

## International bekannte Referenten in Heidelberg

# „Update Implantologie“

*Bereits zum 6. Mal fand Anfang April die Fortbildungsveranstaltung „Update Implantologie“ in Heidelberg statt. Die spezielle Mischung interessanter Vorträge von erfahrenen, international und national anerkannten Referenten sowie die Power der jungen nachwachsenden Generation machen diese Veranstaltung zu einem Erlebnis. Auch dieses Jahr war das Referententeam von den Organisatoren wieder besonders sorgfältig ausgewählt worden, so dass jeder Teilnehmer nach der zweitägigen Veranstaltung sein persönliches „Update“ mit nach Hause nehmen konnte.*

Dr. Klaus Kirste, Vorsitzender des FIZ (Forum Innovative Zahnmedizin), begrüßte die zirka 240 Teilnehmer und freute sich über den fast bis auf den letzten Platz gefüllten Saal. Er erläuterte den Anwesenden die Strukturen des FIZ. Dieser relativ kleine, aber dennoch sehr umtriebige Verein feierte 2007 sein mittlerweile 10-jähriges Jubiläum. Unter den derzeit 35 Mitgliedern sind Zahnärzte, Zahntechniker sowie Kieferorthopäden vertreten. *Kirste* bedankte sich bei dem wissenschaftlichen Leiter der Veranstaltung *Dr. medic. stom. Marius Steigmann*, bei dem Organisationskomitee, bestehend aus *Dr. Jörg Schmoll*, *Dr. Uwe Richter* und *Ztm. Wolfgang Bollack* sowie den Sponsoren der Veranstaltung für die Organisation und Unterstützung.

Die Vorträge wurden von *Dr. Frank Kistler*, Landsberg a.L., mit dem Thema „Bonemanagement – Praxisrelevante Kriterien zur Beurteilung von Augmentationsverfahren“ eröffnet. Hier ging er auf die verschiedenen Möglichkeiten des Knochenaufbaus ein. *Kistler* bevorzugt die Piezochirurgie zur Knochentnahme, da es sich um ein besonders minimalinvasives und damit atraumatisches Verfahren handelt. „Viele Patienten verweigern eine Implantattherapie, wenn das Stichwort Knochenaufbau fällt“, gab *Kistler* zu bedenken. Die aufwendigen chirurgischen Eingriffe und der lange Behandlungszeitraum sind hier meist ausschlaggebend. Um diesen Patienten dennoch einen festsitzenden Zahnersatz ohne Augmentation zu ermöglichen, muss das meist spärliche Knochenangebot ausgenutzt werden. Nützlich ist hier eine erweiterte Diagnose mit einem DVT, wodurch die Knochenquantität und -qualität sowie die Lage der Nervus mandibularis ermittelt werden.

„Das Frontzahngelände des Oberkiefers – eine ästhetische Herausforderung“ erörterte *Dr. Klaus Hasel-*

*huhn*, Universität Aachen. Im Frontzahnbereich ist die Berücksichtigung bestimmter Faktoren des PES (pink esthetic score), wie beispielsweise die Lachlinie von entscheidender Bedeutung für den ästhetischen Erfolg einer Rekonstruktion. So muss bei einer hohen Lachlinie besonderer Wert auf die girlandenförmige, symmetrische Ausformung der Gingiva gelegt werden. Zur Verbesserung des Weichgewebsangebots kann sowohl chirurgisch als auch prothetisch interveniert werden. *Zum Thema Implantatsysteme spricht sich Haselhuhn für das schraubenfreie System IQ:Nect von Heraeus aus.* „Beim schraubenfreien Arbeiten hat man den Vorteil, dass die Achse für die Prothetik nicht durch den Schraubenkanal vorgegeben wird“, erläuterte *Haselhuhn*. Gerade bei einem geringen Knochenangebot ist die chirurgische Implantatachse oftmals für die prothetische Achse nicht optimal. „Mit diesem System kann man die chirurgische und prothetische Achse aneinander angleichen“, betonte *Haselhuhn*.



Dr. Klaus Kirste



Dr. Klaus Haselhuhn, Dr. Frank Kistler, Dr. medic. stom. Marius Steigmann und Dr. Paolo Trisi



Dr. Georg Bayer



Prof. Dr. Zvi Artzi

Dr. Pascal Black  
MSc. MSc.Dr. Konstantinos D.  
Valavanis

Dr. Joachim Hoffmann

In dem Vortrag von *Dr. Paolo Trisi* aus Italien, wurde das Thema Sofortbelastung oder verzögerte Belastung behandelt. Als entscheidenden Faktor für eine erfolgreiche Osseointegration nannte er die Primärstabilität des Implantates. Hierbei gilt, je mehr Kraft man einsetzt um das Implantat einzudrehen, umso höher ist die Primärstabilität. In Fällen, in denen eine ausreichende Primärstabilität nicht gewährleistet werden kann, sollte von einer Sofortbelastung abgesehen werden. *Trisi* äußert sich kritisch gegenüber der Osteotomtechnik zum Zwecke der verbesserten Osseointegration, denn Knochen kann nur da entstehen, wo genügend Raum für die Osteoblasten sei. Bei dieser Methode sei oftmals ein Knochenrückgang am Implantatinterface zu beobachten. „Auf diese Weise verschaffen sich die Osteoblasten den Platz, den sie benötigen“. Der Einsatz der Osteotomtechnik führe zwar zu einer Erhöhung der Primärstabilität, habe jedoch eine Verzögerung der Osseointegration zur Folge.

*Dr. Georg Bayer*, Landsberg a.L., stellte in seinem Vortrag Lösungen für den zahnlosen Kiefer mit reduzierter Implantatzahl vor. Hier wird unter dem Motto „Fast & Fixed“ eine Lösung für festsitzenden Zahnersatz geboten. „Patienten wollen keine Implantate, sie wollen schöne Zähne haben“, argumentierte *Bayer*. Die Anzahl der Implantate hängt oftmals vom Geldbeutel des Patienten ab. Wieviele Implantate braucht man überhaupt um einen zahnlosen Kiefer festsitzend zu versorgen? *Bayer* empfiehlt bei entsprechender Knochenqualität 4 Implantate im Unterkiefer und 6 im Oberkiefer. Mithilfe angulierter Implantate kann die Restknochenhöhe so ausgenutzt werden, dass oftmals kein Knochenaufbau notwendig ist. Diese minimalinvasive Methode erspart dem Patienten weitere Eingriffe in Hart- und Weichgewebe und der Patient kann die Praxis sofort mit Zähnen wieder verlassen.

Der Erhalt der bukkalen Knochenlamelle ist ein heiß diskutiertes Thema mit dem sich *Prof. Dr. Zvi Artzi*, Israel, in seinem Vortrag befasste. Die bukkale Knochenlamelle resorbiert nach der Exzision teilweise schon aufgrund der Gewebeschädigung. Wird die Exzisionsalveole augmentiert, so kann dieser Knochenrückgang durch die Knochenneubildung aufgefangen werden. Wichtig ist hierbei, betonte *Artzi*, die Abdeckung der augmentierten Alveole mit einer Membran. Diese sollte am bukkalen knöchernen Rand der Alveole angelegt werden und den ganzen Defekt abdecken. Der vollständige Wundverschluss mit Weichgewebe ist obligat. Bei der Einheilung ist unbedingt darauf zu achten, dass kein Druck ausgeübt wird, damit sich sowohl das Hart- wie auch das Weichgewebe nicht zurückbildet.

*Dr. Pascal Black* MSc. MSc. aus Germering, referierte zu dem Thema „Minimalinvasives Vorgehen bei geringer Restknochenhöhe“. Hier empfiehlt er den Einsatz kurzer Implantate. „So kann in vielen Fällen ein Sinuslift oder eine Augmentation vermieden werden“, betonte *Black*. Bei den Endopore Implantaten sieht er den besonderen Vorteil in der Oberflächenstruktur. Diese bietet eine dreidimensionale Kontaktfläche zum Knochen, wodurch auch kurze Implantate nach der Osseointegration eine hohe Stabilität aufweisen. Für den Einsatz der kurzen Implantate gelten bestimmte Voraussetzungen. So sollte zum Beispiel die Oberfläche von ortständigem Knochen bedeckt sein, zwischen zwei Implantaten ein Mindestabstand von 3 mm eingehalten werden und die Einheilzeiten exakt beachtet werden.

*Dr. Konstantinos D. Valavanis*, Griechenland, erörterte das Thema der Sofortimplantation und des Weichgewebemanagements in seinem Vortrag. Um eine Entzündung zu vermeiden verabreicht er schon vor dem chirurgischen Eingriff Antibiotika. Bei der Schnittführung sollte man dann versuchen so viel Weichgewebe wie möglich zu schonen. Er empfahl eine vertikale Naht zur Stabilisierung der Papille zwischen Zahn und Implantat. *Valavanis* setzt das Provisorium grundsätzlich nie direkt nach der Operation ein, sondern erst nach einem Tag, so dass sich das traumatisierte Gewebe etwas erholen kann. Hierbei muss darauf geachtet werden, dass kein Druck auf das Gewebe ausgeübt wird. *Valavanis* betonte auch die Wichtigkeit der Mundhygiene während der Einheilzeit. Wird hier mit zuviel Druck gereinigt, besteht die Gefahr, dass das Weichgewebe zurück geht, wird nicht ausreichend gereinigt, kann es zu einer Entzündung kommen.

Trotz der, von vielen Teilnehmern frequentierten, gelungenen Abendveranstaltung, war der Vortragsaal auch am Samstagmorgen gut gefüllt. Darüber freute sich auch der erste Referent *Dr. Joachim Hoffmann* aus Jena. Er widmete sich in seinem Vortrag dem Thema „Der atrophierte laterale Oberkiefer – Operationstechniken und Komplikationen“. Gerade bei nicht unbedingt optimalen Voraussetzungen ist ein gut strukturierter Behandlungsplan das „A“ und „O“. Schon zu Beginn des chirurgischen Eingriffs kann es durch eine unüberlegte Schnittführung später zu Problemen kommen. Hier sollte man unbedingt den Gefäßverlauf berücksichtigen, um die Durchblutung zu gewährleisten. Bei dem Weichgewebemanagement sollte man beachten, riet *Hoffmann*, nicht in die mobile Gingiva zu schneiden und immer mit „Überschuss“ zu arbeiten. „Auf diese Weise erhält man auch im Seitenzahnbereich die Illusion einer Papille.“

„Moderne Augmentationsverfahren, die Voraussetzung für den prothetischen Langzeiterfolg“, diesem Thema widmete sich *Dr. Roland Török*, Nürnberg. Er nannte 6 Elemente für den ästhetischen Erfolg: das Knochenfundament, Implantatdesign und -insertion, Gingivatyp, das Stützgewebe und das Design der Suprakonstruktion. Ist das Knochenfundament nicht ausreichend, so kann je nach Knochenangebot auf verschiedene Augmentationsmethoden zurückgegriffen werden. Bei größeren vestibulären Knochendefekten rät *Török* zu einem Knochenblocktransplantat. Der Wundverschluss erfolgt dann mit einem Rolllappen aus dem Gaumen nach vestibulär. Eine weitere Variante ist der humane Knochenblock. Diese reinen Spongiosablöcke werden dem humanen Spender zum Beispiel bei einer Hüft-OP entnommen und aufgearbeitet. Der Vorteil ist, dass der Transplantatempfänger den chirurgischen Eingriff der Knochenentnahme nicht über sich ergehen lassen muss.

*Dr. Fred Bergmann* ging in seinem Vortrag auf die „Innovative Diagnostik und Therapie“ ein. Hierbei kam die Sprache natürlich auf die 3D-Diagnostik. So können zum Beispiel die DVT-Aufnahmen für die postoperative Planung wichtige Informationen zur Knochenquantität und -qualität liefern. Dennoch ist die Zahl der Anwender immer noch recht niedrig. Dies könnte laut *Bergmann* auch daran liegen, dass die 3D-Bildprogramme untereinander nicht kompatibel sind. Bei *Bergmann* beginnt der Workflow mit einer klinischen 2D-Dignose, drauf wird ein Modell in einem Mittelwertartikulator erstellt. Im Anschluss erfolgt dann die 3D-Analyse aus der dann im weiteren Verlauf eine Bohrschablone entstehen kann. „So vorbereitet ist das Ergebnis vorhersagbar und das Risiko kann minimiert werden“.

*Dr. medic. stom. Marius Steigmann* aus Neckargemünd ging in seinem Vortrag auf die entscheidenden Parameter für eine ästhetische Rekonstruktion ein. „Bei den vielen Aussagen, sei es von Kollegen



Die Veranstaltung lud während der Pausen zu Gesprächen unter Kollegen ein

oder in der Literatur, ist es schwer sich für die jeweils richtige Therapie zu entscheiden“, gab *Steigmann* zu bedenken. Für ein ästhetisches Ergebnis ist der Gesamteindruck entscheidend. Wie soll das Implantat nun positioniert werden? Nach den ästhetischen Gesichtspunkten, oder doch nach den prothetischen? Hier muss meist ein Kompromiss eingegangen werden. Dennoch gilt, werden bestimmte Regeln berücksichtigt, kann unter Berücksichtigung spezieller Regeln ein ästhetisch ansprechendes Ergebnis erzielt werden. *Steigmann* berief sich hier zum Beispiel auf die Regeln von *Tarnow*. „Eine Papille zu erhalten ist keine Kunst, eine zu erschaffen wo keine ist, das ist die Schwierigkeit!“

Mit dem Thema „Vertikal! Die dritte Dimension der dentoalveolären Augmentation“ verwies *Dr. Karl Ackermann*, Filderstadt, auf die Dreidimensionalität des Knochenverlusts nach Extraktion hin. Diese Veränderungen sind dynamisch, nicht reversibel und progressiv. Er stellte die verschiedenen Augmentationsmöglichkeiten, wie zum Beispiel Einlagerungs- oder Auflagerungsplastik, Bonesplitting, Knochenblocktransplantat, Distraktionsmethode und deren Kombinationsmöglichkeiten vor. „You never get a second chance to make a first diagnosis,“ so betonte *Ackermann* die Wichtigkeit der ersten Diagnosestellung. Dabei sieht auch er die 3D-Diagnostik als hilfreiche Methode, um die Ausgangssituation für die Augmentation und die spätere Implantatposition zu bestimmen. Anhand einiger Patientenfälle demonstrierte er die Einsatzmöglichkeiten der Distraktionsmethode, die bei ausreichendem vertikalem Knochenangebot oftmals viel versprechend ist. „Die Distraktion ist ein langwieriger Prozess, versucht man diesen zu beschleunigen, endet das meist in einem Misserfolg.“

*Dr. Christian Schulz*, Msc. Wiesbaden, sprach in seinem Vortrag über die „Entscheidungsfindung in der Implantologie“. Er erörterte die Möglichkeiten einer frühen, verzögerten und späten Implantation und wann diese jeweils indiziert sind. Diese Entscheidung hängt von bestimmten Faktoren, wie der Hart- und Weichgewebssituation, der parodontalen Situation, von Risikofaktoren (Rauchen, Medikamente) und der grundsätzlichen Einstellung des Patienten ab. *Schulz* entwickelte ein Schema, mithilfe dessen er die Entscheidung für die jeweils optimale Therapie trifft. So entspricht der Typ 1 einem Patienten mit optimalen Voraussetzungen für eine Sofortimplantation, das heißt er hat eine dicke Gingiva, ein gutes Knochenangebot und weist keine gesundheitlichen Risikofaktoren auf. Für Typ 4 hingegen kommt, aufgrund des erhöhten Risikos, nur eine verzögerte Implantation in Frage.



Dr. Roland Török



Dr. Fred Bergmann



Dr. Karl-Ludwig Ackermann



Dr. Christian Schulz



Prof. (NYU) Ady Palti



Im Rahmen der Veranstaltung wurde Dr. Jerszy Szymczak die Urkunde „Fellowship der DGOI/ICOI“ und Dr. Marek Mrukwa die Urkunde „Geprüfter Experte der DGOI/Diplomate ICOI“ von Dr. medic. stom. Marius Steigmann (2. v. li.), Dr. Georg Bayer (3. v. li.) und Dr. Mariusz Duda (re.) überreicht

Mit dem Vortrag von Prof. (NYU) Ady Palti, Kraichtal, über die „Parameter der Ästhetik“ endete die Vortragsreihe des 6. Update Implantologie in Heidelberg. „Was ist überhaupt Ästhetik?“ mit dieser Frage eröffnete er seinen Beitrag. Er unterscheidet hier zwischen einer Makro-, Mikro- und Nanoästhetik. Ein junger Patient hat sicherlich einen anderen ästhetischen Anspruch, im Vergleich zu einem älteren Patienten, der schon mehrere Jahre zahnlos ist. Dieser individuelle Anspruch sollte auch bei der Planung bedacht werden. Bei der Implantatpositionierung geht Palti nach dem „4D-Konzept“ vor. Hierbei geht man von einer Weichgewebstiefe von mindestens 3 mm aus, einem Mindestabstand von 3 mm zwischen zwei Implantaten, einer mindestens 2 mm dicken bukkalen Knochenlamelle und das Implantat sollte 1 mm unterhalb des Knochenniveaus positioniert werden.

Sowohl die verschiedenen Workshops, wie auch die Dentalausstellung rundeten die Veranstaltung ab. Nach zwei Tagen voller interessanter Vorträge und praxisrelevanten Tipps von Kollegen kamen sowohl die Teilnehmer wie auch die Veranstalter zu dem Ergebnis, dass auch das sechste „Update Implantologie“ wieder eine gelungene Veranstaltung war.

mr

**Update Implantologie VII – „5 Jahre DGOI“**  
 FIZ – Forum innovative Zahnmedizin  
 Heidelberg e. V.  
 24. bis 25. April 2009  
 Hotel Crown Plaza  
 69115 Heidelberg  
[www.update-implantologie.de](http://www.update-implantologie.de)

Teamwork-Media Fuchstal • © Copyright 2007 Teamwork-Media Fuchstal • © Copyright 2007 Teamwork-Media Fuchstal