



Die Teilnehmer des dreiteiligen Curriculums Minimalinvasive Implantologie.

Ein Schritt von der Theorie in die minimalinvasive Praxis

Das erste selbst gesetzte MDI („mini dental implant“): Damit machten an der HARANNI ACADEMIE in Herne zwanzig Zahnärzte den entscheidenden Schritt in ihre minimalinvasiv-implantologische Laufbahn. Es war gleichzeitig der krönende Abschluss eines dreiteiligen Curriculums Minimalinvasive Implantologie, das unter der Leitung der erfahrenen Implantologin Dr. Henriette Lerner (Baden-Baden), Premiere feierte. Wie dieses neuartige Konzept, eine „Gemeinschaftsproduktion“ der HARANNI ACADEMIE und des Unternehmens IMTEC, a 3M Company, Kollegen mit unterschiedlichsten Voraussetzungen und Erfahrungen unterstützen kann und für wen sich die Teilnahme wirklich lohnt, wird im Folgenden dargestellt.

Die minimalinvasive Implantologie hat sich ohne Zweifel als eine eigenständige Teildisziplin etabliert, und so erscheint es nur folgerichtig, dass sich dies auch in speziellen Fortbildungen niederschlägt. Drei aufeinander aufbauende Wochenendkurse, in denen sich die Teilnehmer systematisch theoretisch und durch Live-OP-Vorfürungen in das Gebiet einarbeitet, enden für jeden mit einer minimalinvasiv-implantologischen Behandlung am Patienten.

Ein neues Kurskonzept wird geboren

Der Einstieg in die eigene Laufbahn als behandelnder Implantologe sieht üblicherweise so aus: erst eine theoretische Fortbildung, dann einen erfahrenen Implantologen in der Region ausfindig machen, zunächst bei ihm assistieren, schließlich unter seiner Supervision das erste Implantat selbst setzen. Der organisatorische Aufwand und innere Hemmschwellen sind jedoch nicht zu unterschätzen. „Ich bin stolz, dass wir unter Federführung von Dr. Henriette

Lerner und in Zusammenarbeit mit Renate Dömpke von der HARANNI ACADEMIE an der Konzipierung eines völlig neuartigen Kurses beteiligt waren“, betonte John Davis, Director of European Operations IMTEC. „Er geleitet den Zahnarzt zum ersten selbst gesetzten Implantat.“ Dieser Schritt erfolgte Ende Juni. Dazu wurden drei Gruppen gebildet und ebenso viele Räume bereitgestellt: Im ersten erfolgten Übungen an Schweinekiefelhälften. Dabei wurden sowohl Mini-Implantate inseriert als auch Nahttechniken wie die Einzelknopfnah und die Matratzenahnt trainiert. Auch die prothetische Arbeit, das Ausschleifen der vorhandenen Unterkieferprothesen der Patienten, fand hier statt.

Das Spannendste: die Behandlung am Patienten

Im zweiten Raum verteilten sich die Kursteilnehmer auf mehrere Behandlungsplätze und inserierten entweder bei mitgebrachten eigenen oder bei von

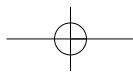
der benachbarten HARANNI CLINIC gestellten Patienten Mini-Implantate, in der Regel vier Sendax MDIs zur Stabilisierung der Unterkieferprothese.

Der Aufwand für die Insertion von MDIs ist mit herkömmlichen Implantaten nicht zu vergleichen. Mini-Implantate weisen einen deutlich geringeren Durchmesser (1,8 bis 2,4 mm) auf und besitzen eine einteilige, konisch-zylindrische Kompressionsschraube mit selbstschneidendem Gewinde. Neben diesen über viele Jahre bewährten Ausführungen kam in Herne auch das seit dem vergangenen Herbst verfügbare MDI Hybrid (2,9 mm) zum Einsatz. Bei ausreichendem Knochenangebot kann es eine höhere Stabilität bieten; daneben ist es auch für den Einzelzahnersatz indiziert. Aufgrund der speziellen Gestaltung von MDI lassen sich diese Implantate, nach Perforierung der Kortikalis, mit einer Pilotfräse und Aufbohrung des Knochens in einer Länge von 3 bis 4 Millimetern, einfach transgingival in den Knochen einbringen. Meist kann die bestehende Prothese des Patienten weiter verwendet werden. In diese werden nach dem erwähnten Ausschleifen Metallgehäuse mit einem halbelastischen Gummiring eingebracht. Sie lagern dann mit einer gewissen Flexibilität auf den in den Kiefer eingeschraubten Mini-Implantaten, so dass die einwirkenden Kaukräfte optimal eingeleitet werden („soft loading“). Auf diese Weise werden unter anderem eine Überbeanspruchung der Implantate und des Knochenlagers direkt nach der Insertion vermieden und langfristig, über die gesamte Tragedauer, die Belastung gedämpft. Gleichzeitig bleibt das knöcherner Lager vor weiterer Resorption geschützt.

Alle Behandler arbeiteten jeweils in Gruppen zu zweit und unter der Supervision je eines erfahrenen Implantologen. Diese Kollegen gaben neben dem allgemeinen Protokoll auch persönliche Erfahrungen und Ratschläge weiter. Unter der Voraussetzung, dass nach der Insertion eine ausreichende Primärstabilität erreicht war (35 Newtonmeter), wurden die Mini-Implantate sofort mit der Prothese des Patienten belastet, ansonsten zunächst weich unterfüttert. Die Belastung erfolgte in diesen Fällen zu einem späteren Zeitpunkt, nach ausreichender Einheilung.

Charmanter Einstieg in die Implantologie oder gezielter Ausbau

Eine typische erste Insertion hat zum Beispiel Dr. Heinz Duré, Augsburg, erlebt – im Wesentlichen völlig problemlos. Nur beim Setzen des zweiten Mini-Implantats verspürte der Patient trotz Leitungsanästhesie unerwartet Schmerzen. Supervisor Dr. Wolfgang Tamminga half über diese Klippe hinweg, wobei es grundsätzlich zwei Möglichkeiten gibt: eine neuerliche Leitungsanästhesie oder, wie während des Curriculum, das Implantat entnehmen und cir-



Zwei „Schüler“ bei der Arbeit – und der Supervisor gibt praktische Tipps.

ca 3 mm entfernt in eine neue Position inserieren. Die verbleibende Knochenwunde ist so minimal, dass sie ohne Probleme verheilt.

Dr. Duré resümiert: „Ich habe schon eine Reihe von Kursen zur Implantologie besucht, die praktische Arbeit dabei aber immer nur an Präparaten üben können. Obwohl ich daneben seit längerer Zeit mit einem Chirurgen zusammenarbeite, gemeinsam mit ihm Patienten behandle und dadurch schon eine gewisse Erfahrung in der Implantologie gewonnen habe, sind doch Hemmschwellen geblieben. Diese konnte ich in diesem Curriculum abbauen. Gleichzeitig habe ich das spezielle Protokoll von MDI gelernt. Wenn ich an meine eigene Praxis denke, so fällt mir bereits eine Patientin ein, die von einer Stabilisierung ihrer Unterkieferprothese mit Mini-Implantaten profitieren könnte.“

Im Nebenraum übt währenddessen Zahnarzt Jörg Seisler aus Witten am Schweinekiefer. „Ich sehe MDI als kostengünstiges und in der Praxis überschaubares und leicht anzuwendendes System“, sagt er.

Mit ganz anderen Voraussetzungen ist Dr. Holger Wilms aus Köln angereizt: „Ich implantiere schon seit 1997. Die minimalinvasive Implantologie habe ich schon einmal unter Verwendung eines anderen Systems getestet, war damit allerdings nicht ganz zufrieden. Die MDI, wie sie hier im Kurs verwendet werden, sind in puncto Oberfläche durch Ätzen und Sandstrahlen einfach besser. Ich habe nun das spezielle Vorgehen trainiert und inzwischen schon mit Erfolg in meiner eigenen Praxis angewendet. Ich habe festgestellt, dass eine ganze Reihe meiner Patienten die Kosten einer klassischen Implantatbehandlung

scheuen und daher nicht von dieser Therapiemöglichkeit profitieren kann. MDI stellt für diese Klientel eine bezahlbare und damit attraktive Alternative dar.“

Zur Abrechnung fit auf allen Positionen

Wie die ökonomische Seite aus Sicht der Praxis aussieht, wurde von der Abrechnungsexpertin Dana Vandas (Baden-Baden) im dritten Raum erläutert. Dabei ließ sie keinen Zweifel: „Mit Implantologie verdient die Praxis am besten.“ Allerdings gingen – und das betreffe alle Bereiche – im Allgemeinen schätzungsweise 30 Prozent des möglichen Praxisumsatzes durch mangelnde Verständigung zwischen Behandlungsteam und Abrechnungsabteilung verloren, spricht: Es ist nicht klar, welche Positionen berücksichtigt werden können. Dazu nur ein Beispiel: Der pro Patient einmal verwendete Einmal-Pilotbohrer ist stets voll abrechnungsfähig, weil er nicht sterilisierbar ist und damit nicht wieder verwendet werden kann. In der klassischen Implantologie dagegen lässt sich die Knochenfräse nur dann abrechnen, wenn sie z. B. nach der Aufbohrung von sechs Knochenkavitäten für sechs Implantate wirklich „verbraucht“ ist und entsorgt wird.

Das Konzept ist von der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie e.V. (DGOI) anerkannt, und die Teilnehmer erhielten für die Absolvierung des Curriculums Minimalinvasive Implantologie eine ansehnliche Zahl von Fortbildungspunkten (16 + 16 + 30 für die drei Wochenenden). Es hat sich für viele gelohnt – und das in ganz unterschiedlicher Weise: als Sprungbrett für den Implantologie-Einsteiger, zur Erweiterung für den erfahrenen Implantologen, für den ökonomisch denkenden Praxisinhaber und für den „Punktesammler“.

