



tologie und Sofortbelastung am Beispiel von Nobel Guide™ thematisierte Dr. Andreas Röhrle, Schwäbisch Gmünd. Schwierigkeiten bei der intraoralen Umsetzung der errechneten Bohrpositionen mittels Schablonen forderten auch den erfahrenen Operateur.

Dr. Jörg Neugebauer et al., Köln, reflektierten die Osseointegration von Keramikimplantaten. Die auf dem Markt erhältlichen einteiligen Systeme erforderten eine sorgfältige Behandlungsplanung und ermöglichten eine Versorgung auch bei Unverträglichkeiten von Metallen.

Plenum 3

Die Vorteile des „in-vivo tissue engineering“ bei Knochendefekten durch ihre kontinuierliche Blutversorgung zeigte Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kiel, auf. In den USA neu zugelassene bone morphogenic proteins (BMPs) brächten die Entwicklung voran; leider aber noch zu sehr hohen Preisen.

Die Ausheilungsvorgänge in einer Extraktionsalveole stellte Prof. Guiseppe Cardaropoli, New York, unter dem Gesichtspunkt „Socket protection: chimera or chances?“ vor. Er zeigte die Transformation vom Koagulum über eine vorübergehende Matrix zu den verschiedenen Knochenstadien, die erst nach 180 Tagen zu einer hartgewebigen Ausheilung führen.

Forum Praxis und Wissenschaft – Sitzung 3

Dr. Daniele Botticelli aus Rimini referierte über „The healing of marginal defects around implants“. Kleinere Defekte überließ er der Spontanheilung. Eine raue und aktive Oberfläche förderte die Ausheilung, die sowohl horizontales als auch vertikales Knochenwachstum vom Boden des Defektes aus zeigte.

Was geht in der Praxis? Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen, Freiburg, verschaffte den Zuhörenden einen Überblick über Osteosynthese, Blocktransplantat, Tissue engineering und Stammzellen.

Kritisch hinterfragte Dr. Wolfgang Bolz aus München die Risiken der Sofortimplantation und Sofortbelastung. Er sah die Indikationsstellung enger als zu Beginn seiner Langzeituntersuchungen und erhoffte sich einen Fortschritt durch neue Implantatoberflächen so-

wie -positionierungen und eine verbesserte Planung.

In den Risiken großer Rehabilitationen erblickte Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Filderstadt, auch eigene Chancen für die Entwicklung. Die zahnärztliche Implantologie habe sich von der unbewussten über die bewusste Inkompetenz hin zur bewussten Kompetenz entwickelt.

Plenum 4

Das größte Risikopotenzial sah Prof. Dr. Manfred Wichmann, Erlangen, im prothetischen Bereich einer Versorgung. Besonders Bruxismus erhöhe die Komplikationsgefahr. Stabile Gerüste und segmentierte Suprakonstruktionen waren seine Empfehlung zur Risikominimierung.

Die Distraktionsosteogenese bezeichnete Prof. DDr. Franz Watzinger, Wien, als eine sinnvolle Variante zur Behandlung der Kieferkammathrophie, wies gleichwohl auf die Frakturgefahr bei geringer Restknochensubstanz und auf das Fehlen von Langzeitergebnissen hin.

Forum Praxis und Wissenschaft – Sitzung 4

Die Vermeidung einer Dehizens durch atraumatische Chirurgetechnik und innovatives Lappendesign zur spannungsfreien und stabilen Wundadaptation forderte Dr. Gerhard Iglhaut, Memmingen, als Ziel der Weichgewebechirurgie.

Minimal-invasive Chirurgie bezeichnete Dr. Fritz-Eberhard Preusse aus Mölln als Oberbegriff für operative Engriffe mit dem kleinsten Trauma, aber sicher nicht mit minimalem Aufwand. Der Patientenkomfort sollte gegen die Operationsrisiken abgewogen werden.

Die Ergebnisse einer inzwischen zweiten Umfrage bei „Viel“-Implantierern präsentierte Dr. Sebastian Schmidinger. Sie spiegelte, wie der gesamte Kongress, eine Zurückhaltung bei der Sofortbelastung wider. Im Gegensatz zu früheren Jahren in denen die Risikobereitschaft überwog, ist man jetzt vorsichtiger geworden und legt mehr Wert auf Planungssicherheit.