



Interview Dr. Leif-Konradin Sailer aus Neu-Ulm zum Thema dreidimensionale Planung

## Unterstützung für komplexe Fälle

Noch immer spaltet das Thema computergestützte oder -geführte Implantologie mittels dreidimensionaler Planung und Bohrschablonen die Gemeinde. Die einen behaupten, wer so wenig und unsicher implantiere, dass er dazu die Hilfe eines Computers und einer Schablone benötige, würde auch mit digital-gestützter Implantologie kaum glücklich, zumal sich die Kosten eines solchen Systems bei geringen Fallzahlen nicht amortisierten. Die anderen haben die Erfahrung gemacht, mit computergestützten Verfahren bedeutend sicherer, schneller und vorhersagbarer implantieren zu können und bei deutlich steigenden Fallzahlen einen schnell messbaren Vorteil in vielen Praxisbereichen zu erzielen. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin des BDIZ EDI konkret, sprach dazu mit dem Facharzt für MKG und Oralchirurgie und zertifizierten Implantologen Dr. Leif-Konradin Sailer aus Neu-Ulm.

### *In welchen Fällen arbeiten Sie gern schablonengeführt – und wann nicht?*

Zunächst möchte ich kurz auf Ihre Einleitung eingehen. Die Wahrheit liegt wie immer in der Mitte. Es ist heute nicht mehr zeitgemäß zu sagen, dass die computergestützte Implantologie Humbug und unnötig ist, genauso ist die Aussage aber falsch, dass es ohne gar nicht mehr geht. Wenn ich mich im Kollegenkreis umsehe, dann erkenne ich: Je erfahrener sie sind, desto eher bedienen sich die Kollegen der computergestützten und navigierten Implantologie. Die Vorteile liegen auf der Hand und sind gemeinhin bekannt. Wir wissen so viel mehr, wenn wir dreidimensional planen. Der Patient kann im Voraus plastisch darüber informiert werden, welche gegebenenfalls adjuvanten Maßnahmen nötig sind und warum. Diese planerische Sicherheit ist – auch in



Dr. Leif-Konradin Sailer

finanzieller Hinsicht – sehr wertvoll. Wenn sich das Knochenangebot schon klinisch als üppig darstellt, bedarf es keiner dreidimensionalen Planung. Das steht sicher außer Frage. Sobald Unsicherheit über die Anatomie herrscht, stellt die dreidimensionale Röntgendiagnostik den State of the

Art dar. Was bedeutet nun Unsicherheit? Diese ist natürlich von der Erfahrung des Operateurs abhängig, dafür gibt es kein Maß. Wenig erfahrene Operateure sollten sich aber nicht blind auf die Technik verlassen. Bezüglich Ihrer Frage des Einsatzes der navigierten Implantologie in unserer Praxis: Wann immer Präzision hinsichtlich der Anatomie und/oder Ästhetik benötigt wird. Beispielsweise bei Implantationen nahe des Nervus alveolaris inferior, bei engen Wurzelverhältnissen (typisch 2er Region nach kieferorthopädischer Lückenöffnung), bei einer Implantation im ästhetischen Frontzahnbereich oder bei mehrgliedrigen festsitzenden Versorgungen. Ein weiteres Thema ist die minimalinvasive Implantologie. Gerade beim älteren Patienten mit den typischen Nebendiagnosen (zum Beispiel iatrogenen Gerinnungsstörungen) und auch, wenn ►

es möglichst schnell und schonend funktionieren soll. Aber denken wir zum Beispiel auch an die Tumorpatienten mit veränderter Anatomie, Rekonstruktionsplatten et cetera, nach erfolgter Therapie. Letztlich gibt es etliche vernünftige Indikationen, ohne dabei die Wirtschaftlichkeit im Interesse des Patienten aus den Augen zu verlieren.

Schon während meiner Facharztausbildung unter Prof. Cornelius am Bundeswehrkrankenhaus Ulm haben wir auf den Einsatz von Bohrschablonen und ein suffizientes Backward Planning gesetzt. Zum Ende hin hielt dann die Navigation Einzug. In meiner Praxis habe ich von Beginn an auf den Einsatz des DVT gesetzt und mich intensiver mit dem Thema der navigierten Implantologie befasst. Somit war es installationstechnisch für mich kein Thema. Ein Thema ist eher die Auswahl des Systems und mit wem man es durchführt (Eigenlabor, Fremdlabor, externe Anbieter, wer macht die Planung und so weiter). Hier ist es wichtig, das Team von Anfang an in den Workflow zu integrieren, aber nicht zu überfordern. Ich persönlich mache meine Planungen stets selbst, am liebsten im Gespräch mit dem Patienten. Wenn Sie dabei noch ein bisschen erklären, warum etwas angedacht ist, dann tun Sie sich leicht, dem Patienten einen individuellen Therapieplan nahe zu bringen.

**Es herrscht noch oft Unsicherheit, inwieweit sich ein DVT und schablonengeführte Implantation rechnen. Wie rechnen Sie die Kosten ab und was ist Ihre persönliche Erfahrung?**

Ob sich ein DVT rentiert oder nicht, kann natürlich nicht pauschal beantwortet werden. Die Anzahl der gesetzten Implantate und damit die Frage nach der Anzahl der DVTs, die jährlich angefertigt werden, spielt da eine große Rolle. Auch stellt sich die Frage nach den weiteren Indikationen für ein DVT. Als Kieferchirurg ist das Indikationsspektrum naturgemäß größer. Die Preisunterschiede unter den angebotenen Systemen sind aber heute schon so groß, dass es auch interessante Möglichkeiten mit kleinen Geräten für

den implantologisch tätigen Zahnarzt gibt. Für den Einsteiger ist sicher die Überlegung der Kooperation mit einem entsprechend ausgestatteten Kollegen interessant. Ich habe etliche Kollegen, für die ich die Diagnostik übernehme. Und wissen Sie was, anschließend zusammen zu planen und sich gegenseitig zu inspirieren, bereitet einen ungeheuren Spaß! Als Abrechnungspositionen kommen die ä5370 und die ä5377 zur Anwendung; die Steigerungsfaktoren liegen natürlich im Ermessen des Behandlers. Wir kalkulieren mit zirka 250 Euro für die Aufnahme inklusive der Planung. Bei einfacheren Fragestellungen ohne Implantatplanung sinken die Kosten für die DVT Aufnahme.

**Wie steht es bei dem von Ihnen verwendeten Konzept um die Präzision, sowohl der DVT-Darstellungen als auch bei der Übertragung auf die Schablonen?**

Ich verwende das Galileos von Sirona in Verbindung mit der Sicat-Software und ich bin sehr zufrieden mit dem System. Die Auflösung ist sehr gut, sodass einer präzisen Planung nichts im Wege steht. Auch die Umsetzung in Zusammenarbeit mit den Fachleuten von Sicat funktioniert sehr gut. Sie liefern verlässlich ein fundiertes Feedback, sollte es bei der Umsetzung zu technischen als auch planerischen Fragen kommen. Das läuft absolut problemlos. Bezüglich der Präzision der Umsetzung in den Mund hängt diese letztlich wie bei jedem System von der Lagerung der Bohrschablone ab. Eine sichere dentale Lagerung liefert eine verlässliche Präzision, die gingivale Lagerung bedarf der intraoperativen Rückversicherung, dies geht nur durch Erfahrung. Hier ist blindes Vertrauen fahrlässig. Natürlich kann auch eine Fixierung über Stents oder Schrauben erfolgen, damit kann man die Präzision erhöhen. Kleine Schwächen wie Artefaktbildung et cetera gilt es noch zu beachten.

**Wie haben sich die Arbeitsabläufe in Ihrer Praxis verändert, und hat sich eventuell eine neue Gewichtung bestimmter Behandlungen ergeben?**

Ich behalte entschieden mehr Diagnostik in meiner eigenen Praxis und habe

sie sofort verfügbar. Dies spart Zeit und weitere Wege für den Patienten. Sicat bietet die Möglichkeit einer direkten Bohrschablone, hierbei wird die Navigationsplatte direkt mit einem Bissregistrator im Patientenmund dental gelagert und ist für Schalllücken mit ein bis zwei fehlenden Zähnen empfohlen. Auch die Variante OptiGuide, mit einem digitalen Oberflächenscan und anschließender virtueller prophetischer Planung setzen wir oft ein. Beide Vorgehensweisen erlauben es, eine entsprechende Planung beim ersten Patientenbesuch durchzuführen. Ich bevorzuge im Allgemeinen die klassische Schablone, mit der ich praxisintern planen kann. Als spezialisierte Facharztpraxis planen wir daneben sowieso eher die komplizierteren Fälle.

**Kann auch ein implantologisch wenig erfahrener Zahnarzt sein Spektrum mit DVT und geführten Verfahren erweitern?**

Ja natürlich, wenn er gewillt ist, sich intensiv mit dreidimensionaler Schichtbild Diagnostik zu beschäftigen und fundierte chirurgische Fähigkeiten erlernt. Denn ohne das geht keine Implantologie, die unseren Patienten gerecht wird. Mit Geduld und Bescheidenheit wird jeder mit diesen Systemen deutlich weiter kommen und seine Fähigkeiten erweitern.

**Setzen Sie die Sicat Software nur für implantatchirurgische Behandlungen ein oder ergeben sich weitere Einsatzgebiete?**

Sicat verwende ich aktuell, tatsächlich primär für die Implantologie. Sicat Function ist natürlich auch ein spannendes Werkzeug und sicher sehr interessant für die auf Funktion spezialisierte Praxis. Das DVT hat natürlich bei uns ein breites Anwendungsspektrum. Beginnend bei der Analyse der Position der Nerven bei Weisheitszähnen, Lage und Einordbarkeit verlagerter Zähne, Kieferhöhlendiagnostik, in der parodontal Diagnostik, in der Endodontie sowie in der Nasenchirurgie und so weiter.

**Herr Dr. Sailer, herzlichen Dank für dieses informative Gespräch.** ■