

## **HEFT 28, Herbst 2006**

### *Inhalt*

Einfärben von Vita YZ-Gerüsten: Einfluss auf Helligkeit und Chroma, Teil 1

Kursberichte

Myron Nevins, Hamburg

Prof. Dr. Trombelli, Hamburg

Prof. Dennis Tarnow, New York

Frank Beck und Wolfgang Bengel, Hamburg

Dr. Jörg Fetzer und Christian Haigst, Lembach

Harmut Bengel, Christian-Eiben Buns und Jürgen Dapprich, Düsseldorf

Neue Mitglieder

Laudatien

## Glückwünsche

Das 85. Lebensjahr vollendeten am 24. Mai Günter Staehle und am 6. Juni Günter Klimberg. Unseren langjährigen Mitgliedern gratulieren wir herzlich und wünschen alles Gute.

Zum 80. Geburtstag am 26. November beglückwünschen wir Rüdiger Thümmel und am 4. Dezember Hubertus Przybilla. Die Freunde der Neuen Gruppe gratulieren von ganzem Herzen und wünschen viel Freude und Gesundheit.

Am 25. Mai feierte Pastpräsident und Ehrenmitglied Ralf Mutschelknauss seinen 75. Geburtstag. Die besten Wünsche zu diesem Festtag!

Zum 70. Geburtstag gehen unsere besten Glückwünsche an Klaus Dusemund, der am 21. März dieses Jubiläum feierte, an unser Gründungsmitglied Alexander Gutowski (5. Februar), an Wolfram Hahn (30. Oktober) und an Arne Herzog (27. Juli). Die Neue Gruppe gratuliert allen herzlichst und wünscht beste Gesundheit.

Ihren 65. geburtstag feierten Pastpräsident Jürgen Koob am 23. Dezember, Caspar Lachmann am 19. Februar, Werner Fischer (Beirat 1987-1997) am 12. April, Ulrich Englert am 9. Mai und unser Präsident Eckbert Schulz am 26. Mai. Die Neue Gruppe gratuliert von ganzem Herzen.

Unser Vizepräsident Wolfram Bücking wurde am 14. Mai 60 Jahre. Den gleichen runden Geburtstag feierte am 1. Juni Karl-Jürgen Schumacher. Die besten Wünsche zu diesen Festtagen!

55 Jahre wurde Wolf-Dieter Seeher am 27. Februar, Wolf-Diether Gabriel am 10. April und Renate Bazin am 17. Juni. Herzliche Glückwünsche! Alles Gute zu ihren 50. Geburtstagen wünschen wir Ulf Krueger-Janson (19. Dezember), Brigitte Simon (1. Februar), Eva-Valeska Mösch von Scharfenberg (27. März) und Gerhard Iglhaut (8. April).

Die Freunde der Neuen Gruppe gratulieren allen Jubilaren von Herzen!

Als vor 40 Jahren von Günther Wunderling und seinen Freunden die Neue Gruppe gegründet wurde, konnte man nicht ahnen, dass die Zielsetzung, die zur Gründung der Gruppe führte, auch heute noch die gleiche Aktualität hat. Wissensvermittlung in kleinem kollegialem Kreis, der miteinander freundschaftlich verbunden ist.

Innovative Methoden fanden den Weg in die Praxen, es waren die Mitglieder der Neuen Gruppe, die in Deutschland z.B. die Gnathologie, moderne prothetische Konzepte, die Parodontologie und die Implantologie über Kurse und Jahrestagungen vorstellten und in den täglichen Praxisablauf integrierten.

Wir können also auf fast ein halbes Jahrhundert innovativer Zahnmedizin zurückblicken und dabei nur staunen, welchen Weitblick unsere fachlichen Väter hatten, den Virus der Neugier in uns zu wecken.

Aus der Geschichte der Neuen Gruppe sollten wir also die Kraft und die Selbstverständlichkeit ableiten, weiter zu streben, die Wissenschaft voran zutreiben und nie nachzulassen uns selbst einen optimalen Wissensstand zu ermöglichen und diesen in den Praxen umzusetzen.

### **Denn: Zukunft braucht Herkunft, wie man weiß.**

Der Kontakt innerhalb unserer Gruppe ermöglicht es, uns zu vergleichen, im Niveau anzugleichen und auf höchstem Qualitätsstandard zu praktizieren. So wurde 1992 die Idee der Neuen Gruppe News geboren, ein Informationsforum für die Mitglieder zu sein, wissenschaftliche, für die Praxis aufgearbeitete Publikationen zu präsentieren, über Praxiskurse zu berichten und an wichtige Personalien zu erinnern.

Auch diese Einrichtung innerhalb der Neuen Gruppe ist einmalig, auch hier waren wir wieder Vorreiter innerhalb der deutschen zahnmedizinischen Gesellschaften. Auch daran sollten wir mit Stolz denken, wenn wir 40 Jahre Neue Gruppe feiern.

Mit herzlichen Grüßen  
Eckbert Schulz



# Einfärben von Vita YZ-Gerüsten: Einfluss auf Helligkeit und Chroma, Teil 1

von  
Alessandro Devigus

Bülach

## Zusammenfassung

Vollkeramische Versorgungen sollten die Farbe der natürlichen Zähne möglichst gut reproduzieren, um eine Wiederherstellung nach den ästhetischen Wünschen und Vorstellungen des Patienten zu ermöglichen. Die Grundfarbe von Zirkonoxid ist weiß bis elfenbein. Eine Farbanpassung kann teilweise durch die Verblendung mit keramischen Materialien erfolgen. Besser wäre es aber, wenn bereits das Gerüst dem Grundfarbton der Nachbarzähne angepasst werden könnte. In dieser Arbeit wurde der Einfluss verschieden eingefärbter Gerüste aus Y-TZP der Firmen Vita, 3M ESPE und von Enrico Steger (ohne, mit 0,5mm bzw. 1,0 mm keramischer Verblendung mit Base Dentin) auf die Helligkeit, die Sättigung und den Farbton (= Value, Chroma und Hue) mit Hilfe eines Spektralfotometers (EasyShade, Vita) an einem klinischen Fall im Mund und auf dem Modell gemessen und bewertet. Die Einfärbung von Gerüsten aus Y-TZP kann durch die entstehende Anpassung an den Grundton helfen, die zur Erzielung der gewünschten Farbe notwendige Schichtstärke der Verblendkeramik zu reduzieren und sollte in Zukunft routinemäßig durchgeführt werden. Damit können die Präparationen der Zähne substanzschonender durchgeführt werden, ohne eine Verschlechterung des ästhetischen Resultates in Kauf nehmen zu müssen. Schlüsselwörter: Einfärben, Zirkonoxid, Gerüste, Vollkeramik.

## Einleitung

Keramische Materialien sind in der Zahnmedizin seit längerer Zeit im Einsatz. Zirkonoxid, stabilisiert mit Yttriumoxid (= Y-TZP, Ytria stabilized tetragonal zirconia polycrystals), wird seit 1969 in der Orthopädie erfolgreich für die Herstellung künstlicher Hüftgelenksköpfe genutzt.<sup>1</sup> Weltweit wurden inzwischen mehr als 400.000 Anwendungen auf diesem Gebiet dokumentiert. Aus den zahlreichen Alterungsversuchen und mechanischen Belastungstests kann geschlossen werden, dass die mechanischen Eigenschaften von Y-TZP auch nach einer physiologischen Nutzungsdauer von 50 Jahren noch eine ausreichende Festigkeit für klinische Anwendungen bei orthopädischen oder dentalen Implantaten aufweisen. Y-TZP zeigte in verschiedenen In-vitro und In-vivo-Versuchen weder im Chromosomen-Aberrationstest noch im Ames-Test eine mutagene oder kanzerogene Wirkung. Übereinstimmend wird berichtet, dass bei einem Kontakt von Zirkonoxidkeramiken mit Knochen oder Weichteilen keine lokalen toxischen Effekte zu erwarten sind. In der Zahnheilkunde wurde Zirkonoxid bislang vorwiegend in Form konfektionierter Wurzelstifte, kieferorthopädischer Brackets oder Implantat-Abutments verwendet. Die Bearbeitung des Zirkonoxids erfolgte bislang ausnahmslos im dicht gesinterten Zustand und ist mit einem extrem großen, hohen Werkzeugverschleiß und erheblichem Zeitaufwand verbunden.

## Systeme

Verschiedene Hersteller wie KaVo (Lava-System), Degudent (Cercon-System) Vita/Sirona (Vita In-Ceram YZ/Cerec inLab), haben einen anderen Weg gewählt. Aus einem keramischen Pulver, das aus 3 mol-% Yttrium stabilisiertem Zirkonoxid besteht, werden in einem Kompressions-, Extrusions- oder Gussverfahren Rohlinge hergestellt (*grünes Material*).<sup>3</sup> Diese werden in Blockform geschnitten und anschließend durch eine Wärmebehandlung vorgesintert. Das Material hat dann eine weiche Konsistenz,



die mit der von Kreide vergleichbar ist. Das grüne Material lässt sich einfach und effizient ohne großen Werkzeugverschleiß maschinell bearbeiten. Aus diesen vorgesintertem Y-TZP Rohlingen werden die Gerüste vergrößert herausgefräst oder geschliffen und abschließend in einem thermischen Prozess bei ca. 1500 Grad Celsius während mehrerer Stunden dicht gesintert. Dabei schrumpft das Material linear (Abb. 1). Die Schrumpfung ist chargenabhängig und wird bei allen Herstellern entsprechend in der Software vor dem Schleifprozess berechnet (Abb. 2). Die lineare Schrumpfung liegt zwischen 20 und 30 Prozent.

### Materialeigenschaften von Zirkonoxid

Umgeformtes Zirkonoxid (Y-TZP) ist eine polykristalline Keramik, die sich durch eine besonders hohe Frakturstärke auszeichnet, welche durch zusätzliche, in normaler polykristalliner Keramik nicht zu findende Mechanismen begründet liegt. Frakturstärke bedeutet in diesem Zusammenhang die Schwierigkeit, dass ein Riss durch das Material voranschreitet. Anders als In-Ceram Alumina (Infiltrationskeramik hauptsächlich aus Aluminiumoxid, das mit Lanthanglas infiltriert wird; es findet keine Sinterschrumpfung statt.), ändert sich beim Zirkonoxid während des Herstellungsprozesses die kristalline Struktur. Unterhalb des Schmelzpunktes von 2680 Grad Celsius) ist es von kubischer Struktur. Beim Abkühlen unter 2370 Grad wandelt es sich in eine tetragonale Phase um. Unter 1170 Grad tritt die tetragonale in die monokline Phase ein. Das Material zeigt dabei eine Volumenzunahme von 3 bis 5 %. Damit wäre das Material unter Spannung und könnte leicht frakturieren. Erst in den 1980er Jahren gelang es, diese tetragonale Phase bei Raumtemperatur durch die Zugabe von geringen Anteilen (3–16 Gewichts-%) von Calcium, Cer- oder Yttriumoxid zu stabilisieren.<sup>4</sup> Lläuft ein Riss im Zirkonoxid, wandeln sich die tetragonalen Körner an der Risspitze in monokline Körner um (Abb. 3). Letztere sind um 5 Volumenprozent größer und benötigen im Werkstoffgefüge mehr Platz. Durch die Ausdehnung der Körner und die dadurch induzierte Spannung wird der Riss gestoppt. Diese sogenannte Martensitische Phasenumwandlung ist auch vom Stahl her bekannt. Deshalb nannte der TZP-Erfinder Ron Garvie die Zirkonoxidkeramik „ceramic steel“ (Nature 258, 703-704, 1975), (Abb.4).<sup>5</sup>

Mit Yttriumoxid stabilisiertes Zirkonoxid bietet neben seiner extrem hohen Festigkeit auch den Vorteil, dass es sich um einen relativ lichtdurchlässigen Werkstoff handelt. Darüber hinaus machen es seine hervorragende Biokompatibilität und seine geringe Wärmeleitfähigkeit zu einem idealen Werkstoff für festsitzende prothetische Restaurationen. Die weiße Gerüstfarbe ist aber nicht in jedem Fall wünschenswert (Abb. 5). Die Dentalkeramik,

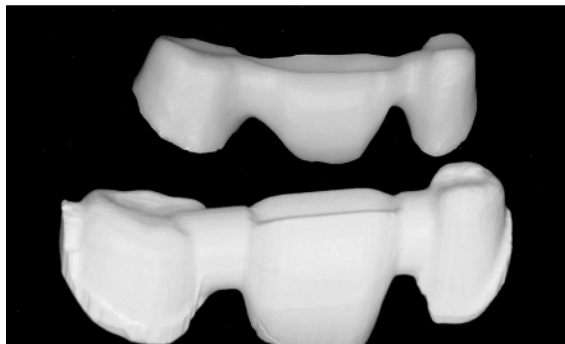


Abb. 1 Gesintertes und ungesintertes „grünes Gerüst.“



Abb. 2 YZ-Rohlinge mit Barcode

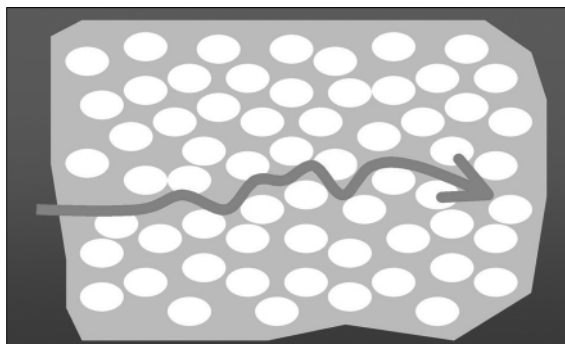


Abb. 3a Rissentwicklung in Alumina. Der Riss läuft um die Alumina-partikel durch die Glasmatrix.

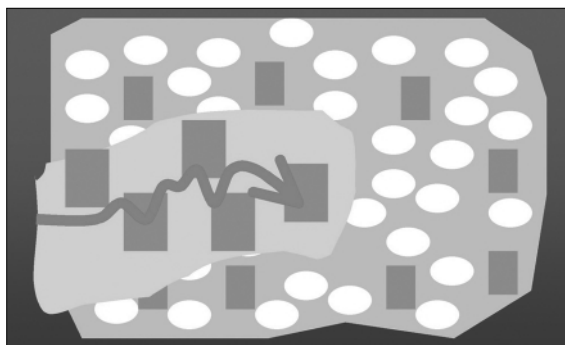


Abb. 3b Umwandlungsverstrkung in Zirconia.



die auf die Gerüste aufgetragen wird, ist ein optischer Bestandteil des farblichen Gesamteindrucks einer verblendeten Krone. Weiße Gerüste benötigen oft mehr Keramik als Metallkeramik, um optisch abgedeckt zu werden. Ein Opaker, ähnlich wie bei der Metallkeramik kann angewendet werden, ist aber ästhetisch unbefriedigend. Der Wechsel hin zu Vollkeramik sollte einen Fortschritt gegenüber der Metallkeramik bedeuten, indem weniger Material zur Farbproduktion nötig sein sollte. Eine zahnchonendere Präparation wäre erst dann möglich. Daher müssen bereits die Gerüste eingefärbt werden, um Helligkeit und Chroma des zu versorgenden Zahnes besser an die Nachbarzähne anzupassen. Zur Zeit sind von den Herstellern folgende Indikationen freigegeben:

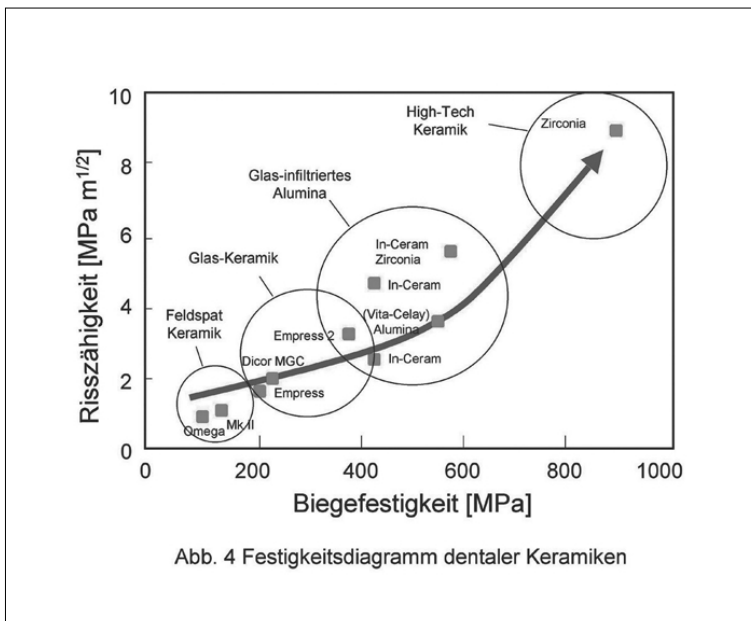


Abb. 4 Festigkeitsdiagramm dentaler Keramiken.

- Einzelkronen
- 3-gliedrige Brücken
- 4-gliedrige Brücken
- Brücken mit max. 38 mm anatomischer Länge im Front- und Seitenzahnbereich.

Als Präparationsformen sind geeignet bzw. empfohlen:

- ausgeprägte Hohlkehle (90°)
- Stufenpräparation mit abgerundeter Innenkante (Abb. 6).

## Einfärbemethoden

Grundsätzlich kann die Einfärbung des Zirkonoxids während der Herstellung des Pulvers, das als Basis für die Herstellung dient, während der Umwandlung in den „grünen Zustand“ oder vor dem Sintern durchgeführt werden.<sup>6</sup> Bei der von einigen Herstellern heute verwendeten Methode wird das vorgesinterte Material mit einer wässrigen Lösung von Metalloxiden vor dem Sinterprozess infiltriert. Dabei eignen sich nicht alle Metalloxide zur Einfärbung. Bernard Cales hat in einer Arbeit aus dem Jahr 1998 die Einfärbung und deren Einfluss auf die Eigenschaften von Y-TZP mit verschiedenen Metalloxiden untersucht. Die Einlagerung der Farbstoffe führt



Abb. 5b Die weiße Gerüstfarbe ist nicht in jedem Fall wünschenswert.

in vielen Fällen zu einer signifikanten Schwächung des Materials und ist nicht erwünscht. Drei Farbzusätze, Eisenoxid ( $\text{Fe}_2\text{O}_3$ ), Wismutoxid ( $\text{Bi}_2\text{O}_3$ ) und Ceroxid ( $\text{CeO}_2$ ), mit denen sich braune bis gelbe Farbtöne erzielen lassen, eignen sich zur Einfärbung am besten, ohne dass die Struktur des Zirkonoxids zu stark geschwächt wird. Z.B. führt Silberoxid ( $\text{Ag}_2\text{O}$ ) zu einer Graufärbung, Zinkoxid ( $\text{ZnO}$ ) hat keinen einfärbenden Effekt und schwächt die Zirkonoxid-Struktur, Vanadiumoxid ( $\text{V}_2\text{O}_5$ ) führt zu einer Orangefärbung und Mikrorissen im Material, Manganoxid ( $\text{MnO}_2$ ) ist schwarz und deshalb nicht geeignet.<sup>7</sup> Die Hersteller machen keine



Angaben zur Rezeptur ihrer Färbelösungen. Es ist aber anzunehmen, dass die oben erwähnten Metalloxide zum Einsatz gelangen.

## Vita Coloring Liquid

Das Vita Coloring-Liquid ist eine Flüssigkeit zur vollständigen oder teilweisen Einfärbung von geschliffenen Gerüsten aus Vita In-Ceram YZ Cubes vor dem Dichtsinterprozess. Vita Coloring-Liquid verändert, je nach Anzahl der Farbaufträge, in geringem Maße vor allem die Farbintensität (Chroma) der Gerüste. Die Farbpigmente lagern sich während des Sinterprozesses im Vita-Zyrcomat dauerhaft im Gerüst ein. Für die Einfärbung der YZ-Gerüste haben wir während der Pilotphase verschiedene Möglichkeiten ausprobiert. Vor der Anwendung des Coloring Liquids sollte ein Reinigungsbrand in einem Keramikofen durchgeführt werden, um die Cerec Kühl- und Schmierflüssigkeit (Dentatec) aus dem porösen Gefüge zu entfernen. Das Gerüst wird hierzu auf eine Brennwatte gelegt.

Reinigungsbrand:

Vorwärmtemperatur:	600°C
Vorwärmezeit	3.00 Min.
Steigzeit der Temperatur	3.00 Min.
Steigtemperatur pro Min.	33 °C
Endtemperatur	700°C
Haltezeit	5.00 Min.
Vakuum	_____

Das Gerüst muss man anschließend auf Zimmertemperatur abkühlen lassen. Das Auftragen der Färbeflüssigkeit mittels feinem Pinsel hat sich nicht nur in unserem Labor nicht bewährt (Abb. 6). Es kommt oft zu einer fleckigen, ungleichmäßigen Farbgebung. Diese Methode hätte sich vor allem für die partielle Einfärbung der Gerüste, wie z.B. für Randpartien, eignen sollen, wird aber heute vom Hersteller nicht mehr empfohlen. Die Verteilung und die Intensität der eingefärbten Gerüstpartie sind erst nach dem Sintern zu beurteilen. In den meisten Fällen kommt es nicht zu einer Infiltration der Farbe bis auf die Innenfläche. Man kann jedoch den Vorgang wiederholen und dadurch die Einfärbung der Innenflächen erreichen bzw. intensivieren. Gute Ergebnisse erzielten wir mit dem Tauchverfahren (Abb. 7). Die Gerüste sollten, wenn möglich, nur mit einer Kunststoff-Pinzette gehalten und in den Tauchbehälter gelegt werden, um eine Kontamination mit Metalloxiden aus metallhaltigen Instrumenten zu vermeiden. Um eine möglichst homogene Einfärbung zu erreichen, ist eine Tauchzeit von mindestens 2 Minuten einzuhalten. Falls eine schwächere Einfärbung gewünscht wird, empfiehlt sich nicht die Tauchzeit zu reduzieren, sondern die Farbflüssigkeit mit destilliertem Wasser zu verdünnen. Um die Tauchzeit zu beschleunigen, kann man das Tauchgefäß mit den Gerüsten in einen leeren Drucktopf stellen. Wir empfehlen einen Luftdruck von 4 bar auf-

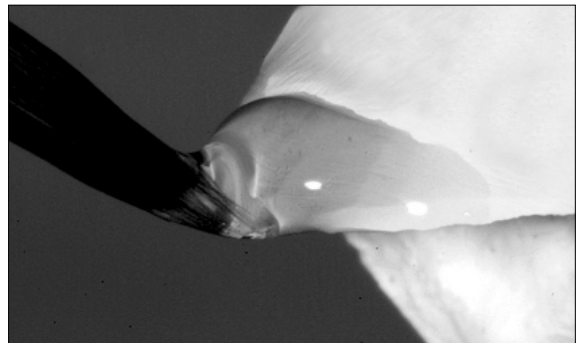


Abb. 6 Auftragen der Färbeflüssigkeit mit dem einen Pinsel.



Abb. 7 Tauchverfahren



Abb. 8 Spectralphotometer EasyShade

#### Literatur:

Albandar, J. M., Buischi, Y. A., Oliveira, L. B. & Axelsson, P. (1995). Lack of effect of oral hygiene training on periodontal disease progression over 3 years in adolescents. *J Periodontol*, 66, 255-260.

Axelsson, P. & Lindhe, J. (1981). Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. *J Clin Periodontol*, 8, 239-248.

Bakdash, B. (1994). Oral hygiene and compliance as risk factors in periodontitis. *J Periodontol*, 65, 539-544.

Brecx, M. C., Fröhlicher, I., Gehr, P. & Lang, N. P. (1988). Stereological observations on long-term experimental gingivitis in man. *J Clin Periodontol*, 15, 621-627.

Hugoson, A., Norderyd, O., Slotte, C. & Thorstensson, H. (1998). Distribution of periodontal disease in a Swedish adult population 1973, 1983 and 1993. *J Clin Periodontol*, 25, 542-548.

Hugoson, A. & Laurell, L. (2000). A prospective longitudinal study on periodontal bone height changes in a Swedish population. *J Clin Periodontol*, 27, 665-674.

Lang, N., Adler, R., Joss, A. and Nyman, S. (1990). Absence of bleeding on probing. An indicator for periodontal stability. *J Clin Periodontol* 17: 714-721.

Löe, H., Theilade, E. & Jensen, S. B. (1965). Experimental Gingivitis in Man. *J Periodontol*, 36, 177-187.

Merchant, A., Pitiphat, W., Douglass, C. W., Crohin, C. & Joshipura, K. (2002). Oral hygiene practices and periodontitis in health care professionals. *J Periodontol*, 73, 531-535.

Neely, A. L., Holford, T. R., Loe, H., Anerud, A. & Boysen, H. (2001). The natural history of periodontal disease in man. Risk factors for progression of attachment loss in individuals receiving no oral health care. *J Periodontol*, 72, 1006-1015.

Page, R. C. (1999). Milestones in periodontal research and the remaining critical issues. *J Periodontol Res*, 34, 331-339.

Ramfjord, S. P., Morrison, E. C., Burgett, F. G., Nissle, R. R., Shick, R. A., Zann, G. J. & Knowles, J. W. (1982). Oral hygiene and maintenance of periodontal support. *J Periodontol*, 53, 26-30.

Rowshani, B., Timmerman, M. F. & Van der Velden, U. (2004). Plaque development in relation to the periodontal condition and bacterial load of the saliva. *J Clin Periodontol*, 31, 214-218.

Van der Velden, U., Van Winkelhoff, A. J., Abbas, F., Arief, E. M., Timmerman, M. F., Van der Weijden, G. A. & Winkel, E. G. (1996). Longitudinal evaluation of the development of periodontal destruction in spouses. *J Clin Periodontol*, 23, 1014-1019.

zubauen. Die Flüssigkeit dringt in beiden Fällen besser in das leicht poröse Gefüge ein. Nach dem Tauchvorgang werden die Gerüste mit einer Kunststoffpinzette entnommen, die überschüssige Farbflüssigkeit mit einem Papiertuch abgesaugt oder mit destilliertem Wasser, mittels einer Pipette, ausgespült. Die Gerüste sollten nicht nass in den Ofen gestellt werden. Analog des Konzepts des Vita 3D Master-Farbsystems werden in Kürze 5 Coloring Liquids zur Verfügung stehen, die den 5 Helligkeitsstufen des Farbsystems entsprechen.

## Verblendkeramik

Die Verblendung von Zirkonoxid kann nicht mit herkömmlichen Metall-Keramiken oder Verblend-Keramikmassen, welche für Alumina-Gerüste bestimmt sind, durchgeführt werden. Verschiedene Hersteller haben speziell auf Zirkonoxid abgestimmte Verblendkeramiken entwickelt, um eine optimale Kompatibilität mit dem Gerüstmaterial zu erzielen. Dabei ist die Anpassung des Wärmeausdehnungskoeffizienten (=WAK) am wichtigsten. Eine spezielle Vorbehandlung des Gerüstmaterials ist nicht erforderlich. Für die Verblendung von VITA-In-Ceram YZ-Gerüsten empfiehlt die Herstellerfirma, die neue Keramikmasse Vita VM9 (Vita-Zahnfabrik, Bad Säckingen). Für eine bessere Langzeitprognose und für eine sichere Reproduktion der Zahnfarbe wird ein Bonding-Brand empfohlen. Leider verlieren die Gerüste nach dem Bonding-Brand ihre Transparenz und sind dann für Rekonstruktionen auf vitalen Zähnen weniger geeignet. Vermehrt musste festgestellt werden, dass die Verblendstärke der Keramik erhöht werden muss, um überhaupt einen der Zahnfarbe entsprechenden Wert erreichen zu können. In vielen Fällen musste für die Herstellung einer Vollkeramik-Brücke oder Krone mehr Zahnschicht geopfert werden.

## Value, Chroma, Hue

Verschiedene Autoren empfehlen beim Einsatz vollkeramischer Systeme ein System auszuwählen, das auf die Helligkeit (= Value; Munsell Hell-Dunkel-Achse) der zu versorgenden Zähne Rücksicht nimmt. Opake Zähne (oft weißlich) können am besten mit opaken Substrukturen reproduziert werden. Dazu gehören viele hoch kristalline und metallkeramische Systeme. Hoch transluzente Zähne (oft grünlich) sind schwierig zu reproduzieren, solange die Substruktur nicht mehr Licht als Metalle oder opake Keramiken durchlässt. Die meisten Systeme erlauben eine interne Färbung, Variationen der inzisalen Transluzenz und die Einbindung von Opaleszenzen. Bei der Wahl eines vollkeramischen Systems sollten die strukturellen Indikationen aus klinischen Daten und die Herstellerangaben berücksichtigt werden.

Das klinische Vorgehen bei der Einfärbung von Gerüsten sollte sich auch an die „Farbphilosophie“ der Keramikhersteller richten. Farbsysteme und Nomenklatur sind sehr unterschiedlich. Bei den von uns untersuchten Materialien der Firma Vita bedeutet dies, dass analog des Konzepts des Vita 3D-Master-Farbsystems Flüssigkeit in 5 Helligkeitsstufen für die Gerüsteinfärbung angeboten wird. Da das menschliche Auge schnell ermüdet und nicht standardisiert „messen“ kann, haben wir zur Messung der Helligkeit, Sättigung und des Farbtones (=L/C/H) ein Spektrofotometer (Abb. 8) eingesetzt (EasyShade, Vita Zahnfabrik).<sup>10</sup>  
(Wird fortgesetzt)



Am 17. November fand anlässlich der Jahrestagung 2005 in der Praxis unseres Freundes Ulrich Konter ein Vorkongress mit Ron Nevins statt. Imke und Ulrich hatten freundlicherweise ihre sehr schöne Praxis zur Verfügung gestellt, damit wir von Dr. Myron Nevins anhand von Live-OPs lernen konnten.

von  
Ernst Vöpel

Dr. Nevins ist seit vielen Jahren ein international anerkannter Referent im Bereich der Parodontologie und Implantologie und der Neuen Gruppe darüber hinaus wegen vieler, auch in seiner Praxis in den USA durchgeführten Fortbildungen bestens bekannt.

*Remscheid*

Ron Nevins operierte morgens einen umfangreichen kombinierten PA-Implantatfall, nachmittags zeigte er uns noch eine kleine PA-OP.

Vor den Operationen wurden von Ron Nevins die Fälle vorgestellt und ein kurzer theoretischer Hintergrund zu seiner Vorgehensweise geliefert. Darüber hinaus referierte er über Alveolarkammprophylaxe und -aufbau mittels einer Kombination aus BMP's, gefriergetrocknetem Knochen und Bio-Oss.

Bei der ersten OP wollte Ron Nevins an den Zähnen 17, 15-13 einen apikalen Verschiebelappen durchführen, die Schalllücke 12-22 mit Implantaten versorgen, 23 ebenfalls nach apikal verschieben, 24 extrahieren und ein Sofortimplantat inserieren sowie 25 und 26 implantieren, wobei in regio 26 ein interner Sinuslift durchgeführt werden sollte.

Ron Nevins begann mit der Implantation 12-22. Hier setzte er nach Bildung eines Mukoperiostlappens 2 Implantate, da diese Anzahl ausreicht, um die 4 fehlenden Zähne zu ersetzen. Es stellte sich heraus, dass der Zahn 23 nicht zu erhalten war, er sollte später extrahiert werden. Nach der Extraktion 24 wurde diskutiert, in welcher Position in bukko-palatinaler Ausrichtung das Implantat gesetzt werden sollte. Ron Nevins entschied sich für die technisch sehr schwer durchführbare Position in das Septum zwischen der bukkalen und palatinalen Wurzel. Bei einer Implantation in Bereich der bukkalen Wurzel wäre mit einer Resorption der vestibulären Knochenlamelle zu rechnen, und mit einer Implantation in die palatinale Alveole würden sich prothetische Probleme ergeben.



Dr. Myron Nevins

Das Implantat 25 wurde unter den Sinusboden inseriert, in regio 26 führte Nevins einen internen Sinuslift nach Summers mit Bio-Oss und anschließender Implantation durch. Um einen primären Wundverschluß zu erzielen, bemühte der Referent 3-0 Permahandseide.

An den Zähnen 17, 15-13 sollte ein apikaler Verschiebelappen durchgeführt werden. Dazu bildete Nevins zuerst einen vollen und dann einen gesplitteten Lappen. Es zeigte sich intraoperativ, dass der Zahn 17 von mesial und distal eine durchgängige Furkation hatte, so dass sich der Referent dazu entschloss, 17 zu extrahieren, wobei ein Rest der disto-bukkalen Wurzel belassen wurde. In regio 16 wurde zur Pfeilervermehrung nach einem Sinus-Lift nach Summers ein Implantat eingebracht. An den Zähnen 15-13 wurde nach umfangreicher Knochenresektion der Mukosalappen in apikaler Position am Periost mit 3-0 Seide festgenäht.

Nach einer Mittagspause voller Diskussionen wurde am Nachmittag bei einem Patienten ein vertikaler Knochendefekt im 3. Quadranten operiert. Dr. Nevins wollte sich intraoperativ entscheiden, ob er regenerativ oder

resektiv vorgehen wolle. Es zeigte sich eine nur geringe dreiwandige Komponente des intraossären Defektes, so dass auch hier ein apikaler Verschiebelappen mit ausgedehnter Osteoplastik durchgeführt wurde. Mittlerweile war die Zeit schon fortgeschritten, viele Teilnehmer mussten zur Mitgliederversammlung, so dass es keinen Spielraum für kontroverse Diskussionen gab.

Mit einem großen Dank an Imke und Ulrich, aber auch gemischten Gefühlen endete der Vorkongress.

## Kursbericht Prof. Dr. Leonardo Trombelli

von  
Katharina Freiberg

Hamburg

39. NEUE GRUPPE Jahrestagung, Hamburg 18.11.-20.11.2005  
Intensivseminar Sonntag, 20.11.2005

Prof. Dr. Leonardo Trombelli, Ferrara

### **Parodontalchirurgie: wann resektiv, wann regenerativ? Wenn regenerativ, welche Methode bringt die größten Vorteile?**

Die 39. Jahrestagung der Neuen Gruppe in Hamburg, die ganz im Zeichen der Parodontologie stand, fand ihren Abschluss in einem weiteren Höhepunkt:

Leonardo Trombelli gab am Sonntagvormittag in einem Intensivseminar einen detaillierten Überblick über Konzepte der chirurgischen Parodontaltherapie. Eingangs stellte er die grundsätzlichen Indikationen für eine resektive Therapie der regenerativen Therapie gegenüber. Anschließend wurden die unterschiedlichen regenerativen Verfahren vorgestellt.

Als Grundvoraussetzung stellte er immer die Diagnostik (Parodontalstatus, Röntgenaufnahmen in multiplen Projektionen und das „bone sounding“) vor die Klassifikation des Defektes. Konsequenterweise folgt die Behandlungsplanung und Therapie erst im Anschluss.

Bei der Klassifikation des Defektes folgt Trombelli einem Schema, das zwischen horizontalen und vertikalen Defekten, der Stärke des Knochenverlustes, der Tiefe und Lokalisation des Defektes sowie auch dem ästhetischen Anspruch des Patienten unterscheidet.



Prof. Trombelli

So sei die resektive Therapie (Knochenkanten glätten, Rampen schaffen, apikaler Verschiebelappen) vor allem indiziert bei geringem, auf das koronale Wurzelfeld beschränktem horizontalem Knochenverlust in ästhetisch nicht-relevanten Regionen. Einen zweiten Indikationsbereich stelle der flache, koronal gelegene, vertikale Defekt wiederum in einer ästhetisch für den Patienten nicht-relevanten Region dar.

Nach Trombellis Angaben sei bei ca. 85% seiner Fälle die Indikation resektiver PA-Chirurgie gegeben. Bei den restlichen ca. 15% stelle sich die Indikation zur regenerativen Therapie:

Moderate oder tiefe, bis in das apikale Drittel reichende intraossäre Defekte, aber auch flache vertikale Defekte, die im ästhetisch nicht-relevanten Bereich liegen.

Im zweiten Teil des Seminars ging Trombelli nun auf die unterschiedlichen regenerativen Verfahren (Membrantechnik (GTR), Schmelz-Matrix-Proteine (SMP) und Füllmaterialien) ein. Die im Vergleich zur Lappen-Operation wissenschaftlich belegten Vorteile stellte er histologisch und klinisch dar. Histologisch gesehen heilt ein Defekt nach einem „access flap“ im Sinne einer Reparatur des Defektes durch Bildung eines langen Saumepithels. Eine Rekonturierung mit verbesserter Hygienefähigkeit ist genauso wenig zu erwarten, wie eine Regeneration.

GTR und SMP führen histologisch zu einer reinen Regeneration des verloren gegangenen Gewebes, haben also eine osteokonduktive Wirkung. Ein regeneratives Potential spricht er auch den Füllmaterialien zu. Trombelli bevorzugt die kortikalen Knochenchips, da Bio-Oss zu Narbenbildung (durch Einschluss von Bio-Oss-Partikeln) führen könne. Auch der alternativ angeführte Kollagenschwamm mit BMP-2 bewirkt keine echte parodontale Regeneration, sondern nur Knochen- aber keine Zementbildung.

Klinisch gesehen sei der „Grad der Evidenz“ von entscheidender Bedeutung. Zwischen der „Expertenmeinung“ und dem „Systematischen Review“ liegen Welten.

Hierbei verweist Trombelli auf die von ihm durchgeführte „Systematischen Metaanalyse“.

(Trombelli L: Which reconstructive procedures are effective for treating the periodontal intraosseous defect? *Periodontol* 2000. 2005; 37: 88-105).

Untersucht wurde hier der zusätzliche Effekt der regenerativen Materialien zum alleinigen access flap: Die Füllmaterialien, wie z.B. autogener Knochen, Calciumcarbonat, Bioglass, Hydroxylapatit etc. zeigen 0,5 - 1,5 mm zusätzlichen Gewinn von klinischem Attachmentlevel (CAL) zum access flap allein. Einzige Ausnahme stellt die Polylactidsäure mit 1,5mm CAL-Verlust (!) dar. Das GTR-Verfahren liegt mit 1mm CAL-Gewinn im oberen Drittel, ebenso wie die SMP mit 1,3 mm.

Als wichtigste Voraussetzung für die regenerative/rekonstruktive Therapie sieht Trombelli die initiale PA-Therapie. Bevor er einen chirurgischen Behandlungsplan erstellt, müssen sowohl der Plaqueindex als auch der BOP-Wert unter 20% liegen. Andernfalls wiederholt sich die Initialtherapie solange, bis das Niveau der supra- und subgingivalen Infektion auf das angestrebte Maß reduziert ist.

Die genaue Art der regenerativen Therapie stellte Trombelli erneut in einem greifbaren Schema dar: Abhängig von der ästhetischen Sensibilität der zu operierenden Region unterscheidet er in der Morphologie des vertikalen Knochendefektes.

Weite oder anatomisch nicht unterstützte Defekte (= 1- und 2-Wand Defekte, weiter Defektwinkel, große suprakrestale Komponente) in ästhetisch relevanten Gebieten behandelt er mit einer Kombination aus SMP (Emdogain (EMD)) und einem Füllmaterial, in seinem Fall mit den kortikalen Knochenchips. Die gleiche Defektform im ästhetisch wenig relevanten Bereich kann entweder mit einer Kombination aus SMP und kortikalen Knochenchips oder mit einer Kombination aus GTR und unterstützendem Füllmaterial behandelt werden.

Bei schmalen oder auch anatomisch unterstützten Defekten (= 3-Wand

Defekte, schmale Defektwinkel (<37°), geringe suprakrestale Komponente) entscheidet sich Trombelli entweder für das SMP oder das Füllmaterial allein, unabhängig von der ästhetischen Bedeutung der Region. Wenn es zu einer Kombination aus SMP (Emdogain) und kortikalen Knochenchips kommt, hat Trombelli in einer neuen Studie belegen können, dass durch die sog. „Sandwich-Technik“ (SMP – Knochenchips – SMP) postoperativ deutlich weniger Rezessionen auftreten als bei der Behandlung mit SMP allein und so das suprakrestale Weichgewebe unterstützt wird. Er räumt aber ein, dass erst ein „Systematisches Review“ diese Erkenntnis untermauern müsse. (Trombelli et al.: Autogenous bone graft in conjunction with enamel matrix derivative in the treatment of deep periodontal intraosseous defects. J Clin Periodontol. 2006 Jan; 33 (1): 69-75)

Im dritten Teil seines Intensivseminars ging Trombelli auf die chirurgische OP-Technik ein, betonte die Wichtigkeit des dichten primären Wundverschlusses, um postoperativen Infektionen und Rezessionen vorzubeugen und demonstrierte in einer Animation den simplified papilla preservation flap, sowie eine interne Matratzennaht, mit der er den Lappen am höchsten Knochenpunkt fixiert.

Abschließend lieferte er eine kurze Zusammenfassung seines PA-Behandlungs-Ablaufes:

1. präoperative Abwägung: hohes Level an Plaquekontrolle, deep scaling 3-4 Wochen vor OP
2. Lappen-Design: mikrochirurgisches Vorgehen, bone-sounding, wenig vertikale Inzisionen, große Lappen, vorrangig full-thickness-flaps (split-flaps nur ganz apikal), Erhalt des interdentalen Gewebes
3. Nahttechnik: nicht resorbierbare, monofile 5-0 bis 7-0 Fäden, spannungsloses Adaptieren des Lappens, 14 Tage bis Naht-ex
4. postoperative Abwägung: keine Verbände (Plaqueakkumulation hoch), 4-6 Wochen keine Interdentalhygiene, dafür 2-3x/d CHX, wöchentliche PZR, kein Nikotin!
5. Recall: im ersten halben Jahr monatliche PZR, danach im 3-Monats-Takt, kein Sondieren oder anderes Instrumentieren des operierten Gebietes innerhalb der ersten 6 Monate – Compliance!

***Grande taglio, grande chirurgo – bravissimo, Leonardo!***



Für die, die noch nie die New York University bzw. die 10 Millionen-Metropole gesehen hatten, war es sicher ein besonderes Erlebnis, nun beides auf einmal erleben zu können.

Bereits der Flug über den Atlantik, den nicht wenige zusammen verbrachten, ist in der Erinnerung ein besonderer: wir flogen sechs Stunden in den Sonnenuntergang.

Durch den Jetlag waren alle am folgenden Tag schon ab 04.00 Uhr früh recht munter und alle waren rechtzeitig zum Kongressbeginn in der Uni. Alles war gut vorbereitet und die Begrüßung durch den stellvertretenden Dekan Ken Beecham angenehm.

## **Kursbericht Implantologie Fortbildung in New York im Dezember 2005**

von  
Stephan Kressin

Berlin

Die zwei Kongreßtage boten ein gemischtes Programm. Angefangen von einer Liveschaltung zu Per Ingvar Branemark und seiner Rückschau auf gut 40 Jahre Erfahrungen in der Osseointegration ging es dann rasch in die Gegenwart.

Eine Reihe von Referenten, sowohl aus den USA wie aus Europa, konnten das Publikum begeistern. Hervorzuheben waren hier vor allem Prof. Steven Wallace von der NYU mit seinem Vortrag zur Philosophie des heute Machbaren im Bereich Sinuslift und Augmentation.

Beruhigend für alle die Teilnehmer, die bis jetzt ohne PRP, selbstgefertigte Fibrin-Membranen oder Pep-Gen bzw. andere „Turbo-Proteine“ den Sinuslift durchgeführt haben: sie haben nichts versäumt. Am Ende wurde festgestellt, dass der richtigen Indikationsstellung und der Patientenauswahl nach wie vor die größte Bedeutung zukommt. Für die Unglücklichen, die nun über die weitere Verwendung ihrer Zentrifugen ins Zweifeln kamen, wurden zum Schluß noch 5 sinnvolle Möglichkeiten der weiteren Nutzung erwähnt, angefangen vom Türstopper bis hin zum Bootsanker.

Dr. Philippe Russ aus Frankreich machte das Thema Nervlateralisation und Nervverlagerung zum Höhepunkt der Samstagsvorträge. Medizin, Geschichte und eine Schau auf seine Heimat Reims waren in seiner Präsentation ebenso gut gemischt und anregend wie ein Glas Champagner aus dieser Region.



Prof. Dennis Tarnow

Wo Licht ist, ist auch Schatten: neben diesen außergewöhnlich guten Vorträgen gab es auch weniger genießbares. Einige italienische Kollegen präsentierten eine aberwitzige Menge an Powerpoint-Folien, so dass man kaum eine Chance hatte zu folgen.

Der Sonntag stand für alle zur freien Verwendung. Jeder hatte sich sein Programm ausgeguckt, die Zeit war wie immer zu knapp, um auch nur das wichtigste zu sehen: Met, MoMa (ohne Anstehen!), Rockefellercenter, Empire State Building, Grand Central und und ....

Der Montagmorgen begann für uns mit einer Live-OP durch Prof. Elia, bei der 3 Implantate im OK-Seitenzahnggebiet gesetzt wurden. Die OP ließ auch im Nachgang einige Fragen offen. Alle waren sowohl vom operativen Vorgehen (die Bohrschablone war ein Witz, die Einbringhilfe war nicht da... ) wie auch den fehlenden „soft skills“ des Operateurs enttäuscht. Die anschließende Besprechung machte die Sache nicht besser, da Prof. Elia so viele Fragen offenbar nicht ertragen konnte und gekränkt reagierte.

Bemerkenswert war am Abend ein Rundgang mit dem stellvertretenden Dekan Ken Beecham durch die Räumlichkeiten der Uni und ein Exkurs zu den Arbeitsmöglichkeiten der Mitarbeiter und Studenten. In den USA hat niemand ein Problem damit, den Namen eines wohlütigen Spenders in einem Hörsaal oder einem Behandlungszimmer auf einem Schild zu würdigen. Entsprechend oft findet man solche Hinweise, die NYU ist eine rein privat finanzierte Universität.

Wegweisend erscheint die Beschäftigung vieler externer Lehrkräfte oder außerordentlicher Professoren, die mit vielfältigen Erfahrungen aus ihrer privaten Praxis den Studenten einen guten Ausblick von der Theorie auf die Praxis ihres späteren Tuns geben können.

Zahnmedizin ist ein gefragtes Fach in den USA und man ist erfreut zu sehen, wie gut es gehen kann, wenn sich der Staat aus den Dingen heraushält, die sich auch ohne ihn regeln lassen!

Die Fortbildung an der NYU wurde sehr positiv abgerundet durch den (leider viel zu kurzen Vortrag) von Prof. Dennis Tarnow, der gezielt auf unsere Fragen einging und angenehm offen war für kontroverse Diskussionen. Ein starkes Highlight kam zum Schluss mit der halbtägigen Ausführung über Komplikationen beim Sinuslift von dem schon oben erwähnten Prof. Steven Wallace: ein sehr praktisch orientierter Vortrag, der eindrucksvoll den professionellen Umgang mit unerwünschten Ereignissen vorzugsweise beim offenen Sinuslift zum Thema hatte.

Damit klang dieser Höhepunkt des Fortbildungsjahres bei der Neuen Gruppe aus. Unser herzlicher Dank galt Jan Halben, der alle organisatorischen Klippen, von denen es reichlich gab, mit Geduld und Souveränität zu umschiffen wusste. Danke, Jan!!

## **Kursbericht Digitale Dental fotografie, Bildverarbeitung und Präsentationstechniken**

von  
Moritz Kepschull

*Bielefeld*

Am 10./11. Februar führten Frank Beck und Wolfgang Bengel im Hamburger Hotel Elysée auf Einladung von Jan Halben für etwa 20 Mitglieder der Neuen Gruppe sowie andere interessierte Kollegen in die fortgeschrittene Digitalfotografie ein. Hierbei bauten sie auf ihren Einsteigerkurs auf, den sie bereits als Seminar für die Neue Gruppe angeboten hatten. Nicht die Technik der klinischen Fotografie stand also im Mittelpunkt dieses intensiven Seminars, sondern die Weiterverarbeitung, Bearbeitung, Archivierung und schließlich die zeitgemäße Präsentation der erstellten Bilder.

Wolfgang Bengel referierte zunächst über die notwendige Ausrüstung zur Digitalfotografie sowie über die für den Einsatz in der Praxis relevanten Unterschiede der analogen Fototechnik zu den digitalen Modellen. Funktionen wie die TTL-Blitzsteuerung, von Kamera-Verkäufern oftmals als wichtig eingestuft, wurden erläutert und Referent und Auditorium folgerten gemeinsam, dass diese Funktion für die Dentalfotografie gar nicht geeignet sei und deaktiviert werden sollte.

Die notwendigen Nachbearbeitungen eines intraoralen Bildes wurden



vom Referenten mittels des Programms Adobe Photoshop CS2 anhand von einzelnen Übungen an vorbereiteten Beispielbildern zusammen mit den Teilnehmern durchgeführt. Photoshop wurde gewählt, da es den „Industriestandard“ unter den Bildbearbeitungsprogrammen darstelle. Für die Teilnehmer wurde neben einigen „Hausaufgaben“ auf CD bereits vor Kursbeginn eine 30-Tage-Demoversion dieses Programms verschickt. Wolfgang gab zudem Tipps, wie das relativ teure Programm mittels legalen Kaufs einer updatefähigen Vorgängerversion z.B. bei Ebay.de (Version 6 z.B. für 20-30 Euro) und nachfolgenden Updates auf die aktuelle CS2 Version deutlich preisgünstiger erworben werden kann. Viele Teilnehmer waren tief beeindruckt, mit welcher Leichtigkeit scheinbar nicht optimale Bilder nachbearbeitet werden konnten und wie eine deutliche Qualitätssteigerung der klinischen Bilder durch digitale Nachbearbeitung erfolgen kann. So erfolgte der Weißabgleich mittels standardisierter Graukarte, die mit dem Bürolocher ausgestanzt und mit Vaseline auf einem Frontzahn befestigt, mitfotografiert wird. Der Abgleich ist mit wenigen Mausklicks erfolgt, das individuelle Profil für die immer ähnliche Lichtsituation im Stuhl lässt sich speichern. Weiterhin gab Wolfgang Ratschläge für eigene Publikationen, zum genaueren Farbmanagement mittels individueller Kalibrierung des Bildschirms und zur interessanten Weiterverarbeitung der erstellten Bilder für digitale Präsentationen mittels Powerpoint.

Hier begann Frank Beck mit seinen Ausführungen: Ein wichtiger Punkt zu Beginn war es, den Teilnehmern den grundsätzlichen Unterschied zwischen einem alten Diavortrag und einer modernen digitalen Präsentation zu verdeutlichen. Powerpoint kann zwar ohne weiteres – wie vielfach von Referenten durchgeführt – analog der Dias einzelne Folien anzeigen, also dem Referenten nur die Arbeit mit dem Diabelichter ersparen. Dieses erleichtert sicherlich dem Anwender, der an Dias gewöhnt ist, die Arbeit, nutzt aber die fantastischen Möglichkeiten des digitalen Präsentierens gar nicht aus. Frank Beck zeigte anhand eigener Beispiele, dass eine moderne Präsentation eher ein Film denn eine Aufreihung von einzelnen Folien sein sollte. Der Betrachter sollte, so unser Referent, den auch in Powerpoint vorhandenen Übergang der einzelnen Folien als solchen gar nicht mehr wahrnehmen. Eine besondere Rolle spielt hier die Arbeit mit einer „Verteilerfolie“. Analog der Navigation auf einer Webseite wird so von der Hauptseite (dem Verteiler) per Mausklick durch die Unterpunkte der digitalen Präsentation gesprungen. Diese Interaktivität erlaubt ein intensives Miterleben des Betrachters.

Ob allerdings die Vermittlung von Inhalten durch das von Beck vorgeschlagene multimediale Feuerwerk aus Hintergrundmusik, Animationen und Videos leidet, wurde vom Referenten und einigen Teilnehmern kontrovers diskutiert. Unter Umständen, so wurde vermutet, sei hier auch ein Unterschied der Generationen zu erkennen. Junge Kollegen, mit Viva und MTV aufgewachsen, seien nur noch durch massiven Einsatz von Multimedia zum Zuhören zu bewegen, ältere Rezipienten, noch an Diadoppelvorträge gewöhnt, schrecke man so nur ab. Deutlich betont wurde vor diesem Hintergrund vom Referenten auch die Notwendigkeit der Beschränkung auf das Wesentliche. Auch wenn die Technik der Verteilerfolie viele Animationen enthält, heißt das keineswegs, dass in einer zeitgemäßen Präsentation alles, was animiert werden kann, auch animiert werden muss. Mit Farben und Schriften möge man sich ebenso zurück halten, wichtig sei hier primär die gute Lesbarkeit und Schonung der Augen der Betrachter und nicht der Effektreichtum.

Ein weiterer Punkt, der in allen Praxen, die intensiv fotografieren (wollen), von besonderem Interesse ist, ist die Archivierung der gewonnenen Fotos. Sicherlich kann man diese wie seine privaten Urlaubsfotos in einzelnen Ordnern auf der Festplatte speichern. Allerdings wird man bei dieser Vorgehensweise sehr schnell an die Grenzen der Übersicht stoßen. Wolfgang Bengel schlug stattdessen eine Archivierung nach Datum vor, zudem sollte man mit geeigneten Programmen (Photoshop, besser aber eine spezielle Archivsoftware wie Fotostation) den Fotos weitere Daten hinzufügen. In sogenannten IPTC-Anhängen von Bilddateien kann man neben Details zur Aufnahme (Kameraeinstellung, Datum, Patientendaten) auch noch standardisierte Schlagwörter eingeben. Nach diesen kann man auch nach Jahren in der inzwischen riesigen Bilderflut noch alle Fotos herausuchen, für die z.B. das Schlagwort „Rezessionsdeckung“ vergeben wurde. Wolfgang berichtete, für das Programm Fotostation derzeit an einer Hierarchie von Schlagwörtern zu arbeiten, die auf die Zahnmedizin zugeschnitten sei („controlled vocabulary“). Vorteil dieser Schlagwortsammlung ist es, die Suche durch Auswahl entsprechend großer oder kleiner „Schubladen“ enger oder weiter gestalten zu können. So solle entsprechend des oberen Beispiels die „Rezessionsdeckung“ auch mit dem Suchbegriff „Parodontalchirurgie“ gefunden werden. Wenn bei dem Fall auch mit einer prothetischen Interimsversorgung gearbeitet wurde, könnte man die Bilder aber bei entsprechender Indizierung auch mit dem Suchbegriff „Interims“ oder „Kronen/Brücken“ finden. Für einen Referenten, den an Qualitätsmanagement interessierten Kollegen oder für einen Weiterbildungsassistenten stellt diese Archivierung eine wichtige Hilfe und einen großen Vorteil gegenüber der analogen Fotografie dar.

Nicht vergessen sollte man bei all der Arbeit mit digitalen Medien die häufig vernachlässigte Sicherung der Daten. Der Verlust von ganzen Fotoarchiven ist durch Festplattenschaden o.Ä. immer möglich, wohl dem, der seine Daten arbeitstäglich auf einer preisgünstigen externen Festplatte sichert und in der Jackentasche nach Hause trägt. Die Referenten rieten nicht nur zu einer Speicherung der bearbeiteten Daten, sondern auch zu einem Aufbewahren der Kamerarohdaten (im RAW-Format) an anderer Stelle und einer Speicherung von Bearbeitungsschritten einer Präsentation in mehreren Unterdateien. Dieses Vorgehen erlaubt auch ein sicheres Wiedererlangen von früheren Versionen einer Datei, besser als jede eingebaute „Schritt-zurück“ Funktion.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle Teilnehmer durch dieses Seminar sicherlich einige Schritte vorwärts gemacht haben. Die Referenten führten uns geduldig anhand von Fallbeispielen durch die Arbeit mit den Programmen, jeder konnte schließlich selbst am eigenen Notebook z.T. recht umfangreiche Bearbeitungen an Bildern durchführen und mittels digitaler Präsentationstechniken vorstellen. Die beiden Referenten, sicherlich an Kompetenz auf diesem Gebiet kaum zu schlagen, brannten darauf, ihr Wissen weiter zu vermitteln. Es gibt nicht viele Kurse, wo von Teilnehmern und Referenten die übermäßige Länge der Mittagspause bemängelt wurde, Frank Beck schob am zweiten Seminartag noch eine Kurzeinführung in die digitale Videobearbeitung in die Mittagspause. Trotz der Arbeitsatmosphäre kam auch bei diesem Neue-Gruppe-Seminar selbstverständlich der persönliche Kontakt der Teilnehmer und das gemeinsame Abendprogramm nicht zu kurz. Hamburg und sein Hafen waren ja schon über Jahrhunderte das Tor zum ganzen Erdball. Von Jan Halben wurden wir daher wieder in die „Weite Welt“ auf dem Kiez mitgenommen.



Offen für Neues – hatten wir doch schon so viel gesehen und gelernt auf diesem Seminar – erfuhren wir durch das Degustationsmenü des Küchenchefs auch noch so einiges über vielleicht unkonventionelle Aromen und Geschmäcker.

Lobende Erwähnung gebührt zuletzt noch den wirklich hervorragenden Kursskripten, die Wolfgang Bengel für uns erstellt hat. Angesichts des Umfangs dieser beiden Skripte – jeweils ein kleines Lehrbuch – ist es sicherlich utopisch zu erwarten, dass solche Unterlagen bei jedem Kurs verteilt würden. Der Wissensgewinn durch derartige Skripte bei der Adaption des Gelernten zu Hause ist allerdings erheblich.

*Der Reformdruck im Gesundheitswesen induziert durch eine alternde Gesellschaft.*

**Lembach 2006**  
**31.03. - 01.04.06**

Die sich seit Jahren abzeichnenden demographischen Veränderungen in der bundesdeutschen Gesellschaft sind bisher nur sehr marginal zur Kenntnis genommen worden und haben daher kaum Einfluss auf Entscheidungen der politisch Handelnden genommen.

von  
Jürgen Menn

*Hilchenbach*

Das 2005 von Prof. Raffelhüschen ins Leben gerufene Freiburger „Forschungszentrum Generationenverträge“ beschäftigt sich mit Fragen der Bereiche Alter, Gesundheit und Pflege, die sich aus dem demographischen Wandel ergeben.

Das von Pit Beyer, wie immer, perfekt organisierte Seminar sollte den angereisten volkswirtschaftlichen Laien Gelegenheit geben, schwere makroökonomische Kost in leicht verdaulichen Happen aufzunehmen. Die Referenten, die Diplomvolkswirte Dr. Jörg Fetzer und Christian Hagist vom o.g. Forschungszentrum, breiteten den Teilnehmern die für sie fremde Thematik in einem spannungsvollen Bogen aus.

Die Tatsache, dass die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft Dreh- und Angelpunkt für die Zukunftsfähigkeit unserer Sozialversicherungssysteme ist, ist inzwischen Allgemeingut geworden. Dass daraus nach wie vor nicht die angemessenen politischen Konsequenzen gezogen werden zeigt, wie sehr verbreitet noch die Hoffnung ist, von den Folgen der Entwicklung nicht betroffen zu sein, sondern das Problem in eine ferne Zukunft projizieren zu können.

Schon bei der Behandlung des ersten Abschnitts „Determinanten der Bevölkerungsentwicklung“ wurde überdeutlich, dass diese Hoffnung auch für die Mehrheit der Neue Gruppe – Mitglieder nicht mehr als ein frommer Wunsch bleiben wird.

Die Bevölkerungsentwicklung wird bestimmt durch:

- Geburtenrate
- Lebenserwartung
- Zuwanderung

Wenn man die Bevölkerungspyramide von 1910, auf deren Basis das noch heute gültige Rentenkonzept eingeführt wurde, mit der von 2001 vergleicht, stellt man fest, dass diese Pyramide recht arg außer Form geraten ist. Aus einer Pyramide mit breiter Basis junger Menschen, die wenige, die das Rentenalter erreichten oder überschritten, versorgen mussten, ist ein Bild geworden, dass zunehmend auf dem Kopf zu stehen droht. Lag die durchschnittliche Lebenserwartung für Neugeborene 1910 noch bei 48 Jahren, liegt sie heute bei 78 Jahren. Die Fortführung dieses Trends wird als sicher angenommen. Für 2050 geht man von einer Lebenserwartung von 86,6 Jahren für Frauen und von 81,1 Jahren für Männer aus.

Diese Problematik wird über einige Generationen für die Sozialversicherungssysteme bestimmend bleiben und auch durch Zuwanderung nur unwesentlich abgemildert werden können. Wobei auch noch zu diskutieren wäre, in welchem Masse Zuwanderung stattfinden sollte, ohne den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu zerstören, ob Zuwanderung überhaupt steuerbar ist und wie ggf. eine gesteuerte Zuwanderung aussehen sollte. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist jedenfalls von Zuwanderung keine Entlastung zu erwarten – im Gegenteil, wie die stark abnehmenden Zahlen zeigen.

Seit 1972 liegt die Geburtenrate für Gesamtdeutschland unter dem Ersatzniveau von 2,1 Kindern pro Frau. 2004 waren es noch 1,34 - nur Spanien lag hinter uns. Wie wir alle wissen, hat die BRD 2005 das Schlusslicht aller Industrienationen erreicht. Gleichzeitig hat sich die Fertilitätsrate der Frauen in ihrer Lebensphase deutlich nach hinten verschoben. Lag der „Fertilitätsgipfel“ 1960 für Gesamtdeutschland noch bei 23,5 Jahren, veränderte er sich bis 2001 auf 28 Jahre. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielgestaltig und werden gegenwärtig im politischen Raum intensiv diskutiert.

„Die Generationenbilanz zur Messung von Nachhaltigkeit“ gibt Auskunft über die Lastenverschiebung auf zukünftige Generationen bei Beibehaltung der gegenwärtigen Sozialversicherungssysteme. Mit Hilfe von altersspezifischen Mikroprofilen wird das jährliche staatliche Budget auf alle Bürger verteilt und in die Zukunft fortgeschrieben. In jedem zukünftigen Jahr werden die Zahlen mit den Kohortenstärken multipliziert. Durch Diskontierung werden jeder Generation ein Generationenkonto zugewiesen. Werden die Generationenkonten aller Generationen aufsummiert, ergibt sich die s.g. implizite (zukünftige) Staatsschuld. Sie beschreibt die Summe aller schwebenden Ansprüche heutiger und zukünftiger Generation an den zukünftigen Staatsbudgets. Zusammen mit der expliziten (bereits vorhandenen) Staatsschuld ergibt sich die Nachhaltigkeitslücke als „wahre Staatsschuld“.

Die auf Grund unterschiedlicher, gemittelter Rechenmodelle gewonnenen Daten weisen aus, dass sich die derzeitige Finanzpolitik Deutschlands weit entfernt von einer nachhaltigen Situation befindet. Gegenstand der nachfolgenden Berechnungen ist jeweils ein 40-Jahreszeitraum. Summiert man über diesen Zeitraum die Nettosteuerzahlungen aller heute und zukünftig lebenden Generationen auf, so ergibt sich eine Nachhaltigkeitslücke von 197,6% des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Dabei würde sich die bereits jetzt bestehende Lücke von 61,9% (explizite Staatsschuld) um weitere 135,7% durch zukünftige Schulden erhöhen. Jedes Neugeborene würde damit sein Leben mit einem Schuldenstand von –80.600,-



Euro für staatliche Transferleistungen belastet sehen. Dieser Wert gilt jedoch nur ohne zusätzlichen Kostendruck, der durch medizinisch-technischen Fortschritt im Gesundheitswesen ausgelöst würde. Mit Kostendruck werden die Zahlen erheblich nachteilig verändert, wie später noch dargestellt wird.

In der gesetzlichen Rentenversicherung wurden ohne besondere öffentliche Wahrnehmung zwei Steuerungselemente eingeführt, die den Kostendruck in diesem Bereich erheblich zu reduzieren vermögen, aber eben auch mit sinkendem Rentenniveau verbunden sind. Das erste Element ist der Steuerungsparameter alpha. Er verteilt die Lasten der Alterung zwischen Rentnern und Erwerbstätigen unter den Bedingungen einer alternden Gesellschaft. Das zweite ist die Verlängerung der Lebensarbeitszeit von 65 auf 67 Jahre. Die Nachhaltigkeitslücke für den staatlichen Nettotransfer wurde mit Hilfe des Faktors alpha von 275,1% auf die bereits oben zitierten 197,6% BIP gesenkt. Durch die Verlängerung der Lebensarbeitszeit wird eine weitere Absenkung auf 148,0% erfolgen.

Die Einführung der Pflegeversicherung ist nur als historischer Fehler zu bezeichnen. Für sie gibt es nur eine Reformmöglichkeit: Abschaffung und Einführung einer kapitalgedeckten, versicherungspflichtigen Absicherung des Pflegerisikos.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) weißt bezüglich der Berechnung von Nachhaltigkeitslücken zwei Besonderheiten auf:

- die Konsequenzen einer längeren Lebenserwartung auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts

Bezüglich der Auswirkungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt gibt es die Medikalisierung- und die Kompressionsthese.

Die Medikalisierungsthese geht von einer erhöhten Morbidität bei steigender Lebenserwartung aus.

Die Kompressionsthese erwartet eine gleichbleibende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu einem späteren Lebensalter.

Welche die zutreffende These ist, ist unklar. Für die Kompressionsthese gibt es eine geringfügig höhere Evidenz. Die Unterschiede in den Auswirkungen auf Entwicklung der Nachhaltigkeitslücken sind jedoch erheblich. Grundlage der Berechnungen ist das Basisjahr 2003, eine Kostensteigerung durch medizinisch-technischen Fortschritt um 1,5%, eine Zinsrate von 3% und ein 1%iges Wachstum über 40 Jahre

- Status quo These	216,9%	Nachhaltigkeitslücke
- Medikalisierungsthese	254,2%	"
- Kompressionsthese	204,1%	"

Dabei würden die Beitragssätze zur GKV jeweils auf

- 36% Status quo
- 40% Medikalisierung
- 35% Kompression

ansteigen!!!

Die Nachhaltigkeitslücken für den gesamten fiskalischen Bereich würden dabei auf

- 197,6% BIP ohne Kostendruck (s.o)
- 340,4% BIP mit Kostendruck

im Gesundheitswesen anwachsen. Die Nachhaltigkeitslücke bei Kostendruck würde sich dabei wie folgt aufteilen:

$$\begin{aligned}
 &340,4\% = \\
 &61,9\% \text{ explizite Staatsschuld} \\
 &+ 61,6\% \text{ implizite Schuld restliches System} \\
 &+ 216,9\% \text{ implizite Schuld GKV.}
 \end{aligned}$$

Aus diesen Zahlen wird deutlich, dass zur Beseitigung der Nachhaltigkeitslücke kein Weg an einer wirklich grundsätzlichen Reform des Gesundheitswesens vorbei führt. Insofern ist es verständlich und berechtigt, dass das Gesundheitswesen ständig im Focus des Interesses bei den Bemühungen der Politiker um eine Reform der Staatsfinanzen steht. Sicher ist, dass die kommenden Generationen bei einem „weiter so“ die ihnen aufgebürdeten, ungeheuren Lasten nicht tragen werden und auch nicht können. Drei Jahre müssten kommende Generationen ihr gesamtes, erwirtschaftetes BIP zur Tilgung der Lasten, die ihnen die Vorgängergenerationen aufgebürdet haben, zur Tilgung dieser Schulden zur Verfügung stellen, was schier unvorstellbar ist.

Alle bisherigen und auch die gegenwärtig im politischen Raum diskutierten Reformpläne haben und werden nicht zum Ziel führen. Die auf Zeitgewinn und politisches Taktieren angelegte Vorgehensweise verschärft lediglich durch Hinausschieben der substanziellen Reformschritte die Krise. Von einem solidarischen System kann schon lange nicht mehr die Rede sein, wenn in einem solchen Masse heute entstehende Kosten auf zukünftige Generationen übertragen werden. Es ist nur eine Frage der Zeit bis diejenigen, die die Rechnung begleichen sollen, das auch merken und sich politisch artikulieren – oder das Land verlassen!

Mit Hilfe der Freiburger Agenda könnte ein gangbarer Weg aufgezeigt sein, mit dem sich die GKV wieder zu einem Generationenvertrag umgestalten ließe.

Eine erste Komponente der Freiburger Agenda sieht vor, alle zahnärztliche Leistungen und Zahnersatzleistungen aus der GKV zu streichen. Hierfür gibt es Beispiele in einer ganzen Reihe von Ländern. Im Bereich der Zahnmedizin dürfte eine solche Umstellung am ehesten durchsetzbar sein, da die Menschen in der BRD schon seit Jahren an private Zahlungen für zahnärztliche Leistungen gewöhnt sind. Durch verstärkte Einbeziehung von Marktelementen wäre eine gewisse Kostenreduzierung zu erwarten. Konkret ist für die Zeit von 2005-2014 eine schrittweise Ausgliederung der Zahnmedizin aus der GKV um je 10% p.a. vorgesehen.

Die zweite Komponente besteht aus einem absoluten Selbstbehalt (jährlicher Festbetrag, der von den Krankheitskosten selbst zu zahlen ist), verbunden mit einem absoluten Übergang auf das Kostenerstattungsprinzip. Damit soll dem s.g. Moral Hazard entgegengesteuert, bzw. die Gesundheitskosten für den Patienten spürbar und transparent gemacht werden.



Der absolute Selbstbehalt scheint praktikabler als der relative Selbstbehalt (prozentuale, anteilige Selbstzahlung der Krankheitskosten) zu sein, da Menschen mit hohem Krankheitsrisiko hierdurch nicht mit einem unkalkulierbar hohen finanziellen Risiko belastet würden.

Aber auch beim absoluten Selbstbehalt bestünde ein erheblicher sozialpolitischer Flankierungsbedarf für einkommensschwache Teile der Bevölkerung und kinderreiche Familien.

Die dritte Komponente besteht darin, über wettbewerbs- und ordnungspolitische Maßnahmen den Kostendruck im stationären Sektor zu dämpfen. Dies soll erreicht werden durch Vertragsfreiheit für Krankenkassen und Krankenträger, sowie durch einen echten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Nur durch die Praxis ließe sich erweisen, mit welcher Vergütung sich eine ausreichende Versorgung mit hoher Qualität erreichen lässt. Grundvoraussetzung für einen solchen Wettbewerb wäre ein funktionierender Risikostrukturausgleich, der eine reine Risikoselektion durch die Kassen unterbindet.

Mit Hilfe der Freiburger Agenda ließe sich der Kostendruck in der GKV auf weniger als ein Viertel reduzieren und damit die GKV partiell wieder zu einem Generationenvertrag zu machen, vorausgesetzt, die Kosten im stationären Bereich wachsen entsprechend dem BIP und der Selbstbehalt wird mit 900,- Euro p.a. für ambulante Versorgung und Medikamente festgesetzt.

Die Vision mit Hilfe der Freiburger Agenda einen großen Schritt in Richtung Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen zu tun, ist naturgemäß mit Unwägbarkeiten verbunden. Weder langfristige Beitragstabilität noch wirkliche Nachhaltigkeit kann mit ihr erzeugt werden. Immerhin wäre sie ein großer Schritt in die richtige Richtung.

Die Referenten, die kompetent und anschaulich mit einer Fülle von Graphiken, die anschließend auch noch den Seminarteilnehmern per EMail zur Verfügung gestellt wurden, die für den volkswirtschaftlich Unkundigen schwierigen Sachzusammenhänge in den zwei Seminartagen erläutert hatten, konnten uns naturgemäß nicht erklären, warum die überzeugenden Vorschläge der Fachleute keine Umsetzung in praktische Politik finden. Seit Jahren liegen diese Vorschläge in Berlin vor. Prof. Raffelhüschen ist Mitglied der Rürup-Kommission. Die bisherigen Entscheidungen der politischen Entscheidungsträger zielen dennoch in eine völlig andere Richtung. Man darf gespannt sein, wie lange noch.

Lembach 06 war wieder ein spannendes und aufschlussreiches Wochenende. Der Blick für die Zukunft unseres Gesundheitswesens wurde geschärft. Das die katastrophalen Aussichten die Teilnehmer nicht in Schwermut versinken ließen, dafür sorgte das bewährte und bekannte Ambiente Lembachs und die routinierte und kundige Organisation Pits. Ihm sei noch einmal herzlich für dieses Wochenende gedankt.

**Youngster- Fortbildung  
Leverkusen  
11. April 2006**

von  
Wilfried Kostbahn

*Duisburg*

Unter dem Motto „Von erfahrenen Praktikern für die eigene Praxis lernen“ organisierte Dr. Christian von Schilcher eine Fortbildung speziell für die jungen Mitglieder und Freunde der Neuen Gruppe. Dabei konnte er neben Herrn Dr. Hartmut Wengel und Herrn Dr. Christian-Eiben Buns, MSc, die dankenswerter Weise ihre Praxis und Fortbildungsräumlichkeiten zur Verfügung stellten, auch Dr. Jürgen Dapprich als Referenten für die Veranstaltung gewinnen.

Nach einem leckeren Frühstück begann Dr. Christian-Eiben Buns mit seinem Vortrag, der das Weichgewebsmanagement in der Implantologie speziell im ästhetisch sensiblen Frontzahnbereich beleuchtete. Angefangen mit den anatomischen Grundlagen, der Erläuterung erfolgsbeeinflussender Faktoren sowie der Darstellung chirurgischer Grundlagen spannte Dr. Buns gekonnt den Bogen hin zu den gängigen parodontalchirurgischen Verfahren, die in der Implantologie und Ästhetischen Zahnheilkunde eine Rolle spielen. Er zeigte in diesem Zusammenhang Beispiele der Rezessiondeckung durch koronale Verschiebelappen, Deckung der Rezession durch Bindegewebstransplantate mit Hilfe der Envelope-Technik sowie das komplette Spektrum der GTR- sowie GBR- Verfahren. Bei den vorgestellten Patientenfällen legte er besonderen Wert darauf, im Vorfeld eines implantologischen oder parodontalchirurgischen Eingriffs im Sinne einer „Rückwärtsplanung“ kritisch zu prüfen, welches funktionelle und ästhetische Ergebnis bei der jeweiligen Ausgangssituation überhaupt zu erreichen sei und ob Alternativen, beispielsweise eine Brücke anstelle eines Implantates, nicht bessere Resultate lieferten.

Besonders wir jungen, chirurgisch teilweise noch relativ unerfahrenen Teilnehmer haben bei diesem Vortrag viele praktische Anregungen bekommen, wie z. B. welche Art von Membrane am besten zu Beginn vom Anfänger zu benutzen sei oder wie bei der Auswahl der richtigen Weichgewebsstanze bei einer Versorgung mit Implantaten vorzugehen sei.

Als nächster Referent stellte Dr. Hartmut Wengel einen komplexen Fall mit multiplen Zahnretentionen in Kombination mit einer Amelogenesis Totalis und dessen Versorgung sowie Verlauf über 30 Jahre vor. Der junge Patient war ursprünglich mit einer Cover- Denture versorgt worden und mit dieser Lösung sehr unglücklich, da diese aufgrund ihrer Anfertigung im frontalen Kreuzbiss auch ein sehr unvorteilhaftes Profil zur Folge hatte. Im Rahmen der Neuversorgung durch Dr. Wengel wurden mehrere impaktierte Zähne durch chirurgische Kronenverlängerungen mit Stift-/ Kernaufbauten versehen und teleskopierend versorgt. Gleichzeitig wurde durch das Überführen des frontalen Kreuzbisses in eine Regelverzahnung die Weichgewebsmorphologie erheblich verbessert. Beeindruckend war für uns junge Zahnärzte zu sehen, wie die Therapieplanung vor drei Jahrzehnten ohne die Möglichkeit von Implantaten ausgesehen hat und mit welcher Akribie und Präzision Dr. Wengel während der gesamten Behandlung vorgegangen ist und die Versorgung daher problemlos über Jahrzehnte in situ bleiben konnte.

Im Anschluss an seine Fallpräsentation brachte uns Dr. Wengel mit einer Vielzahl privater Bilder die Entstehung aber auch den Geist der Neuen Gruppe als Freundeskreis von an Fort- und Weiterbildung interessierter Zahnartzkollegen näher. So konnten wir einige der damaligen Kinder als heutige Mitglieder der Neuen Gruppe wiedererkennen...



Den zweiten Teil der Fortbildung läutete Dr. Jürgen Dapprich ein, der uns das Behandlungsfeld „Kiefergelenk und Wirbelsäule“ näher brachte.

Er betonte, dass 85 % aller Fälle dieses Problemkreises einer fehlerhaften Okklusion entspringen oder myogener Natur seien und ein Grossteil der Ursachen bereits durch eine entsprechende manuelle Diagnostik zu erkennen sei.

Zu diesen Untersuchungsverfahren zählen beispielsweise unterschiedliche Relaxionstests, um eventuell vorhandene Blockaden sowie deren Lokalisation zu erkennen und zu lösen, der Einsatz der Beckenwaage und vieles mehr, die Dr. Dapprich an zahlreichen Beispielen darstellte.

Der Referent legte großen Wert darauf, dass es sich bei den vorgestellten Therapiewegen immer um ein Zusammenspiel von zahnärztlichen, physiotherapeutischen und osteopathischen Maßnahmen handle und verwies in diesem Zusammenhang auf den Einsatz von orthopädischen Kopfkissen und Schuheinlagen.

Anschließend demonstrierte Dr. Dapprich, wie beim Einschleifen vorzugehen sei, um die Zähne aus einer fehlerhaften Okklusion in eine regelgerechte Zentrik zu bringen und stellte dabei alle Materialien und Zwischenschritte wie beispielsweise das richtige Übertragen in den Artikulator detailliert vor und rundete seinen Vortrag mit einer praktischen Demonstration in den Praxisräumen der Dres. Wengel/ Buns ab.

Zu späterer Stunde stand neben der Wissenschaft die Pflege der sozialen Kontakte im Mittelpunkt und der Tag fand einen gelungenen Ausklang im Düsseldorfer Medienhafen.

Als Abschluss des Wochenendes hatte der Organisator Dr. Christian von Schilcher die Teilnehmer für den nächsten Morgen zu einem hervorragenden Brunch zu sich nach Hause eingeladen. Einhellig waren wir der Meinung, nicht nur fachlich sondern auch privat eine sehr schöne Veranstaltung erlebt zu haben und freuen sich schon auf das nächste, ähnlich gestaltete Treffen.

Nicht unerwähnt bleiben soll auch die Tatsache, dass alle ihre Vorträge für uns junge Kollegen kostenlos und aus reiner Freude daran, ihre Erfahrung an uns weiterzugeben, gehalten haben. Alle Teilnehmer bedanken sich daher bei Dr. Wengel, Dr. Buns und Dr. Dapprich und dem Organisator Dr. von Schilcher nicht nur für die exzellente Qualität der Vorträge und der Veranstaltung, sondern besonders für deren ideelles Engagement im Sinne der Neuen Gruppe.



## Neue Mitglieder

Kurze Abrisse der Vitae unserer neu aufgenommenen Mitglieder



### **Dr. Sven Hertzog**

Jahrgang 1967, geboren in Aachen

1988 - 1994 Studium der Zahnmedizin an Philippsuniversität, Marburg

1995 Hochzeit mit Andrea Jacobi

1996 Geburt von Hannah Theresia Ursula in Aachen

1997 Dissertationsabschluss an der RWTH Aachen (Randspaltmessung an Vollkeramischen Restaurationen/Inceram Spinel)

1994-1996 Assistenzzeit im Klinikum Aachen (Abteilung: MKG), und in zwei freien Praxen (Düsseldorf und Mönchengladbach)

1996-1998 Entlastungsassistent in der Praxis Dr. Herbert Brinkhoff, Marklohe

1998 Geburt von Lena Andrea in Nienburg/Weser

1999 Übernahme der väterlichen Praxis

2001 Geburt von Maximilian Christian Friedrich in Aachen

Hobbies Bis 2001: Basketball

Seit 2001: Rennrad und Mountainbike fahren

Berufliche Schwerpunkte

Gnathologie, Prothetische Gesamtrekonstruktionen, rekonstruktive und ästhetische Parodontologie, Endodontie, Suprakonstruktionen auf Implantaten, ästhetische Keramikrekonstruktionen



### **Dr. Ernst Vöpel**

Jahrgang 1962, geboren in Remscheid

1984-1989 Studium der Zahnheilkunde in Freiburg

1990 Promotion zum Dr. med. dent.  
Zahnärztlicher Assistent in Duisburg (Dr. Harald Möller)

seit 1992 Niederlassung in Remscheid  
Fortbildung: Seit 1992 regelmäßig bei Neue Gruppe – Jahrestagungen sowie Fortbildungen der Neuen Gruppe

Berufliche Schwerpunkte: Prophylaxe, PAR, Implantologie, Ästhetik

Hobbies: Tennis, Golf

Seit 2002 Verheiratet mit Silvia Vöpel, geb. Trilling  
2 Kinder: Maximilian (3), Justus (2)



**Dr. Patrick Hormuth**

Jahrgang 1969, geboren in Würzburg

1990 – 1996 Studium der Zahnheilkunde an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

1996 Promotion zum Dr. med. dent.; Universität Erlangen-Nürnberg bei Prof. Dr. A. Petschelt über das Thema: "Säureerosionen durch ungezuckerte Fruchtbonbons"

1996 – 1998 Zahnärztlicher Assistent in Bamberg (Dr. Dieter Hormuth) und Aschaffenburg (Dr. Ralf Gerhart)

seit 1998 Niederlassung mit Vater in Gemeinschaftspraxis in Bamberg

Fortbildung: Curriculum Implantologie (2002 abgeschlossen)  
Curriculum Endodontie (2005 abgeschlossen)

Seit 1998 regelmäßig bei NEUE GRUPPE – Jahrestagungen sowie Fortbildungen der NEUEN GRUPPE  
Mitglied der DGZMK, DGI

Ehefrau: Cornelia (Hotelfachfrau, Zahnmedizinische Fachangestellte)

Kinder: Maximilian (2005)

Hobbys: Reisen, Golf, Segeln, Literatur

**Dr. Klaus Karge**

Jahrgang 1964, geboren in Braunschweig

1986 – 1991 Studium der Zahnmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover

1994 Promotion zum Dr. med. dent.

1997 Fachzahnarztprüfung für Oralchirurgie

1991 – 1993 Assistenz Zahnarzt bei Dr. Gerd Diercks (Hannover) u. Dr. Peter-Michael Seiffert (Hannover)

1993 – 1994 Assistenz Zahnarzt bei Dr. Eckbert Schulz (Hannover)

1994 – 1997 Assistenzarzt, Kiefer- und Gesichtschirurgische Klinik, Städtische Kliniken Osnabrück, Chefarzt: Prof. Dr. Dr. Elmar Esser



- seit 1998 Niederlassung in neugegründeter Praxis als Zahnarzt und Oralchirurg in Braunschweig
- Fortbildung: Seit 1993 regelmäßig bei Neuen Gruppe – Jahrestagungen sowie Fortbildungen der Neuen Gruppe
- Ehefrau: Sabine (Journalistin)
- Kinder: Lara (2002); Jana (2005)
- Hobbies: Literatur, Fotografie, Sport (Schwimmen, Golf, Alpinski, Wasserski, Fallschirmspringen)



### **Prof. Dr. Reiner Mengel**

Jahrgang 1962, geboren in Marburg/Lahn

1984 – 1990 Studium der Zahnmedizin an der Philipps-Universität Marburg/Lahn

1991 Promotion zum Dr. med. dent.; Philipps-Universität Marburg/Lahn

1990 – 1996 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Philipps-Universität Marburg/Lahn, Med. Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der Abt. für Parodontologie

1998 Habilitation an der Philipps-Universität Marburg/Lahn  
seit 1996 Beamter auf Zeit an der Philipps-Universität

seit 2004 Lehrstuhl für Parodontologie an der Philipps-Universität Marburg/Lahn

Fortbildung: Seit 1994 regelmäßig bei Neue Gruppe – Jahrestagungen sowie seit 1991 Kursveranstaltungen und wissenschaftliche Publikationen für die Neue Gruppe  
Über 300 Publikationen, Fortbildungen, Vorträge, Kurse, Seminare, Buchbeiträge weltweit Lehrer der APW (Curriculum Parodontologie)  
Lehrer der Landes Zahnärztekammern Hessen und Niedersachsen.  
(Curriculum Parodontologie; Curriculum Implantologie)  
Mitglied der DGZMK, DGP, EAO, IADR, EFP

Ehefrau: Dr. Claudia Mengel (Kieferorthopädin)

Kinder: Philipp-Leo (1997); Luis-Carl (2003)



Am 9. Mai 2006 wurde Uli Engler 65 und übergab die Praxis an seinen Nachfolger, um sich ganz seiner Familie und seinen Hobbys zu widmen. Ich lernte Uli 1975 bei der Tagung der Internationalen Academy of Gnathologie in San Diego kennen. Daraus wurde eine Freundschaft fürs Leben.

Eine große Zahl von Fortbildungen im In- und Ausland machten wir gemeinsam. Stellvertretend seien Hospitationen in den USA genannt. 1981 bei Peter Dawson in Tampa, anschließend bei Kramer-Nevins, Williams (Partner von Schilder) und Weiss in Boston. 1983 nochmal bei Kramer-Nevins in Boston und Brayton in Halifax, Nova Scotia. 1985 bei Lamb und Burns in San Mateo; und 1991 bei Bill Becker in Tucson.

Mittlerweile war Uli Mitglied bei der Neuen Gruppe geworden und organisierte nun seinerseits für Mitglieder zwei Kurse bei Bill Becker mit großem Erfolg.

In der Neuen Gruppe hat Uli viele Freunde gefunden.

Wir wünschen Dir, lieber Uli, für den weiteren Lebensweg vor allem Gesundheit, glückliche Jahre mit Deiner Familie und viel Freude bei Deinen vielen Hobbys, wie Tennis, Golf, Reisen und Deinen vielen Interessen an Geschichte, Musik und Kunst.

*Ad multos annos!*

**Laudatio  
Uli Engler  
zum 65. Geburtstag**

von  
Hans Hermann Hupe

*Ilse*



Am 19.1.06 feierte Caspar Lachmann seinen 65. Geburtstag.

Hierzu möchte die Neue Gruppe herzlich gratulieren und ihm wünschen, dass er bei voller Gesundheit noch lange weiter arbeiten kann.

Caspar lernte ich 1975 bei einem Arne Lauritzen Kurs IV in Mainz kennen. Er übernachtete damals mit seinem Bruder Peter in einem Wohnwagen auf dem Parkplatz der Mainzer Klinik.

Auch die Neue Gruppe fing einmal bescheiden an.

In den Jahren danach veranstaltete Caspar in seiner Praxis zahlreiche Arbeitskurse mit Charles E. Stuart, Peter K. Thomas und anderen namhaften Referenten, bei denen uns von hervorragenden Zahnärzten, meist aus den USA, beigebracht wurde, sorgfältiger, schonender und genauer zu arbeiten, als wir es je zuvor gesehen hatten.

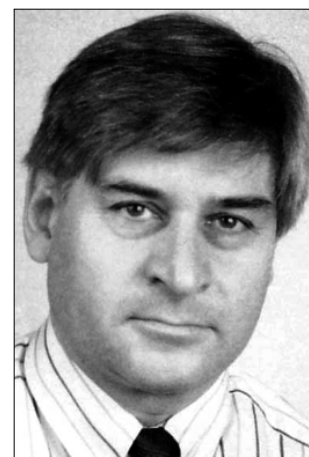
Hierfür bin ich Caspar immer noch sehr dankbar.

Bertold

**Laudatio  
Caspar Lachmann  
zum 65. Geburtstag**

von  
Bertold Meister

*Hamburg*



**Laudatio  
Werner Fischer  
zum 65. Geburtstag**

von  
Jochen Schumacher

Berlin



Lieber Ed,  
von vielen Seiten wurde an mich die Bitte herangetragen, anlässlich Deines 65. Geburtstages auf Dich eine Laudatio zu halten. Wie ich Dich kenne, wirst Du beim Lesen dieses Satzes zusammenzucken. Was wird nicht alles unter diesem Wort subsumiert, nämlich all das, was Du so „liebst“: Werdegang, Lobhudelei, Verdienste (welcher Art auch immer ...) und zum Schluss noch das unvermeidliche „ad multos annos“!!  
Dein Kommentar kenne ich schon jetzt: „Grauenhaft!“

Daher versuche ich es einmal anders:

An einem schönen Sommertag des Jahres 1981 biege ich in den fensterlosen Kursraum der Göttinger Großklinik ein. In dem noch leeren Raum sitzt Du allein, wortlos rauchend und überhaupt nicht freundlich kommunikativ agierend zu den immer zahlreicher werdenden Kollegen. Doch dann beginnt der von Dir geleitete PA-Kurs. Welch ein Feuerwerk von Neuigkeiten prasseln auf die Teilnehmer nieder! Die Mitstreiter und ich sind begeistert! (Knochenaugmentation war schon vor 25 Jahren ein spannendes Thema. Unglaublich!)

Der anfangs arrogante Dr. F. entpuppte sich jedoch am gleichen Abend als ein lebenswürdiger und humorvoller Kollege. Ich wollte danach unbedingt einen „Privatkurs“ in Deiner Praxis absolvieren. Das Vorhaben wurde in die Tat umgesetzt, und ich habe dort u.a. zum ersten Mal ein ohne vorherige Einprobe zementiertes Inlay in perfekter Passform bewundern dürfen. Solche Präzision war mir bis dahin fremd. Viele Kurse in Deiner Praxis folgten. Durch Dich (und A.G.) habe ich diese Präzision in der Zahnheilkunde vermittelt bekommen und so den Spaß bei der Arbeit wiederentdeckt, bis heute.

Dafür danke ich Dir sehr, aber auch für die sich seit dieser Zeit bis heute entwickelte Freundschaft.

Viele gemeinsame Reisen haben dazu beigetragen. Denke nur einmal an unsere waghalsige Durchfahrt durch einen Fluss per Jeep in Costa Rica: Ich hatte, profan wie ich bin, Respekt vor Krokodilen, Du, der Intellektuelle, hast sofort auf die Gefahr der Bilharziose hingewiesen....

Auch Deinen 65igsten haben wir im April dieses Jahres in einer schönen Gegend mit einer erquickenden Beschäftigung verbracht....

Lieber Ed, ich wünsche Dir weiter viel Energie bei Deiner beruflichen Tätigkeit, besonders was Deine kreativen Einfälle in der Zahnheilkunde angeht (z.B. Dein geniales Zentrikregistrat).

Außerdem viel Freude und Spaß im Privaten mit Deinen drei Damen.

„Not, Pessimismus und Gefahr“ halte Dir vom Leib!

Dein alter Freund Jochen



Bis zum 17. November 2005 war er unser Präsident, am 23. Dezember wurde er 65, am 1.1.06 übergab er seine Praxis an zwei jüngere Kollegen und versprach seiner Frau Marga, nun kürzer zu treten.

## **Laudatio Jürgen Koob zum 65sten**

von  
Jan Hendrik Halben

*Hamburg*

Schon während meiner Assistenzzeit bei Bernd Heinz durfte ich in Jürgens Praxis in der Hamburger Sierichstrasse hospitieren. In aller Offenheit erklärte er mir seine Prinzipien, Tricks und Behandlungsziele. Obgleich seine Patienten teilweise bekannte Persönlichkeiten waren, konnte ich überall dabei sein. Nicht nur seine akkurate Behandlungsweise sondern auch sein bescheidener aber bestimmter Umgang mit den Patienten und seinem Team haben mich als jungen Kollegen sehr beeindruckt. Er wurde für mich zu einem Vorbild, dem ich nachzueifern wollte und hat das Bild eines Mitgliedes der Neuen Gruppe wie kaum ein anderer für mich geprägt.

Als er mich dann bat, auch seinem Vorstand anzugehören, war es mir eine Ehre. In diesen vier gemeinsamen Vorstandsjahren zeigten sich all seine Qualitäten. Schon bei der Übernahme des Amtes war er sich der anstehenden Aufgaben voll bewusst. Pflichtgefühl und der Wunsch, der Neuen Gruppe, die ihm wertvoll und wichtig ist, etwas zurück zu geben, führten zu der gemeinsamen Entscheidung des Ehepaares Koob, uns zwei Jahre zu führen.

Jürgen ist ein erklärter „Telefonmuffel“. Er kommuniziert per Fax, geschrieben mit dem Füller! Alles ist lesbar, alles ist klar. Am Schluss folgt immer aufmunternde Bestimmtheit, die einen sanft zum sofortigen Handeln zwingt.

Zeitdruck hasst er. Seine Tagungen waren immer lange im Voraus fertig geplant. Von seinen beispielhaft präzisen „Ablaufplänen“ können zukünftige Präsidenten noch lange profitieren.

Die Notwendigkeit, sich helfen lassen zu müssen, hat er akzeptiert. Bei aller Ambition eine Tagung gestalten zu wollen, war er sich nicht zu schade, Konzepte im Team aufzustellen und den Rat ausgesucht einzuholen. Mit Geschmack, Augenmaß und Marga wurden dann Standorte, Essensfolgen und das Rahmenprogramm ausgesucht, so dass Jürgen in aller Gelassenheit seine einfühlsamen Ansprachen halten und sich Zeit nehmen konnte, die vielen speziellen Wünsche der Freunde zu erfüllen. Mit seiner Geduld und seiner Sensibilität ist er die Integrationsfigur, die die notwendigen Kompromisse erst ermöglicht.

So stehen seine Tagungen für Menschlichkeit, höchstes fachliches Niveau und hanseatischen Stil.

In seiner Frau Marga hat er seinen besten Coach. Mit ihrem bezaubernden Lächeln öffnet sie jedes Herz. Sie folgt ihrem „Bärchen“ überall hin, auch wenn sie oft voran geht. Ohne Zweifel, mit Liebe, Herz und Zufriedenheit steht sie zu ihrem Mann. Aber er macht es ihr auch so leicht, wie er kann.

Ich habe selten ein Ehepaar erlebt, das wirklich so richtig füreinander ist, wie Jürgen und Marga.

Während Jürgen mit sich selbst und seinen kleinen Schwächen oft zu hart ins Gericht geht, ist er zu anderen wohlwollend verständnisvoll. Die Schnitzer der jüngeren Kollegen beurteilt er milde mit konstruktiven Verbesserungsvorschlägen. In kritischen Fragen weiß er immer Rat und man tut gut daran, dem zu folgen. Wenn der HSV verliert, leidet er mit mir.

Ich habe wirklich wenige Menschen getroffen, bei denen das, was sie denken, auch das ist, was sie sagen und tun. In diesem Sinne ist er ein wirklich seriöser Mann.

Lieber Jürgen, ich war, bin und werde immer sein: Dein Freund!

Jan Hendrik Halben



## Laudatio Eckbert Schulz zum 65. Geburtstag

von  
Hartmut Hennies

Göttingen



Eckbert Schulz erlebte seinen 65. Geburtstag als Präsident im Kreise seiner Freunde der Neuen Gruppe auf der Frühjahrstagung in Berlin mit vielen auf ihn zugeschnittenen Einlagen bei „Pomp Duck and Circumstances“. Selbst Tochter Linda erschien als Überraschungsgast aus Madrid! Eckbert, ein Familienmensch! Dieses Zusammengehörigkeitsgefühl, welches er in seiner eigenen Familie lebt, projiziert sich auf seine anderen Freundeskreise, wie auch auf die Neue Gruppe. Das Amt des Präsidenten erfüllt er mit „Herzblut“, bestrebt, seine Vorstellungen von zukunftsweisender Zahnmedizin zu zeigen.

Schon als junger Assistent, nach Studium in Frankfurt/Main, wurde Eckbert Schulz durch seine Assistenzzeit bei dem Gründer der Neuen Gruppe, Günter Wunderling, an die Neue Gruppe herangeführt. Bezeichnend für Eckbert war, dass der herausragende Ruf und die Persönlichkeit von Günter Wunderling ihn in das verschlafene Bad Pyrmont gehen ließ. Dort lernte ich Eckbert 1970 als aufgeschlossenen, flinken, hilfreichen, überaus geschickten Operateur in der Parodontologie kennen. Im Jahre 1972 ließ sich Eckbert Schulz in Hannover nieder. Es war für ihn selbstredend, dass mit seiner Niederlassung die Eltern und Schwester ein Eigenheim in Hannover bauten, ein neuer Stützpunkt für die Familie Schulz. Der ältere Bruder wählte die Hochschullaufbahn.

1974 wurde Eckbert Schulz in die Neue Gruppe in Säckingen aufgenommen, zusammen mit A. Hertzog, Hannes Dechant, Martin Seymour, Günter Staehle, Ralph Stöhr, Dethard Suabedissen und Hartmut Hennies.

Unsere Freundschaft übertrug sich auch auf unsere Ehefrauen und Kinder. Viele gemeinsame Reisen und gegenseitige Besuche festigten unsere Beziehungen.

Es war naheliegend, dass wir fortan unsere berufliche Fortbildung Weiterbildung absprachen, viele Reisen unternahmen wir in die USA und Europa gemeinsam.

Für die vielen Kurse, die Eckbert Schulz seit 1970 besucht hat, fehlt der Raum, aber an einige sei erinnert:

Bob Stein, P.K. Thomas, Charles Stuart, D. Petralis, Phil Molloy, Bob Lee, G. Kramer, M. Nevins, Branemark, G. Bowers-Study-Club, C. Ruddle, D. Shanelec, E. Anita und natürlich die Franzosen, Italiener und Schweizer Lehrer.

Eckbert ist in der Lage, wissenschaftliche Erkenntnisse nicht nur flink aufzunehmen, er filtert kritisch, ergänzt und gibt mit Begeisterung weiter in der APW und bis zum heutigen Tag als Lehrer im Curriculum Implantologie und seit über 30 Jahren an seine Assistenten, die von ihm hervorragend ausgebildet werden. Als Gutachter im Vertragswesen und am Gericht sind seine Kenntnisse und Erfahrungen gefragt.

Eckbert ist ein „Generalist“, wie man ihn heute kaum noch findet, mit den Schwerpunkten Funktionsdiagnostik, Parodontologie (Gutachter), Implantologie und Implantatprothetik.

Eckbert, woher schöpfst Du nur diese Energie, mit der Du soviel bewegst: Präsident der Neuen Gruppe, Lehrer für Implantologie, Gutachter, engagierter Golfer, Tennisspieler, Skifahrer.

Selbstverständlich findet Eckbert den ausgleichenden Pol in seiner Familie mit seiner Frau Catharina – aus Holland eingeflogen – seinem Sohn Malte, der bald, geschult von Prof. Buser, Bern, weitere Impulse nach Hannover



bringen wird und durch seine Tochter Linda, die in Madrid ihren Master in BWL abschloss.

Eckbert wurde in den nach dem Krieg von Polen besetzten Gebieten östlich von Frankfurt/Oder geboren. Die Eltern flohen nach der Vertreibung mit ihren drei Kindern in den angeblich sicheren Westen südlich von Berlin, wo Eckbert aufwuchs und die Schulen besuchte. Diese Region prägte seine Entwicklung und Sprache. In der DDR fehlte der Familie Schulz der berufliche und private offene ehrliche Freiraum, so dass sie alles neu Geschaffene zurückließ und noch vor dem Mauerbau in den Westen, nach Offenbach, floh.

Dem Vater gelang es dort zum dritten Mal, eine Existenz aufzubauen, so dass alle drei Kinder eine akademische Ausbildung erhalten konnten. Dieser Tatendrang des Vaters mit der Fürsorge der Mutter ist auf Eckbert übertragbar.

Lieber Eckbert, die Freunde der Neuen Gruppe wünschen Dir noch viele glückliche Jahre im Kreise Deiner Familie, in der Zusammenarbeit mit Sohn Malte in Deiner soeben neu entstandenen Praxis und Zeit für Deine vielen sportlichen Betätigungen.

Dein

Hartmut Hennies

Eine schöne Posthum-Anerkennung unseres verstorbenen Ehrenmitgliedes Heinz Erpenstein ist die Auslobung des Heinz-Erpenstein-Publikationspreises durch den Vorstand der DGP, um die umfassenden Leistungen Heinz Erpensteins, sein Engagement für die DGP und für die Parodontologie zu würdigen. Der Preis wird jährlich für die beste Publikation eines nicht habilitierten Praktikers vergeben.

**Heinz-Erpenstein  
Publikationspreis**



## Nachruf auf Dr. Rainer Schluckebier

von  
Hartmut Wengel

Leverkusen



Wir haben einen guten Freund verloren.

Er war ein außergewöhnlicher Mensch und exzellenter Zahnarzt.

In unseren Gedanken wird er weiterleben.

So haben wir als seine Freunde aus der Neuen Gruppe in einer Zeitungsanzeige seiner gedacht.

Rainer Schluckebier war wirklich ein außergewöhnlicher Mensch.

Davon können alle berichten, die die Freude hatten, mit ihm anlässlich unserer häufigen Treffen zusammensitzen und plaudern zu dürfen. Dabei war diese Plauderei mitnichten ein oberflächliches Wischi-Waschi, sondern Rainer verstand es wie wenige, frei und offen über Gott und die Welt zu reden und dabei seine vielfältigen Erfahrungen mit Humor gewürzt einfließen zu lassen.

Kein Wunder, dass er vor allem bei den Damen ein gefragter Tischherr war.

Reichten doch seine Interessen von Ereignissen der Welt bis zu den Randgebieten der Medizin und Parapsychologie. Gespräche mit ihm waren niemals langweilig.

Wie ich in einer Laudatio anlässlich seines 65. Geburtstages im November 1999 an dieser Stelle schrieb, erklärte er mir schon als Student im ersten klinischen Semester, als er als junger Assistent in der konservierenden Abteilung der Westdeutschen Kieferklinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf, einer Vorstufe der jetzigen Universität, für unsere Betreuung zuständig war, dass wir diese Abteilung unseres Berufes um Gottes Willen nicht als Flick- und Reparaturabteilung der Zahnheilkunde betrachten dürften. Wir sollten vielmehr hier die Hauptaufgabe darin sehen, durch Vorsorge größere Gebiss-Schäden von vornherein zu vermeiden. So sei er das auch aus der Praxis seines Vaters gewohnt.

Es war nur zu logisch, dass er im Gefühl, dieses Ziel letztendlich in der väterlichen Praxis nicht verwirklichen zu können, das Gebiet der Kieferorthopädie für sich erkor, weil er hier eine große Möglichkeit sah, auch prophylaktisch tätig zu sein. Er hat diese Tätigkeit bis zu seinem 63. Lebensjahr mit Freude ausgeübt und dann nach der Praxisübergabe an einen jungen Kollegen noch viel Zeit gefunden, seinen universellen Interessen nachzugehen.

Nachdem ihm vor zwei Jahren sein Herz erhebliche Probleme bereitete, fühlte er sich jetzt eigentlich wieder auf dem Weg bergauf. Umso unvorbereiteter traf deshalb alle, die ihm nahe standen, sein plötzlicher Tod, der ihn allerdings für uns zum Trost vor einem sicheren langen Kranklager bewahrt hat.

Wir werden Rainer Schluckebier in unserem Gedächtnis behalten als einen Menschen, der von Natur aus fröhlich und guten Willens war. Seine erbauliche Gesellschaft werden wir sehr vermissen.

Hartmut Wengel



Liebe Dorothea, liebe Amelie, liebe Leonie, lieber Felix,

verehrte Familie Hugo, Verwandte, Freunde, Kollegen und Studenten unseres überaus beliebten und von allen hochgeschätzten Privatdozenten Dr. Burkard Hugo,

ein unendlich trauriger Tag, an dem wir schweren Herzens Abschied nehmen müssen von Burkard Hugo, der nach einem langen, schweren und in bewundernswerter Haltung und Stärke erduldeten Leidensweg am letzten Freitag verstorben ist.

Dorothea hat mich gebeten, den beruflichen Lebensweg von Burkard kurz zu würdigen.

Burkard wurde am 25. November 1960 in Gerolzhofen geboren. Zusammen mit seinem jüngeren Bruder Christian verbrachte er eine überaus schöne Kinder- und Jugendzeit. Mir gegenüber ließ er oft durchblicken, welche guten Eltern er hatte. Sie ließen ihm viel Freiheit, zeigten ihm, wenn nötig, aber auch die Grenzen auf. Probleme in der Schule gab es nicht, so blieb genügend Freiraum für sportliche und künstlerische Ambitionen, die von den Eltern kräftig gefördert worden sind. Seine in der Jugend angefertigten Skulpturen zeigten schon damals seine gestalterischen Fähigkeiten, sein ausgeprägtes Gefühl für schöne Formen, eben sein besonderes Talent, das ihn später in seinem Beruf so erfolgreich machen werden lassen.

Nach dem 1980 abgelegten Abitur und dem in Veitshöchheim abgeleisteten Grundwehrdienst studierte er im Wintersemester 1981/82 an der TU in München zunächst Maschinenbau. Ein Semester später wechselte er zum Studium der Zahnmedizin an die Universität Würzburg.

Ein glückliche Entscheidung für ihn und - wie sich später herausstellen sollte - auch für Zahnheilkunde! In der kürzest möglichen Studienzeit schloss er im Juni 1987 sein Studium mit dem Prädikatsexamen „Sehr Gut“ ab. Auch seine Promotion im Jahre 1990 wurde mit „Sehr Gut“ bewertet.

Zeitgleich mit meinem eigenen Dienstbeginn an der Würzburger Zahnklinik begann Burkard im Oktober 1987 seine berufliche Tätigkeit an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, zunächst mit dem Schwerpunkt Parodontologie.

Im Mai 1989 wechselte die damals noch junge Familie -Amelie war gerade 15 Monate alt - an die Klinik für Zahnerhaltung an die Universität Bern. Deren Direktor, Herr Prof. Dr. Peter Hotz, erkannte recht schnell, welche ein Juwel mit diesem neuen Mitarbeiter aus Würzburg in seine Hände gefallen ist. In Bern verbrachten Burkard und Dorothea sechs unbeschwerte Jahre. Die zweite Tochter Leonie kam auf die Welt. Beruflich fand er immer mehr Gefallen an der restaurativen Zahnheilkunde. Aufgrund seiner überragenden fachlichen und menschlichen Qualitäten wurde er im Januar 1991 als Oberarzt mit leitenden Funktionen betraut. Mich hat es schon sehr berührt, als mir Prof. Hotz vor einigen Wochen bei unserer letzten Jahrestagung in Mainz beim Abendessen gestand, dass für ihn die Zeit mit Burkard - im Nachhinein betrachtet - seine beruflich sorglosesten Jahre gewesen sind. Als Burkard, Dorothea, Amelie und Leonie 1994 wieder nach Würzburg zurückgekehrt sind, haben sie in Bern viele Freunde und unvergessliche Spuren hinterlassen.

Wieder zurück in der alten Heimat übernahm Burkard im April 1995 an

## Nachruf auf Burkhard Hugo

von  
Bernd Klaiber

Würzburg



unserer Poliklinik die Oberarztstelle, die er in der ihm eigenen, unnachahmlichen Art hervorragend zu gestalten wusste. Es folgten wissenschaftlich sehr aktive Jahre. Insbesondere seine Entwicklungen zu oszillierenden Präparationsverfahren und Matrizentechniken machten ihn weltbekannt und führten im Mai 2000 zur Habilitation. Vor Einladungen zu Vorträgen und Kursen konnte er sich bald nicht mehr retten, er gehörte zu den gefragtesten Referenten im In- und Ausland.

An unserer Poliklinik wurde er rasch zu einem Star, zu einem Star ohne Allüren. Er war für jeden erkennbar der exzellente Kliniker. Er war nicht nur talentiert - talentiert sind ja viele - er war geradezu begnadet. Unter seinen Händen gelangen Behandlungsergebnisse, von denen die Meisten nur träumen können. So riefen z.B. seine Zahnumformungen oder seine direkt im Mund hergestellten Brücken zunächst nur ungläubiges Staunen hervor.

Sehr oft habe ich zu ihm oft gesagt, Burkard, du bist wie der Midas in der Antike, bei dem wurde alles zu Gold, was er mit seinen Händen berührt hatte. Wenn du beim Komposit hinlangst, werden gleich schöne Zähne daraus. Seine Kunst hat Burkard nicht für sich behalten, vielmehr hat er sein Vorgehen so perfekt systematisiert, dass er seine Behandlungstechniken auch an Zahnärzte und Studenten weitergeben konnte. Er war eben nicht nur der perfekte Kliniker, er war auch hervorragender und in jeder Hinsicht vorbildlicher akademischer Lehrer, der zu begeistern vermochte. Für die Mitarbeiter war er immer da, er stand ihnen mit Rat und Tat zur Seite, auch in Belastungssituationen blieb er stets ruhig und gelassen. Er war nie launisch, deshalb mochten ihn auch alle, uneingeschränkt. Auch bei den Studierenden war er überaus beliebt. Er gab ihnen viel und sie wussten das auch zu schätzen. Er forderte und förderte. Er war in seinen Entscheidungen, auch wenn sie einmal zuungunsten der Studenten ausfallen mussten, immer gerecht. Seine Geradlinigkeit machte ihn unangreifbar.

Seine Tätigkeit im Bereich der ästhetischen Zahnheilkunde brachte ihn immer mehr in Kontakt zum Fachgebiet der Kieferorthopädie. Deshalb hat er 2002 mit der Weiterbildung zum Kieferorthopäden begonnen, eine Entscheidung, die bei vielen auf Unverständnis gestoßen ist, die aus seiner Sicht für seinen weiteren beruflichen Werdegang aber folgerichtig war. Die schwere Krankheit, mit der er und seine Familie wie mit einem Donnerschlag 2004 konfrontiert worden ist, machte einen Strich durch die weitere Lebensplanung.

Ich habe mich immer gefragt, wie Burkard das ungeheure Arbeitspensum, das er sich selbst auferlegt hatte, eigentlich schafft:

Behandlungen oft bis in den späten Abend hinein, Vorlesungen, Forschung und Entwicklungen, Fortbildungsveranstaltungen an den Wochenenden, Publikationen, die Phasen des Hausbaues in Hettstadt, wo er selbst Hand anlegte.....

Es ist die Familie - 1998 mit der Geburt von Felix komplettiert - , sein Ein und Alles, aus der er seine unermessliche Kraft schöpfte. Ohne seine geliebte Frau Dorothea wäre Burkard nicht das, was er war. Sie hat ihm den Rücken und den Kopf für seinen Beruf freigehalten. In seinen letzten beiden Jahren hat sie Übermenschliches geleistet.

Nun müssen wir Abschied nehmen von Burkard. Er wird in unseren



Herzen weiterleben und unvergessen bleiben: als begnadeter Zahnarzt, als vorbildlicher Hochschullehrer, als kreativer Geist, der mit seinen Beiträgen die Zahnerhaltung vorangebracht hat, als liebenswürdiger Kollege und zuverlässiger Freund.

Alle Mitarbeiter und Studierende der Universitätszahnklinik Würzburg, insbesondere die Mitarbeiter der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie und der Poliklinik für Kieferorthopädie, trauern um Privatdozent Dr. Burkard Hugo. Der Familie wünschen wir von Herzen viel Kraft, dieses ungnädige Schicksal anzunehmen und die tiefe Trauer bald zu überwinden.

## Impressum

Copyright 2006 **NEUE GRUPPE** Nachrichten. Herausgeber: **NEUE GRUPPE**, wissenschaftliche Vereinigung von Zahnärzten.

Redaktionelle Leitung: Dr. Udo Engel.

Die **NEUE GRUPPE** Nachrichten umfasst 2 Ausgaben pro Jahr. Die Zeitung und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt.

Internet Adresse: [www.neue-gruppe.com](http://www.neue-gruppe.com)

Email Adresse: [dr.u.engel@t-online.de](mailto:dr.u.engel@t-online.de)

Satz und Druck: System Systemtechnik, Stuttgart

