

24. Kongress der DGI

Risikomanagement sichert den Therapieerfolg

„Misserfolge erkennen und beherrschen“ – das Motto des 24. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Implantologie hatte vom 25. bis 27. November 2010 mehr als 3000 Teilnehmer nach Hamburg gelockt. Die Tagung war ein wichtiger Baustein im Vorhaben der DGI, das Risikomanagement für Zahnärztinnen und Zahnärzte im Bereich der Implantologie voranzubringen und zu erleichtern.

Samstag, 27. November 2010, 17 Uhr, der Tag vor dem ersten Advent. Hamburg lockt mit Weihnachtsmarkt und schönster Winterstimmung. Doch die Anziehungskraft der letzten Diskussionsrunde auf dem 24. Kongress der DGI im CCH ist größer. Eigentlich ist die Tagung bereits seit 45 Minuten offiziell zu Ende. Doch noch immer sitzen mehrere hundert Zuhörer in bester Stimmung im

kutieren, wie sie den jeweiligen Fall lösen würden, beispielsweise jenen der 27-jährigen Patientin (Kollegin!) mit höchstem ästhetischen Anspruch, die nach einem Unfall ein zweites Implantat im Frontzahnbereich benötigt. Oder die 67-jährige starke Raucherin mit parodontal stark vorgeschädigtem Gebiss, die bereits eine umfangreiche implantologische Versorgung im Oberkiefer trägt und sich nun auch noch eine festsitzende Versorgung im Unterkiefer wünscht. Es wird auf der Bühne gemeinsam und vor allem oft laut gedacht, nachgebohrt, kritisch hinterfragt – „Ist das Risiko bei diesem Vorgehen nicht zu groß?“ – und immer wieder kommen Anregungen aus dem Auditorium und treiben den anregenden Diskurs voran.

Die Schlussdiskussion des DGI-Kongresses hatte gleich mehrere Botschaften: Es gibt – erstens – meistens mehr als einen Weg zur „richtigen“ Versorgung.



Kongresspräsident Dr. Gerhard Iglhaut: „Mit diesem Kongress hat die DGI einen neuen Besucherrekord aufgestellt.“

auch das Spektrum unserer Möglichkeiten in der Implantologie, die daher sicherlich noch ein großes Wachstumspotenzial hat“, erklärte DGI-Präsident Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kassel. Das breite Therapiespektrum und die komplexer werdenden Strategien bieten indes nicht nur eine große Vielfalt an individuellen Behandlungsmöglichkeiten, sondern bergen auch das Risiko von Komplikationen und Fehlschlägen, selbst wenn die Zahnärztin oder der Zahnarzt alles richtig gemacht hat.

Risikomanagement in jeder Therapiestufe

Entsprechend beleuchteten und diskutierten die 157 Referenten bei der Tagung in bis zu fünf parallelen Foren alle Stationen einer Behandlung, beschrieben mögliche Risiken und diskutierten, wie man Komplikationen und Misserfolge vorbeugen, erkennen und beherrschen kann. Das Spektrum reichte von der Planung des Eingriffs über die Operation, die Einheilungsphase bis hin zur Versorgung des Patienten mit dem endgültigen Zahnersatz.

Auf diesem Weg gibt es viele Fallen: „Alle vier Minuten geht ein Implantat verloren, 140.000 pro Jahr“. Mit diesen Zahlen eröffnete beispielsweise Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, Mainz, seinen Vortrag in der Sitzung „Komplikationsmanagement.“ Prof. Wagner unterschied biologische (z. B. Entzündungen)



Die Säle im CCH waren auf der DGI-Tagung immer gut gefüllt.

Forum Praxis und Wissenschaft und verfolgen gespannt die Diskussionen zwischen Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln, Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen, Freiburg, PD Dr. Dr. Michael Stiller, Berlin, und den beiden Moderatoren Dr. Josef Diemer, Meckenbeuren, und Kongresspräsident Dr. Gerhard Iglhaut aus Memmingen.

Im Mittelpunkt stehen verschiedene Fallpräsentationen. Die Referenten dis-

Zweitens kann auch bei einem scheinbar simplen Fall der Teufel im Detail stecken und drittens spielen in der Implantologie – im Gegensatz zu den meisten anderen (zahn-)medizinischen Therapien – die Wünsche des Patienten eine besonders große Rolle.

Diese Wünsche der Patienten treiben auch die Implantologie voran. „Doch nicht nur das Interesse an dieser Behandlungsform wächst, sondern

von technischen (z. B. Implantat- oder Schraubenfraktur) und iatrogenen Misserfolgen. Ebenso betonte er die Rolle von Sekundärschäden durch nicht behandelte Komplikationen. Zwar diene eine Implantation dem Strukturerhalt durch Funktionseinleitung und Vermeidung von Sekundärschäden, doch gehöre auch die Vermeidung von Komplikationen zur Primärprävention.

Risikomanagement gehört zu jeder Therapiestufe, so Prof. Wagner. Bei der Indikationsstellung gelte es, das Risiko zu reduzieren, bei der Diagnostik müsse



Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, Mainz: „Alle vier Minuten geht ein Implantat verloren.“

man Risiken erkennen. Der Risikoreduzierung dienen Planung und Vorbereitung, der Risikovermeidung eine sorgfältige Durchführung der Behandlung. Und der Risikoversorge diene die Nachsorge. Ebenso riet der Experte seinen Kolleginnen und Kollegen, bei Komplikationen sofort zu handeln, etwa dann, wenn „der häufigste Fehler“ eintritt: die zu dichte Positionierung eines Implantats neben einem Nachbarzahn. Wagner: „Hier gilt es, gleich während der OP zu handeln, sobald man es merkt.“

Prof. Terheyden präsentierte das SAC-Instrument, welches das International Team for Implantology (ITI) bereits vor einigen Jahren entwickelt hat. Ein online frei verfügbares Instrument ermöglicht es, einen Patientenfall anhand von wenigen einzugebenden klinischen Kriterien binnen weniger Minuten zu klassifizieren und nach seinem

Schwierigkeitsgrad einzustufen, um mögliche Risiken zu erkennen. Terheyden: „Das Instrument gibt dem Kliniker eine Rückmeldung zu seiner Einschätzung.“

Präsentation aus der Leitlinienarbeit

Einblicke in die Leitlinienarbeit der DGI in Kooperation mit 15 anderen Fachgesellschaften und zahnmedizinischen Organisationen gab es ebenfalls auf der Tagung. Die Moderatoren der vier ausgewählten Themen präsentierten den Stand der Diskussion: den derzeitigen Konsens innerhalb ihrer Arbeitsgruppe.

So hatte eine Gruppe unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, Mainz, die Indikationen für Knochenersatzmaterialien (KEM) beleuchtet und unter mehreren hundert Publikationen 72 relevante Studien identifiziert, von denen sich die meisten mit dem KEM-Einsatz beim Sinuslift beschäftigten.

Wie Prof. Al-Nawas bei seinem Vortrag betonte, seien bei der Vielzahl der verfügbaren Materialien Analogschlüsse auf der Basis verfügbarer Daten und bekannter Eigenschaften denkbar. Grundsätzlich sei jedoch „eine klinische Dokumentation eines Knochenersatzmaterials zu fordern und dem Anwender zur Verfügung zu stellen“.

Deutlich wurde, dass die Erfolgsraten von Indikation zu Indikation durchaus unterschiedlich sind. „So kön-



Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, Mainz: „Klinische Dokumentationen für Knochenersatzmaterialien sollen Anwendern zur Verfügung stehen.“



Prof. Dr. Stefan Wolfart, Aachen: „Für den zahnlosen Oberkiefer nicht weniger als vier Implantate planen.“

nen beispielsweise im Vergleich zu horizontalen Defekten vertikale Alveolarkamm-Defekte eine deutlich höhere Komplikationsrate aufweisen“, betonte Al-Nawas.

Mehr als 4500 Artikel analysierte die Arbeitsgruppe „Klinische Wertigkeit und Differentialindikationen für die festsitzende bzw. herausnehmbare Versorgung auf Zahnimplantaten im zahnlosen Oberkiefer“, moderiert von Prof. Dr. Stefan Wolfart, Aachen. Doch was zunächst üppig aussah, entpuppte sich in vielen Fällen als wenig substantiell: Von „trash in trash out“ („Müll rein, Müll raus“) spricht die internationale Forscherzunft, wenn Meta-Analysen und Reviews auf Untersuchungen minderer Qualität beruhen. „Sechs Arbeiten sind am Ende übrig geblieben“, resümierte Prof. Wolfart die Arbeit und präsentierte dann den Konsens der Gruppe. So sollten für den zahnlosen Oberkiefer nicht weniger als vier Implantate geplant werden. Vier bis fünf Implantate sollten nur herausnehmbar versorgt werden, die Lagerungsart sei offen. Wegen fehlender Langzeitergebnisse kann die Gruppe keine Empfehlung für eine festsitzende Versorgung auf dieser Implantatzahl geben. Auf sechs Implantaten sei, so Prof. Wolfart, sowohl eine festsitzende als auch eine herausnehmbare Versorgung möglich. Dies gelte auch für eine Versorgung auf mehr als sechs Implantaten.

Aufgrund (noch) fehlender randomisierter und kontrollierter Studien war auch der Arbeitsgruppe „Indikation für die radiologische 3D-Diagnostik und navigierte Implantatinserterion“, moderiert von Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang, Kiel, keine systematische Aufbereitung der wissenschaftlichen Evidenz möglich. „Das Gebiet ist einfach noch zu jung“, betonte Prof. Wiltfang. Gleichwohl ist sich die Gruppe einig, „dass eine Gefühlsstörung im Unterkiefer auch ohne 3D-Diagnostik auf der Grundlage einer zweidimensionalen Aufnahme leicht zu vermeiden sei.“ Ebenso sei es mit der 3D-Diagnostik nicht möglich, eine gedeckte periimplantäre Umgebung zu untersuchen, um die Osseointegration zu prüfen. Die navigierte Implantatinserterion könne, so Prof. Wiltfang, Erfahrung nicht ersetzen. Die Methode sei viel zu ungenau. „Wer die Landkarte



In den Pausen konnten die Besucher auf der Implant expo sich bei den Herstellern über die Neuheiten informieren.

Abbildungen: David Knipping/DGI



Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang, Kiel: „Die navigierte Implantatinserterion kann Erfahrung nicht ersetzen.“

nicht lesen kann, sollte sich nicht auf den Navi verlassen in der Hoffnung, dass der schon richtig führt“, erinnerte der Moderator das Auditorium an eine gar nicht so seltene Erfahrung mit Navigationsgeräten im PKW: In unbekanntem Gelände kann auch der elektronische Lotse mitunter die Orientierung verlieren.

Dr. Dietmar Weng, Starnberg, präsentierte in Vertretung von Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Göttingen, die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Indikationen von Maßnahmen zum Struktur-erhalt der Alveolarkammgewebe bei Zahnextraktionen vor geplanter Implantattherapie“. Zwar sei die Auffüllung zur Verminderung von Resorptio-

nen geeignet, doch seien beispielsweise Materialien, Technik, Defektart und Lokalisation noch schwer differenzierbar. Klinische Schlussfolgerungen seien daher noch nicht möglich. Darum wird dieses Thema vorerst nach dem Konsensusstatement der Arbeitsgruppe aus dem Leitlinienprozess herausgenommen.

Erfolgreiche Tagung mit Besucherrekord

Ein zufriedener Kongresspräsident konnte die Tagung am Ende mit einem Schnelldurchlauf „Zwei Tage in 20 Minuten“ nochmals Revue passieren lassen. „Mit diesem Kongress hat die DGI einen neuen Besucherrekord aufgestellt“, freute sich Dr. Gerhard Iglhaut. Dies zeige, dass man mit der Wahl der Themen und Referenten richtiggelegen habe. Kritik war in der Tat nur wenig in den Gängen zu hören. Die häufigste: „Es gibt so viele spannende und wichtige Vorträge, man müsste sich eigentlich teilen können“, stöhnten gelegentlich Kongressbesucher beim Blättern im Programm. Aber auch für diesen Fall hat die DGI vorgesorgt: Ausgewählte Präsentationen kann man sich auch nach dem Kongress auf DVDs zu Hause anschauen.

B. Ritzert, Pöcking



DGI-Präsident Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kassel, ist Initiator des Leitlinienprozesses.