Vorstandsmitglied Christian Müller ließ es sich nicht nehmen, selbst zum Mikrophon zu schreiten. Der Freiburger Zahntechnikermeister wagte den Blick in die Zukunft und diskutierte, ob nun Gießen oder Fräßen eine zukunftssträchtige Technik für implantatprothetische Versorgung sind. Das Darstellen verschiedener Einflüsse auf gute Guss- ergebnisse war das Anliegen Müllers in der ersten Phase seines Beitrages zum wissenschaftlichen Programm.

Sein Fazit: „Es ist eigentlich toll, dass bei den vielen Fehlerquellen das hinterher so gut passt!“ Im zweiten Teil seines Vortrages ging der Freiburger Zahntechnikermeister auf zukunftssträchtige Alternativen ein – die CAD/CAM-Techniken. Diese, so Müller, haben auch die Nichtedelmetalltechnik wieder hoffähig gemacht. Vor allem auf die gefräßten Modelle setzt Müller große Hoffnungen – sein Fazit: „Die Gusstechnik hat uns viele, viele Jahre geholfen, sie hat auch unsere Arbeit gesichert, aber sie beginnt sich zu überholen!“

Auf eine potenzielle Schwachstelle in der Implantatprothetik, die allerdings erst in den vergangenen Jahren in den Fokus des Interesses der implantologisch Tätigkeiten gerückt ist, ist die des Abut-

ments. Folgerichtig fragte ZTM Andreas Kunz/Berlin, welche Gestaltung und welches Material für Implantatabutments wohl richtig sei. Tröstliche Botschaft Kunzes: „Sie können sowohl Titan als auch Zirkonoxid vertrauen!“ Besonders seine Ausführungen zur Gestaltung des Emergenzprofils („maximal 2/3 der Gingivahöhe radieren“) stießen auf großes Interesse des Auditoriums. Sein Tipp für die Praxis: „Vermeiden Sie unbedingt Druck auf die Weichgewebe!“ Hohe Wertigkeit weist er dem unbedingt einzuhaltenden Weg einer provisorischen Versorgung mit späterem individuellen Abform- pfosten fürs finale Meistermodell zu.

Mit einem „Troubleshooting-Update“ warteten ZTM Christian Müller und der Autor dieses Beitrages auf, die an ihre Ausführungen aus dem vergangenen Jahreskongress anzuknüpfen wussten und weitere neue Fälle implantatprothetischen Troubleshootings prä-



Prof. Dr. Klaus-U. Benner



sentierten. Tröstliche Botschaft der beiden Freiburger: Auch bei Fehlentscheidungen/Komplikationen in Planung oder Umsetzung gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, noch ein gutes Ergebnis für Patient,

Zahnarzt und Zahntechniker zugleich zu erzielen und es sind nur wenige Fälle als „gänzlich hoffnungslos“ einzustufen.

Spezialpodium „Periimplantitis: Explantieren oder behandeln?“

Die Spezialpodien der DGZI sind erst seit wenigen Jahreskongressen fester Bestandteil des wissenschaftlichen Programms, werden aber immer mehr zu einem der Höhepunkte dieser Fortbildungsveranstaltungen. Unter der Moderation von DGZI-Präsident Prof. Dr. Dr. Frank Palm diskutierten Prof. Dr. Herbert Deppe (Lehrstuhlinhaber des einzigen Implantologischen Extraordinariats in Deutschland), Prof. Dr. Andrea Mombelli und ein weiterer Parodontologe, Prof. Dr. Anton Sculean/Bern, Schweiz, über ein höchst unerfreuliches Thema – die Periimplantitis. Als quasi Einstieg hatte der eidgenössische Parodontologe Mombelli ein Referat über die Epidemiologie der Periimplantitis gehalten, mit „Fakten und Fiktionen“, wie er es nannte. Mombelli stellte fest, dass „vor genau 25 Jahren die Periimplantitis geboren wurde“, hatte doch der Genfer Hochschullehrer 1987 erstmals über das Phänomen Periimplantitis in einer Publikation berichtet. Eine aufwendig durchgeführte Literaturrecherche ergab, dass nach fünf bis zehn Jahren 10 Prozent der Implantate bei 20 Prozent der Patienten von einer Periimplantitis betroffen sind. Die gerade von der Laienpresse oftmals zitierte Zitzmann-Studie konnte durch Mombelli relativiert werden, da hier ein präselektioniertes Patientengut untersucht wurde und Kriterien wie BOP gewertet wurden. „Aber nicht alles, was blutet, ist eine Periimplantitis!“, so



MITGLIEDSANTRAG

Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DGZI (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.).

Sekretariat
Paulusstraße 1
40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 16970-77
Fax: 0211 16970-66
E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de

Dieser Antrag wird unterstützt durch _____

Bitte senden an: Telefax 0800-DGZIFAX oder 0211 16970-66.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon, Telefax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Kammer/KZV-Bereich _____

Besondere Fachgebiete
oder Qualifikationen _____

Sprachkenntnisse in
Wort und Schrift _____

Haben Sie schon Implantationen durchgeführt?
(Antwort ist obligatorisch)

ja nein

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Veröffentlichung
meiner persönlichen Daten.

Datum und Unterschrift _____

Ordentliche Mitgliedschaft/Niedergelassene Zahnärzte

>> Jahresbeitrag 250,- €

Ausländische Mitglieder (Wohnsitz außerhalb Deutschlands)

>> Jahresbeitrag 125,- €

Zahnärzte in Anstellung (Assistenten) >> Jahresbeitrag 125,- €

Zahn techniker >> Jahresbeitrag 125,- €

Angehörige von Vollmitgliedern >> Jahresbeitrag 125,- €

ZMA/ZMF/ZMV/DH >> Jahresbeitrag 60,- €

Studenten >> beitragsfrei

Kooperative Mitgliedschaft (Firmen und andere Förderer)

>> Jahresbeitrag 300,- €

Erfolgt der Beitritt nach dem 30.06. des Jahres, ist nur der halbe
Mitgliedsbeitrag zu zahlen.

Über die Annahme der Mitgliedschaft entscheidet der Vorstand durch
schriftliche Mitteilung.

Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen.

Den Jahresbeitrag habe ich überwiesen auf das Bankkonto der DGZI
(Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dortmund, Kto.-Nr. 0003 560 686,
BLZ 440 606 04).

Den Jahresbeitrag habe ich als Scheck beigefügt.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit
zulasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden
Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BLZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____
(wenn nicht wie oben angegeben)

Datum und Unterschrift _____

Stempel _____

Mombelli, vielmehr sind hier Nikotinabusus und eine „PARO-Historie“ von entscheidender Bedeutung. Wer in der hochkarätig besetzten Diskussion zwischen den renommierten Hochschullehrern vorsichtiges Abwägen und professorale Zurückhaltung erwartet hatte, der hatte sich getäuscht.

Direkt und unverblümt wurde die Diskussion mit offenem Visier geführt: Gleich zu Beginn der Diskussion wurde mit dem Dogma des „Ja-nicht-Sondierens-an-Implantaten!“ aufgeräumt. Hier bestand übereinstimmend die Meinung, dass das Sondieren am Implantat ein wichtiges Diagnostikum darstellt. Ebenfalls bestand einhellige Übereinstimmung in der Ansicht, dass es extrem wichtig ist, die Periimplantitisfälle möglichst früh zu erkennen und dann auch unverzüglich eine entsprechende Therapie einzuleiten. Die hier angebotenen „Tests“ zur Abschätzung eines erhöhten Risikos, eine Periimplantitis zu entwickeln, wurden von den Diskutanten negativ beurteilt, viel wichtiger ist eine gute Anamnese und Beurteilung des individuellen Risikos. „Es ist doch einfältig zu glauben, dass irgendein Test das individuelle Risiko in einem so hochkomplizierten Organismus bestimmen kann“, so Andrea Mombelli; und Anton Sculean ergänzt: „Auch wenn es eine schlechte Nachricht für die Industrie darstellt, so ist doch klar: Diese Tests bringen nichts!“ Die prävalente Periimplantitis-Defektform ist der kraterförmige Defekt, andere Defektsituationen sind Implantatfehllpositionen (zu bukkal) und Knochendefiziten (z.B. schmaler Kamm) geschuldet.

Zur Vermeidung einer „Zementitis“, die Startpunkt einer Periimplantitis sein kann, kann auf Verschraubung von Suprakonstruktionen zurückgegriffen werden. Die von der Gruppe von Frank Schwarz präferierte Implantatplastik wurde von den Hamburger Diskutanten kritisch beurteilt, im Falle eines solchen Schweregrades sollte die Explantation erwogen werden. In Zukunft wird auch eine „implantat-individuelle“ Beurteilung eine wichtige Rolle spielen.

Corporate Podium

Eine ähnlich lieb gewonnene Tradition, wie das Internationale Podium, ist das des Corporate Podiums, welches vornehmlich DGZI-Mitgliedern und niedergelassenen Kollegen die Möglichkeit bietet, über ihre Erfahrungen und Erkenntnisse zu berichten.

Ergänzt wird dieses Podium auch durch Beiträge aus der Hochschule, an dieser Stelle sei als Beispiel der von Herrn Prof. Dr. Uwe Rother genannt, der über „DVT heute und in der Zukunft“ sprach. Insgesamt widmeten die acht Referenten ihre Beiträge dem Motto des 42. Internationalen Jahreskongresses der DGZI: Nachhaltigkeit und Langzeiterfolg im Sinne einer qualitätsorientierten Implantologie, u. a. über die Themenbereiche Augmentationsverfahren, Ästhetik und Sedierung.



Insgesamt betrachtet wurde eines im Rahmen des diesjährigen DGZI-Jahreskongresses überaus deutlich: das Ansinnen der ältesten europäischen Fachgesellschaft zur Nachhaltigkeit in der Implantologie. So kann der Tenor des Kongresses quasi auch als Resümee des gesamten 42. Internationalen Jahreskongresses der DGZI gelten – die Fachgesellschaft ist gut aufgestellt, stellt sich den aktuellen und künftigen Aufgaben der Implantologie und übernimmt Verantwortung in Ausbildung der Kollegen „Fokus: niedergelassene Praxis“ und für Patienten „Fokus: Information“.



QR-Code zur Bildergalerie des 42. Internationalen Jahreskongresses der DGZI in Hamburg einfach mit dem Smartphone scannen.



QR-Code zum Video des 42. Internationalen Jahreskongresses der DGZI in Hamburg einfach mit dem Smartphone scannen.

Dr. Georg Bach
Rathausgasse 36
79098 Freiburg im Breisgau
E-Mail: doc.bach@t-online.de



DGZI-Geschäftsstelle
Paulusstraße 1
40237 Düsseldorf
E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de
Web: www.DGZI.de



Alle Lernmittel/Bücher
zum Kurs inklusive!

Implantologie ist meine Zukunft ...

Schon mehr als 1.000 meiner Kollegen und Kolleginnen haben das erfolgreiche und von erfahrenen Referenten aus Wissenschaft und Praxis getragene DGZI-Curriculum erfolgreich abgeschlossen. Mit 100% Anerkennung durch die Konsensuskonferenz ist das Curriculum der DGZI eines der wenigen anerkannten Curricula und Aufbaustudium auf dem Weg zum Spezialisten Implantologie und zum Master of Science.

STARTTERMIN

Kurs 152 ▶ **14. Dezember 2012**

DGZI-Curriculum – Ihre Chance zu mehr Erfolg!

Neugierig geworden? Rufen Sie uns an und erfahren Sie mehr über unser erfolgreiches Fortbildungskonzept!

DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Fortbildungsreferat, Tel.: 0211 16970-77, Fax: 0211 16970-66, www.dgzi.de
oder kostenfrei aus dem deutschen Festnetz: 0800-DGZITEL, 0800-DGZIFAX



DGZI
Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.