

24. Kongress der DGI, Hamburg

„Die Chirurgie beginnt mit der Planung“

Interview mit dem Präsidenten des 24. Kongresses der DGI, Dr. Gerhard Iglhaut, Memmingen, zum Kongressthema „Misserfolge erkennen und beherrschen“.

Ist Misserfolg gleich zu setzen mit Fehlbehandlung?

Natürlich nicht. Es gibt Bedingungen bei Patienten, beispielsweise genetische Faktoren, die das Risiko erhöhen. Ein solcher Faktor ist etwa der Interleukin-1-Beta-Genotypus, der das Parodontitis-Risiko beeinflusst. Auch Rauchen, ein nicht oder ein schlecht eingestellter Diabetes sind Risikofaktoren. Darauf hat der Behandler keinen Einfluss.

Aber er kann diese Risiken berücksichtigen.

Wenn er sie kennt. Dies setzt voraus, dass der Patient um seine Risiken selbst weiß. Stellen wir einen höheren Zahnverlust fest, wird man sicherlich anamnestisch erheben, ob ein erhöhtes Risiko vorliegt. Trotzdem ist es oft schwierig, klare Aussagen vom Patienten zu bekommen. Wieviel raucht er wirklich? Wie hoch ist der Alkoholkonsum? Und natürlich ist es auch wichtig, ob der Patient sich an die Verhaltensregeln hält, die wir ihm postoperativ geben.

Gibt es Beispiele für unvermeidliche, also im Grunde schicksalhafte Misserfolge?



Prof. Dr. Gerhard Iglhaut: „Eine gute Vorbereitung verkürzt nicht nur die OP, sondern wappnet für jede Situation.“ Foto: Knipping



Hamburg ist eine attraktive Kongress-Stadt.

Foto: fotograf-hamburg.de

Das Risiko einer Infektion ist nie ganz auszuschließen. Es ist von Individuum zu Individuum sicherlich auch unterschiedlich. Es gibt Patienten, deren Risiko für Wundinfektionen höher ist. Solche Risiken sind auch in der normalen Chirurgie nicht zu vermeiden, auch nicht bei bester Hygiene. Denn die Mundhöhle ist besiedelt mit Keimen. Auch wenn der Nahtverschluss dicht ist, ist es praktisch unmöglich, Speichel und Zunge von dieser Wundregion fernzuhalten.

Welche Misserfolge sind vermeidbar?

Die ausreichende Primärstabilität des Implantates ist beispielsweise eine ganz wichtige Voraussetzung für eine sichere Wundheilung. Ein Implantat, das nicht stabil im Knochen verankert ist, kann bewegt werden. Durch diese Mikrobewegungen, das wissen wir heute, kommt es nicht zu einer knöchernen Einheilung sondern zu einer bindegewebigen Einscheidung. Solche Mikrobewegungen können auch durch den Druck einer Prothese verursacht werden, die nicht hohl geschliffen ist.

Was ist dann zu tun?

Man verwendet einen größeren Implantatdurchmesser, um mehr Druck zu erzeugen. Man kann natürlich im weichen Knochen schon bei der Implantatbett-Aufbereitung unter Umstän-

den die Schlussfräse weglassen und setzt das Implantat mehr oder weniger unter Druck. Auch das erhöht die Primärstabilität.

Gibt es Phasen in der implantologischen Behandlung in denen mehr Risiken lauern als in anderen?

Sicherlich ist die periimplantäre oder chirurgische Phase die mit den größten Risiken. Natürlich können während der OP anatomische Strukturen verletzt werden.

Welche Rolle spielen die moderne Planung und die moderne Diagnostik, um Misserfolge zu vermeiden?

Diese sind sicherlich sehr wirkungsvolle Instrumente, um Misserfolge zu vermeiden. Schon bei der Planung am Modell ist es wichtig, die Situation zu antizipieren. Mit Hilfe des Bonemappings habe ich eine Vorstellung, welches Implantat ich verwenden muss. Ich kann ebenso erkennen, welche Achse möglich ist, und ich kann prüfen, ob diese Achse auch zu meiner Prothetik passt. Dann habe ich die Möglichkeit mein Endergebnis zu planen. Dieses Backward Planning ist besonders wichtig in der ästhetischen Zone.

Vor allem kommt es darauf an, am Modell den Eingriff zu antizipieren, zu überlegen, was ist mein minimales Ziel

Mit der Entwicklung Schritt halten: Das DGI-Continuum Implantologie



Prothetische Suprakonstruktionen im teilbezahnten Kiefer und unter Berücksichtigung ästhetischer Aspekte

- Einfluss dentaler Materialien auf umgebende Gewebestrukturen
- › Biomechanik der Implantat-Abutment-Verbindung
 - › Optionen von Implantataufbauten
 - › Ästhetik von Abutments
 - › Provisorische Suprakonstruktionen
 - › Konditionierung von Weichgewebe

Suprakonstruktionen des Einzelzahnersatzes

- › Brückenkonstruktionen (Verbundbrücken, verschraubte und zementierte Lösungsvorschläge)
- › Live-Demo am Patienten
- › Live-OP
- › Fallpräsentationen

Freitag/Samstag, 11./12.06.2010 · Wertheim

Referent: Dr. St. Ries

Kurs-Nr.: S4/10-2 · 18 Fortbildungspunkte · € 710,00 + MwSt

Dieser Kurs findet im Rahmen der Compact-Serie „Implantat-Prothetik und Implantat-Zahntechnik“ statt.

Sofortfunktion in der ästhetisch relevanten Zone

- › Sofortimplantation und -funktion, Terminologie, Prozedere, wissenschaftlicher Hintergrund, Therapiegrenzen, Komplikationen, Risiken, Misserfolge, Fallpräsentationen
- › Ästhetische Risikoanalyse (Entscheidungsfindung bei der Implantattherapie)
- › Korrekte dreidimensionale Implantatposition bei der Sofortimplantation
- › Hands-on-Übungen zur Sofortimplantaten in Sofortfunktion

Samstag, 19.06.2010 · Berlin

Referent: Dr. D. Siebers MSc.

Kurs-Nr.: 16/10 · 10 Fortbildungspunkte · € 355,00 + MwSt

Gesteuerte Knochenaugmentation (GBR) und osteoplastische Augmentationen

- › Klassifikation, Diagnostik und Behandlungsplanung von Knochendefekten
- › Biologische Grundlagen der gesteuerten Knochenregeneration
- › Knochenersatzmaterialien
- › Nichtresorbierbare und resorbierbare Membrane
- › Gewinnung von partikulären Knochentransplantaten
- › Live-OP

- › Grundlagen der Knochenheilung
- › Bone Condensation
- › Bone Spreading
- › Bone Splitting
- › Hands on-Training am Tiermodellen

Freitag/Samstag, 18./19.06.2010 · Mainz

Referenten: Prof. Dr. W. Wagner, PD Dr. Dr. B. Al-Nawas

Kurs-Nr.: S2/10-1 · 15 Fortbildungspunkte · € 710,00 + MwSt

Dieser Kurs findet im Rahmen der Compact-Serie „Augmentation“ statt.

Plastische Parodontalchirurgie und Perio-implantär-restauratives Interface (PIRI)

- › Erlernen unterschiedlicher Techniken der weichgewebigen Augmentationen
- › Sicheres Entnehmen von bindegewebigen Transplantaten
- › Schnitt- und Nahttechniken in der Mikrochirurgie
- › Erarbeiten von Freilegungstechniken in der Implantologie

Freitag, 02.07.2010 · Bielefeld

Referenten: Dr. G. Körner, Dr. A. Happe

Kurs-Nr.: 18/10 · 10 Fortbildungspunkte · € 355,00 + MwSt

bei der OP und was ist mein Maximalziel. Man sollte sich fragen: Welche Komplikationen können theoretisch entstehen? Muss ich vielleicht einen Knochen aufbauen und wenn ja, mit welcher Methode? Was kann bei dem Knochenaufbau theoretisch schief laufen? Es gibt viele Fragen, die man sich zunächst stellen sollte. Wenn ich auf mögliche Probleme vorbereitet bin, kann ich diese viel gelassener, viel ruhiger angehen, überlegter handeln und Kurzschlusshandlungen oder gar falsche Therapieschritte vermeiden.

sie antizipiert haben. Das ist ein wichtiger Punkt: Die Chirurgie beginnt mit der Planung.

Welche Rolle spielen neue technische Möglichkeiten wie z. B. die Navigation bei der Vermeidung von Fehlschlägen?

Solche Methoden sind auf jeden Fall eine große Hilfe für noch unerfahrene Kolleginnen und Kollegen. Allerdings muss man auch wissen, dass man sich auf diese Technik nie hundertprozentig verlassen kann. Immer noch gibt

Sicherlich ist Erfahrung durch nichts zu ersetzen. Es können Bedingungen eintreten, durch die auch bei bester Planung ein wenig erfahrener Kollege durchaus überfordert sein kann. Deshalb ist es wichtig, dass ein solcher Kollege einschätzen kann, welche Risiken in welcher Behandlungssituation bestehen. Es ist wichtig, diese Risiken schon bei der Planung zu erkennen. Denn nur dann kann man einen kritischen Behandlungsfall im Zweifel überweisen.

Was kann denn die DGI tun, um Zahnärztinnen und Zahnärzten Fehlschläge zu ersparen?

Das A und O ist natürlich eine umfassende Schulung, die auch auf Risiken hinweist. Hier hat beispielsweise die Schweizer Gesellschaft SSO im Jahr 2000 die ganze Zahnmedizin schon in verschiedene Schwierigkeitsgrade aufgeteilt, um Behandlern zu zeigen, welche Anforderungen einzelne Behandlungssituationen an sie stellen. Dem liegen die Kategorien „Straightforward“, „advanced“ und „complex“ zu Grunde, welche das Internationale Team für Implantologie (ITI) für die Implantologie konkretisiert und in einem Buch 2009 publiziert hat.



Referenten hautnah: Die Tischdemonstrationen stoßen bei allen DGI-Kongressen auf großes Interesse. Foto: Knipping

Das klingt, als sei die Vorbereitungszeit oft umfangreicher als die eigentliche Operation.

Das wäre in meinen Augen sinnvoll. Durch eine gute Vorbereitung verkürze ich nicht nur die OP, sondern bin für jede Situation gewappnet, kann dann die richtige Entscheidung treffen und werde nicht in meiner Konzentration gestört. Für Hospitanten ist es sehr beeindruckend, wenn sie sehen, dass wir bei einem Eingriff durchaus in eine kritische Situation kommen können, die uns aber nicht nervös macht, weil wir

es Fehlerquellen, weil die Diagnostik selbst mit dem CT oder der DVT-Diagnostik sowie die Umsetzung in die Schablonentechnik noch zu ungenau sind. Solche Hilfen nehmen nicht das gesamte Risiko, sondern senken es.

Gibt es Strategien, Materialien oder auch Techniken, die das Risiko von Fehlschlägen deutlich vermindern, oder entscheidet nach wie vor das Können des Behandlers?

Von welchem Misserfolg, den Sie persönlich hatten, haben Sie am meisten gelernt?

Ich habe einen Patienten im Unterkiefer implantiert, bei dem ich dachte, dass mehr als ausreichend Knochen vorliegt. Die Knochenhöhe über dem Nerv betrug nahezu 30 Millimeter. Allerdings war der Unterkiefer nach vestibulär fliehend. Darum habe ich bereits nach acht Millimetern perforiert. Damals habe ich gelernt, dass es wichtig ist, stets auch die Form des Unterkiefers zu untersuchen. Man muss vorher tasten, um zu sehen, ob der Unterkiefer kippt oder vestibulär flieht. Dann muss ich meine Achse entsprechend ändern, um nicht zu perforieren.

B. Ritzert, Pöcking