

HEFT 16, Frühjahr 2000

Inhalt

Risk Factors for
Periodontal Health

Die neue Fixturengeneration
des Brånemark Systems

Sofortbelastung in
der Implantologie

Kursberichte

19. Kongress der IAG, Sea Island
Immediate Implant Surgery, West Hartford
Bone Symposium, Bern
Didier Dietschi, Mainz/Kastel
Rose Marie Lohmiller, Frankfurt

Mitglieder

Bei einer Betrachtung der Geburtstage unserer Mitglieder bezogen auf die nächsten 5 Jahre muss man nüchtern feststellen, dass viele unserer Freunde nicht mehr im aktiven Berufsleben stehen werden. Dieses Ausscheiden der ersten Generation, die den Ruf der **NEUE GRUPPE** in der zahnmedizinischen Öffentlichkeit geprägt hat, wird eine neue Herausforderung für uns Jüngere bedeuten. Dieses soll jedoch nicht dazu führen, sofort möglichst viele Kandidaten für die **NEUE GRUPPE** zu finden.

In den letzten Jahren haben wir dieses Problem erkannt und neue Freunde aufgenommen. Die Integration, aus welchen Gründen auch immer, ist aber leider nicht in der gewünschten Form geschehen. Viele stehen noch abseits und es fehlt ihnen der persönliche Bezug zu uns. Die Frühjahrstagung bietet mit den Vorträgen aus den eigenen Reihen und der Rahmenveranstaltung diese Möglichkeit. Nur müssen sie auch kommen.

Erfreulich ist die Entwicklung der *Youngster*, die mittlerweile eine feste Organisationsform mit freundschaftlichen Verbindungen erreicht haben. Diese Gruppe ist offen für junge Zahnärzte in Aus- und Weiterbildung aus unserem Freundeskreis. Sehen Sie sich also in Ihrem Berufs- und Freundeskreis um und nennen Sie uns geeignete Zahnärzte, die wir in Zukunft in der **NEUE GRUPPE** als Freunde und Kollegen haben wollen.

Editorial



Mit herzlichen Grüßen
Rolf Hermann

Die Freunde der **NEUE GRUPPE** gratulieren Gründungsmitglied, Pastpräsident und Ehrenmitglied Knud Schmidt-Diemel herzlich zu seinem 75. Geburtstag, den er am 25. Februar feierte.

Ihren 65. Geburtstag feierten Ralph Stöhr am 4. Januar und Pastpräsident Eckard Jacobi am 21. Januar. Wir gratulieren von ganzem Herzen und wünschen beste Gesundheit.

Jörg Stoffregen (Beirat 1975-1979) wurde am 25. Februar 60 Jahre.

Die **NEUE GRUPPE** gratuliert herzlichst.

Peter Diedrich (Beirat 1988-1993) gratulieren wir von ganzem Herzen zu seinem 55. Geburtstag, den er am 24. Februar feierte.

Zum 50. Geburtstag am 7. Januar wünschen wir Hans-Georg von der Ohe alles Gute.

Allen Jubilaren herzliche Glückwünsche!

Glückwünsche



Risk Factors for Periodontal Health

von
Louis F. Rose

Philadelphia

Historically, the term focal infection was used at the turn of the century to describe the potential systemic dissemination of sepsis of oral origin that was purported to result in rather broad and generic systemic maladies in humans.(1) The concept fell out of favor because it was based on empirical observation that could not be substantiated with scientific evidence. More recently, the term periodontal medicine, was coined to describe a new field of investigation based on new data which suggest that periodontal infections contribute to the morbidity and mortality of certain systemic conditions, including atherosclerosis, myocardial infarction, stroke and premature delivery. Thus, the recent linking of periodontal infection with serious systemic conditions represents a „rediscovery“ of an association that has a rich anecdotal history but has eluded scientific validation. As with the evolution of most clinical disciplines, clinical observation and empiricism often have an element of truth but lack either definitive proof or disproof because of the limitations of scientific methodology.

Fascinating research has eroded the tradition-bound concept that oral infections such as periodontitis are simple local entities whose effects are limited to the oral tissues. While the clinical observations of many practitioners have long suggested that periodontal diseases can have widespread systemic effects, only recently has rigorous scientific investigation supported this concept.

In the past decade, a scientific renaissance has occurred with regard to advancements in molecular, statistical and biological techniques, enabling investigators to sort out the complexities of many human conditions that are polyfactorial in nature. Chronic diseases, such as arthritis, periodontitis, and atherosclerosis, have many risk factors that interplay over extended periods and collectively determine the onset and severity of the condition. Some contributing risk factors are genetic; others are behavioral; and many are the result of exposure. It is becoming increasingly clear that for much chronic diseases, no single risk factor or exposure can explain the disease patterns within the population - to understand these diseases we must simultaneously consider many non-dependent and interactive factors.

The literature has noted that periodontal disease, now recognized as bacterial infections are among the most common, chronic diseases of humans, affecting 5% to 39% of the adult population in the age group of 25 to 75+ years.(2-4) Periodontal diseases also are among the most important causes of pain, discomfort and tooth loss in adults. While a significant portion of the population is susceptible to periodontitis, there are those who are relatively resistant to the severe forms of periodontal disease. In addition to being a major cause of discomfort, disfigurement and tooth loss in the population, emerging evidence suggests that periodontitis increases the risk for certain systemic diseases such as heart disease,(5) low birth weight,(6) respiratory disease (7) and possibly other conditions.(8) It is clear then that prevention and treatment of periodontal disease are necessary to maintain periodontal health; without periodontal health, general health often is compromised.

Health sciences are in the midst of major transitions. In particular, the scientific and technologic paradigms of dentistry and medicine are changing as well as the management and financing of health care, the patterns of disease and the public expectations for „quality of life“.

It is clear then that host factors play major role in the pathogenesis of periodontal disease. Exogenous factors such as smoking, which alter im-



mune (9) function and tissue repair, or endogenous or intrinsic factors such as genetic predisposition to hyperproduction of cytokines, low production of antibodies or depressed neutrophils, can lead to marked changes in the disease process. These factors then modify the host response to periodontal infection, altering susceptibility to infection by periodontal organisms.

Two groups of systemic factors are associated with periodontal disease. One group includes smoking and diabetes mellitus, for which there is considerable evidence based on cross-sectional, longitudinal, intervention and mechanism studies and it is reasonable to call these true risk factors (10). Certainly, modification of these factors is important in the management of periodontal disease.

The second group of factors associated with periodontal disease is related to an earlier stage of development and understanding and is probably best called risk indicators at this point. These include osteopenia and osteoporosis; stress, distress and coping, dietary factors, including calcium and vitamin C and generic factors.

Bridging the gap between the dental and medical professions will provide better education, research and patient care. There is existing evidence that supports and strengthens the association and relationships between periodontal diseases and systemic diseases/conditions. Having this knowledge will allow the practicing clinician to enhance the medical-dental interface when evaluating a patient and will contribute to a continuing dialogue between the dentist and physician. Hopefully this information will stimulate the collaboration between physicians and dentists and serve as a basis for further studies to help improve the total health of our society. This effort should also prove useful to medical and dental students as well as those in residency training and postdoctoral studies. The management of health and disease will require interdisciplinary education, strategies and health care delivery. These scientific and technologic advances are creating new paradigms that will be interesting, as well challenging to resolve.

References

1. Newman, HN: Focal infection. J. Dent Res 75:1912-1919, 1996
2. Miller, AJ, Brunelle, JA Carlos JP, et al: Oral Health of US adults: national findings NIH Publications, Bethesda, MD National Institute of Dental Research, 1987.
3. Hugoson A, Jordan T: Frequency distribution of individuals according to severity of periodontal disease. Community Dent Oral Epidemiol 10 (4): 187-197, 1982.
4. Brown, LJ, Loe H: Prevalence, extent, severity and progression of periodontal disease. Periodontol 2000 2:57-71, 1993.
5. Genco, RJ: Periodontal disease and risk for myocardial infarction and cardiovascular disease. Cardiovasc Rev Rep 19 (3): 34-40, 1998.
6. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, et al: Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol 67 (10 Suppl) 1103-1113, 1996.
7. Scannapieco FA, Papandonatos GD, and Dunford, RG: Associations between oral conditions and respiratory disease in a national sample survey population. Ann Periodontol 3 (1) 251-256, 1998.
8. Scannapieco, FA: Periodontal disease as a potential risk factor for systemic diseases (position paper) J Periodontol 69 (7) 841-850, 1998.
9. Genco, RJ: Risk factors for periodontal disease. Periodontal Medicine, BC Decker publishers, Rose, Genco, Cohen, Mealey(Eds) 11-33, 1999.
10. Genco, RJ, Current view of risk factors for periodontal disease. J of Periodontol 1996 (supplement) 1041-1049.

Ein klinischer Erfahrungsbericht von Dr. Dr. med. Knut Schuppan, CIC - Cologne Implant Center

Seit 1980 betreibe ich im Zentrum von Köln eine Facharztpraxis für Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie als private Überweisungspraxis mit Schwerpunkt: Maxillo-Faziale-Implantat-Chirurgie. Seit Praxisgründung vor 20 Jahren setze ich routinemäßig Zahnimplantate und behandle zunehmend schwerpunktmäßig komplexe und diffizile Behandlungsfälle, die gewöhnlich anderenorts als zu schwer oder inoperabel eingestuft werden. Hier chirurgische Problemlösungen für implantatgestützten Zahnersatz zu finden, war stets mein ärztliches Anliegen.

Nur ein geeignetes Implantatsystem in Verbindung mit innovativen Behandlungsmethoden (Knochen transplantationen, augmentative Verfahren

Die neue Fixturengeneration des Bränemark Systems und deren Anwendung in unterschiedlichen Knochenqualitäten

von
Knut Schuppan

Köln



in Verbindung mit Thrombozytenkonzentrationen, Sinusbodenelevationen, Nervtranspositionen und prothetische Sofortversorgungen unter Zuhilfenahme von temporären Fixturen) kann helfen, diese schwierigen Fälle überhaupt erst funktionell und ästhetisch erfolgreich zu versorgen. Seit 1989 arbeite ich ausschließlich mit dem Bränemark System. Bis Mitte 1998 inserierte ich Standardfixturen, ab Juli 1998 war ich in den klinischen Test der Ebon / Mk IV - Fixtur und seit Anfang 1999 in die Untersuchung der Mk III - Fixtur involviert.

In unserem Überweisungsspektrum überwiegen Patienten mit mäßiger oder schlechterer Knochenqualität bzw. fehlendem Knochenangebot sowie fremd vorbehandelte Patienten, die mit dem bisherigen Ergebnis nicht zufrieden waren. Bei o.g. Patientenkreis haben wir in der Vergangenheit mitunter höhere Implantatverluste beobachtet. Einer der Gründe war die Schwierigkeit, eine ausreichend hohe Primärstabilität zu erzielen. Diese Herausforderung hat uns beizeiten veranlasst, das chirurgische Vorgehen zu modifizieren: Der Durchmesser der Vorbohrung für das Implantat wird möglichst klein gehalten, um unter Verwendung von Implantaten auch größeren Durchmessers, den umgebenden Knochen zu verdichten. Durch diese Maßnahmen können wir die Stärke und Steifigkeit des Knochen-Implantat-Interfaces, die man gewöhnlich als Primärstabilität bezeichnet, vor Eintreten der Osseointegration deutlich erhöhen. Bei besonders schlechten Voraussetzungen verlängerten wir schon immer die Einheilzeit als zusätzliche Sicherheitsmaßnahme.

Nobel Biocare hat 1998 und 1999 zwei revolutionäre Designveränderungen für Standardknochen der Qualitäten I - III und weichen Knochen der Dichte IV auf den Markt gebracht. Es handelt sich um die Fixturtypen Mk III und Mk IV. Der Firmenphilosophie treugeblieben, blieb die seit 35 Jahren bewährte Bränemark-Systemoberfläche unverändert. Die langzeitbewährten Standard- und Mk II - Fixturen bleiben vorerst im Produktionsprogramm.

Aufgrund des neuartigen Designs des Mk IV - Implantates erreicht man auch in sehr weichem Knochen eine hervorragende Primärstabilität als notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Implantatbehandlung. Bereits zum Zeitpunkt der Insertion führt das zu einer sehr festen Verbindung zwischen Knochen und Implantat.

Verlängerte Einheilzeiten zur Erhöhung des Behandlungserfolges sind in Knochen der Klasse IV nicht mehr notwendig. Die konische Form der ersten Gewindegänge sowie das doppeltschneidende Gewinde geben bereits beim Inserieren ein „Feedback“. Entlang der gesamten Fixtur wird der Knochen behutsam komprimiert. Die vier flachen Schneideflächen und der vergrößerte apikale Gewindeanteil ermöglichen - im Vergleich zur früheren Mk II - Fixtur - ein stabileres Einbringen. Auch die Mk IV-Fixtur größeren Durchmessers (WP) läuft ohne zu verkanten schnell und sanft ein. Das doppelte Gewinde verringert die Einbringzeit, nur jeder zweite Gewindegang passiert ein bereits angelegtes Gewinde, das bedeutet eine geringere Belastung der Gewinde, besonders in fragilem Knochen. Eine häufig fehlende marginale Kompakta wird durch den konischen Flansch der Fixtur optimal kompensiert. Es bleibt dem versierten Implantat-Chirurgen überlassen, auf den Versenkbohrer zu verzichten.

Diese Fixtur wird nun als Standard-Oberkiefer-Implantat für Klasse III und IV -Knochen empfohlen und ist mit den Durchmessern 4 mm und 5 mm zu erhalten.

Seit 2/2000 ist auch die Mk IV - Fixtur aus gehärtetem Titan Grad 1 mit



Stargrip erhältlich. Im Seitenzahnbereich verwende ich fast ausschließlich den Typ mit größerer Plattform (WP, 5mm Durchmesser). In Sinusaugmentate inseriert, halte ich es für das optimale Implantat.

In 9/1999 hat Nobel Biocare eine neue selbstschneidende Universalfixtur auf den Markt eingeführt. In diese Fixtur hat Nobel Biocare das Beste an Erfahrung aus der Standard -, der Mk II - und Mk IV - Fixtur einfließen lassen. Sie ist zur Implantation bei allen Indikationen anzuwenden, sofern ein ausreichendes Knochenangebot besteht und eine richtige okklusale Belastung gewährleistet ist. Das verbesserte apikale Gewinde der Mk III - Fixtur vergrößert den Gewindeanteil an der Fixturespitze und macht die Insertion stabiler.

Das doppelte Gewinde ermöglicht ein schnelleres Einsetzen der Fixtur, die Traumatisierung des umgebenden Knochengewebes wird reduziert. Die Mk III - Fixtur ist aus gehärtetem Titan Grad 1 gefertigt; Ergebnis sind eine Steigerung der Belastungsfähigkeit um 70% sowie der Dauerfestigkeit um 30%, ohne die langzeitbewährte Oberfläche verändern zu müssen. Die Fixtur wird in 3,3 mm (NP), 3,75 mm und 4mm (RP) sowie 5 mm und 5,5 mm (WP) Durchmesser angeboten.

Die neuen Fixturen von Nobel Biocare verzichten gänzlich auf den Gebrauch von Einbringpfosten und allen Verbindungselementen - sie werden durch den Fixtureneindreher Stargrip ersetzt. Er verbessert die Sicht auf den Fixturenkopf während der Insertion, die Einbringtiefe ist besser zu kontrollieren. Die Behandlung in den oft schwer zugänglich Seitenzahnbereichen ist deutlich übersichtlicher und geht schneller. Das ist nicht nur aus der Sicht des Patienten von Vorteil, sondern auch für den Behandler eine deutliche Erleichterung. Die Anzahl der Behandlungsschritte wird zusätzlich erheblich reduziert.

Für die tägliche Arbeit in unserem Implantationszentrum (CIC) mit Implantationen in einer Größenordnung von annähernd 1000 Implantaten/Fixturen pro Jahr bedeutet dies, dass wir mit diesen zwei neuen Implantaten alle anfallenden Indikationen abdecken können. Ich verwende und empfehle aufgrund unserer klinischen Erfahrungen in der Knochenqualität I - III die Mk III - Fixtur und in der Knochendichte IV die Mk IV - Fixtur.

Das Brånemark System setzt mit diesen Entwicklungen erneut Standards in der Implantologie und reduziert zugleich die Diskussionswürdigkeit um ständig wechselnde neue Implantatoberflächen auf ein Minimum.



Sofortbelastung in der Implantologie

von
Dietmar Weng

Würzburg

Eine moderne zahnärztliche Therapie ist ohne die dentale Implantologie nicht mehr denkbar. Seit ihren Anfängen vor über 30 Jahren hat sich ihr Indikationsspektrum immer mehr erweitert und die eng gezogenen Grenzen ihrer Einsatzbereiche sind lange schon gesprengt. Die bedingt abnehmbare Extensionsbrücke des zahnlosen Unterkiefers wurde im Lauf der Jahre in ihrer Bedeutung relativiert, dadurch dass Implantate zur Therapie von Einzelzahnlücken, ein- und doppelseitigen Freiendsituationen, zur Anfertigung von Zahn-Implantat-Verbundbrücken und als Retentionselemente für herausnehmbaren Hybrid-Zahnersatz eingesetzt wurden (Jemt et al. 1989, Adell et al. 1990, Henry et al. 1996, Naert et al. 1997, Gunne et al. 1999).

Der bedeutendste Negativeffekt der Implantologie besteht in den langen Wartezeiten, die vom Zeitpunkt der Implantatinserktion bis zur Eingliederung des implantatverankerten Zahnersatzes vergehen. Ausgehend vom ersten erhältlichen zweiteiligen und zweiphasigen Implantatsystem musste mit einer Gesamtbehandlungszeit von 6 bis 9 Monaten gerechnet werden (3 bis 6 Monate submuköse Einheilung, 4 bis 6 Wochen Weichgewebsabheilung nach Implantatfreilegung, 8 Wochen prothetische Phase). Bald jedoch gelang es anderen Implantatsystemen (einteilig und einphasig), durch eine offene Einheilungsphase die Freilegungsoperation und insbesondere die damit verbundene Weichgewebsabheilung zu vermeiden und dadurch Zeit einzusparen.

Anfang der 1980er Jahre wurde versucht, die Behandlungszeit dadurch zu verkürzen, dass eine Grundforderung der Implantologie in Frage gestellt wurde: die Unter- und Oberkiefer-Einheilungszeit von 3 bzw. 6 Monaten. Ledermann (Ledermann 1980) belegte als erster, dass die Belastung von 4 Implantaten im Interforaminalbereich des zahnlosen Unterkiefers bereits einen Tag nach Insertion funktioniert. Die Vorteile dieses Konzeptes waren offensichtlich: Nicht nur verringerte sich die Behandlungszeit, auch verließ der Patient bereits einen Tag nach der Implantation die zahnärztliche Praxis mit funktionell belastbarem Zahnersatz. Bei Ledermanns Methode wurden die vier interforaminären Implantate über einen Steg primär verblockt und gegeneinander stabilisiert. Die Belastung der Implantate erfolgte mit einer implantatretinierten Hybridprothese über Stegreiter. Seine Erfolgsraten mit diesem Vorgehen lagen bei 92,3% (Ledermann 1983). Ebenso berichteten Chiapasco und Mitarbeiter (Chiapasco et al. 1997) in einer retrospektiven Studie nach Anwendung der gleichen Technik wie Ledermann von einer Erfolgsrate von 96,9% während einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 6,4 Jahren (Ledermann 1980).

Die Idee der Sofortbelastung wurde erst Jahre später wieder aufgegriffen und dann auch bei anderen prothetischen Versorgungen angewandt. Schnitman und Mitarbeiter (Schnitman et al. 1997) veröffentlichten eine prospektive Studie über 10 Jahre zur sofortigen Belastung von 3 bis 6 Implantaten im Unterkiefer mit provisorischen Kunststoffprothesen, die nach einer Wartezeit von 3 Monaten durch definitive Brücken ersetzt wurden. Die Überlebensrate der sofort belasteten Implantate lag bei 84,7%, wobei erwähnenswert ist, dass jedes der 4 Implantate, die verloren gingen, in einer Distalposition lokalisiert war. In mindestens 3 dieser Fälle wäre deshalb auch eine Überlastung durch das Extensionsglied als Grund für den Verlust denkbar.

Tarnow und Mitarbeiter (Tarnow et al. 1997) führten ebenfalls eine prospektive Studie zur Sofortbelastung zahnloser Kiefer durch, wobei in ihrer



Untersuchung nicht nur Unterkiefer, sondern auch Oberkiefer versorgt wurden. In einem Zeitraum von 1 bis 5 Jahren verloren sie lediglich 3 von 69 Implantaten, und alle innerhalb der ersten 4 postoperativen Monate. Die Anzahl der sofort belasteten Implantate lag bei 4 bis 10 je Kiefer. In einer anderen Untersuchung mit vielversprechenden Ergebnissen versuchten Balshi und Wolfinger (Balshi & Wolfinger 1997), interindividuelle Variablen dadurch zu standardisieren, dass bei allen Patienten vier über den gesamten Zahnbogen verteilte Implantate im Unterkiefer mit einem fest-sitzenden Provisorium sofort belastet wurden.

Abgesehen von den erwähnten prospektiven und retrospektiven Studien gibt es eine Reihe weiterer Untersuchungen und Fallberichte über die sogenannte Sofortbelastung von Implantaten (Lefkove & Beals 1990, Henry & Rosenberg 1994, Salama et al. 1995, Randow et al. 1999). Bei gründlicherer Betrachtung muss jedoch festgestellt werden, dass es sich dabei kaum um echte Sofortbelastung im Sinne einer direkten Belastung der Implantate innerhalb kürzest möglicher Zeit nach Einbringen der Implantate handelt. Zur eindeutigeren Definition des Begriffes sollte aus zeitlicher Sicht von Sofortbelastung nur dann gesprochen werden, wenn die Belastung eines Implantates mit einer provisorischen Krone oder mit einem Verankerungselement der Hybridprothetik innerhalb von 24 Stunden nach chirurgischer Implantatsetzung erfolgt. Die Länge der Zeitspanne zwischen Implantation und Belastung sollte dabei nur im zahntechnischen Herstellungsprozess der Suprakonstruktion begründet sein. Diese Definition erscheint aus zwei Gründen plausibel: Einerseits gehen auf Grund von Verbesserungen in der Implantatoberflächentechnologie die Empfehlungen der Implantathersteller hin zu immer kürzer werdenden Standardheilungszeiten (6 bis 8 Wochen für Ober- oder Unterkiefer). Mit anderen Worten: Im Laufe der ersten 7 bis 10 Tage nach Implantatinsertion laufen bereits wesentliche Schritte der Wundheilung an der Implantatoberfläche ab. Andererseits nehmen durch einen größeren zeitlichen Abstand zwischen Implantation und Belastung patientenspezifische Parameter zunehmenden Einfluss auf die Wundheilung und verringern so die interindividuelle Vergleichbarkeit.

Weniger einfach verhält es sich mit der Definition von Sofortbelastung in funktioneller Hinsicht: Darf sich nur die sofortige Belastung eines oberen Eckzahnimplantats in statischer und dynamischer Okklusion Sofortbelastung nennen, oder darf auch die Belastung durch eine weichbleibend unterfütterte Totalprothese auf nach der Implantation aufgeschraubten Heilungsdistanzhülsen dazu gezählt werden? Als ganz belastungsfrei kann nur ein Implantat bezeichnet werden, dessen umgebendes Knocheniveau bündig mit der Abdeckschraube ist und das submukös ohne jegliche provisorische Versorgung einheilt. Für den Bereich des implantatretinierten Zahnersatzes mit Elementen aus der Hybridprothetik sollte definiert werden, dass als Sofortbelastung die direkte Verbindung eines hybriden Elements (Steg, Kugelkopf, Magnet) mit abnehmbarem Zahnersatz innerhalb des o.g. Zeitraumes anzusehen ist. Bei fest-sitzenden, implantatgetragenen provisorischen Versorgungen wird in den meisten Fällen der Grad der verwirklichten Belastung von der Anzahl der miteinander verblockten Implantate abhängen: Während ein Einzelzahnimplantat im Frontzahnbereich eher in Infra- oder gar Nonokklusion gesetzt werden wird, werden sich dynamische Okklusionskontakte bei der Sofortbelastung von 6 Implantaten im zahnlosen Unterkiefer mit einer Kunststoffbrücke nie vermeiden lassen. Deswegen sollte die funktionelle Seite bei der Definition der Sofortbelastung mit fest-sitzendem Zahnersatz flexibler gehandhabt werden: Sofortbelastung bedeutet die sofortige Eingliede-

Literaturverzeichnis

1. Jemt, T., Lekholm, U., Adell, R. (1989) Osseointegrated implants in the treatment of partially edentulous patients: A preliminary study on 876 consecutively placed fixtures. *Int J Oral Maxillofac Implants* 4,211-217.
2. Adell, R., Eriksson, B., Lekholm, U., Branemark, P. I., Jemt, T. (1990) Long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants* 5,347-359.
3. Henry, P. J., Laney, W. R., Jemt, T., Harris, D., Krogh, P. H., Polizzi, G., Zarb, G. A., Herrmann, I. (1996) Osseointegrated implants for single-tooth replacement: A prospective 5-year multicenter study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 11,450-455.
4. Naert, I. E., Hooghe, M., Quirynen, M., van Steenberghe, D. (1997) The reliability of implant-retained hinging overdentures for the fully edentulous mandible. An up to 9-year longitudinal study. *Clin Oral Investig* 1,119-124.
5. Gunne, J., Astrand, P., Lindh, T., Borg, K., Olsson, M. (1999) Tooth-implant and implant supported fixed partial dentures: A 10-year report. *Int J Prosthodont* 12,216-221.
6. Ledermann, P. (1980) Die plasmabeschichtete Titanschraube als enossales Implantat. *Methodik der Implantation und der postoperativen Versorgung*. *Dtsch Zahnärztl Z* 35,577-579.
7. Ledermann, P. D. (1983) Sechsjährige



klinische Erfahrungen mit dem titanplasma-beschichteten ITI-Schraubenimplantat in der Regio interforaminalis des Unterkiefers. Schweiz Monatsschr Zahnmed 93,1070-1089.

8. Chiapasco, M., Gatti, C., Rossi, E., Haefliger, W., Markwalder, T. H. (1997) Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading. A retrospective multicenter study on 226 consecutive cases. Clin Oral Impl Res 8,48-57.

9. Schnitman, P. A., Wöhrlé, P. S., Rubenstein, J. E., DaSilva, J. D., Wang, N. H. (1997) Ten-year results for Branemark implants immediately loaded with fixed prostheses at implant placement. Int J Oral Maxillofac Implants 12,495-503.

10. Tarnow, D. P., Emtiaz, S., Classi, A. (1997) Immediate loading of threaded implants at stage 1 surgery in edentulous arches: Ten consecutive case reports with 1- to 5-year data. Int J Oral Maxillofac Implants 12,319-324.

11. Balshi, T. J., Wolfinger, G. J. (1997) Immediate loading of Branemark implants in edentulous mandibles: A preliminary report. Implant Dent 6,83-88.

12. Lefkove, M. D., Beals, R. P. (1990) Immediate loading of cylinder implants with overdentures in the mandibular symphysis: The titanium plasma-sprayed screw technique. J Oral Implantol 16,265-271.

13. Henry, P., Rosenberg, I. (1994) Single-stage surgery for rehabilitation of the edentulous mandible: Preliminary results. Practical Periodontics & Aesthetic Dentistry 6,15-22.

14. Salama, H., Rose, L. F., Salama, M., Betts, N. J. (1995) Immediate loading of bilaterally splinted titanium root-form implants in fixed prosthodontics - A technique reexamined: Two case reports. Int J Periodont Rest Dent 15,345-361.

15. Randow, K., Ericsson, I., Nilner, K., Petersson, A., Glantz, P.-O. (1999) Immediate functional loading of Branemark dental implants. An 18-month clinical follow-up study. Clin Oral Impl Res 10,8-15.

nung eines Provisoriums in Form einer Zahnkrone. Selbst wenn dabei die effektive Belastung (etwa bei Einzelzahnimplantaten) durch Einschleifen einer Infra- oder Nonokklusion reduziert wird, bleibt doch durch die vertikale Ausdehnung des Provisoriums eine Belastung durch Wange, Zunge und Speiseboli beim Kauen übrig, die diejenige einer nur geringfügig über dem Schleimhautniveau liegenden Heilungsdistanzhülse übersteigt.

Sofortbelastung von Implantaten sollte aus diesen Gründen zusammenfassend folgendermaßen definiert werden:

Zeitlich: Belastung innerhalb von 24 Stunden nach Implantation

Funktionell: Belastung über direkte Verbindungselemente (Steg, Kugelkopf, Magnet) bei hybriden Versorgungen; Belastung über zahnkroneförmige Provisorien in Voll-, Infra- oder Nonokklusion bei festsitzenden Versorgungen.

Angesichts dieser Definition von Sofortbelastung erscheint es gerechtfertigt, unter der Vielzahl von Veröffentlichungen zu diesem Thema echte Sofortbelastung von verzögerter Sofortbelastung zu differenzieren; so etwa in der Studie von Randow und Mitarbeitern (Randow et al. 1999), in der alle Patienten in der so genannten Sofortbelastungs-Gruppe (experimental group) in den ersten 10 postoperativen Tagen ohne jegliche Versorgung blieben. Am 10. Tag wurde dann die ursprünglich vorhandene Prothese ausgeschliffen, weichbleibend unterfüttert und auf Heilungsdistanzhülsen abgestützt. Schließlich wurde erst nach einem Zeitraum von 20 Tagen eine definitive rein implantatgetragene Brücke eingesetzt. Trotzdem bezeichnen die Autoren bei diesem Vorgehen die Implantate als „immediately loaded following placement“.

Bei der Anwendung von Sofortbelastung stellt sich abschließend die Frage nach den Bedingungen, unter denen diese durchführbar ist. Neben einem höheren präoperativen und zahntechnischen Aufwand muss dabei vor allem absolute Primärstabilität der zu belastenden Implantate vorliegen. Da objektive Kriterien für die Feststellung der Primärstabilität fehlen bzw. es keinen gesicherten Zusammenhang zwischen dem Grad der Primärstabilität und dem Langzeiterfolg eines sofort belasteten Implantates gibt, verwendet der Autor sowohl bei der Insertion von Sofortimplantaten in Extraktionsalveolen als auch bei Spätimplantaten zwei Kriterien zur Bestimmung, ob ein Implantat sofort belastet werden kann oder nicht: Beim Abschrauben des Implantateinbringpfostens werden keine Maßnahmen zur Neutralisierung eines „removal torque“ ergriffen, d.h. das Implantat darf sich nicht wieder aus seiner Kavität heraus bewegen, wenn die Halteschraube des Einbringpfostens gelöst wird. Des Weiteren wird das bei der Insertion erzeugte Drehmoment durch den verwendeten chirurgischen Motor (INTRAsurg® 500, KaVo) mitprotokolliert. Nur bei Implantaten, die einen Wert von 20 Ncm überschreiten wird überhaupt sofort belastet. Je nach Anzahl der im Provisorium zu einem Block zusammen gefassten Implantate sollte das Einbringdrehmoment zwischen 20 und 32 Ncm liegen.



19. Kongress der Internationalen Akademie der Gnathologie (Amerikanische Sektion) vom 27.- 31. Oktober 1999 in „The Cloister“, Sea Island, Georgia.

19. Kongress der IAG Sea Island, Georgia

Kaum ist das Flugzeug in Jacksonville gelandet, ist man schon im amerikanischen Bundesland Georgia, das seinen Namen von König Georg II hat. Dieser Ort befindet sich ziemlich nahe der Küste, in der atlantischen Niederung, die aus Sandschüttungen und Schwemmland besteht, das zuerst hügelig und dann ganz flach, schließlich von brackischen Wasserarmen und Buchten zerschnitten, sich in den Sea Islands auflöst.

von
Peter Fuchs

Chiemsee

Diese Sea Islands sind eine Inselkette, die vom Festland getrennt, von Georgia bis South Carolina reicht.

Nach einstündiger Fahrt von Jacksonville kommt man am Tagungsort „The Cloister“ an. Der Name kommt wohl von einem im Hauptgebäude befindlichen, einem französischen Kloster nachempfundenen Kreuzgang. Der Komplex besteht aus dem Hauptgebäude und einer Anzahl von Apartments und Wirtschaftsgebäuden, die insgesamt die Grösse eines kleinen Dorfes erreichen.

Alles gehört einer Familie, die dieses Wirtschaftsunternehmen professionell betreibt.

Eine gute Idee, hier, wo man sich inmitten der schönsten Küstenlandschaft befindet und daneben alle Bequemlichkeiten für den Gast hat, einen Kongress abzuhalten.

Das Thema des Kongresses lautete:

Okklusion - Erforschen von Unterschieden, Akzeptieren von Gemeinsamkeiten.

Ziel des Programmes war:

Zum ersten Mal in der Geschichte stellt sich diese Organisation das Ziel, bei ihrem Treffen alle zwei Jahre, die Welt der Zahnheilkunde vorzustellen und gleiche Denkansätze bei den Prinzipien der Okklusion zu finden. Die führenden Lehrer der Okklusion in der Welt werden sich versammeln, um ihre Vorstellungen zu teilen und auszutauschen. Unser Wahlspruch: Ein offener Markt für den Austausch von Wissen wird bei diesem historischen Treffen anschaulich gemacht.

1. Tag

Das Treffen dauerte von Mittwoch bis Samstag. Am ersten Tag nachmittags sprach Dr. McHorris nicht zum ersten Mal über die „Geschichte der Gnathologie“. Ergänzt wurde der Vortrag von P. Dawson, der über die Fragwürdigkeit der Biopsychosozialen Erklärungsversuche für die Rolle der Okklusion sprach: „Klares Denken hinsichtlich der Rolle der Okklusion und des Mastikatorischen Systems wird von ihm gefordert.“

2. Tag

Der zweite Tag begann mit einem Vortrag von „D. Young“ über „Die Brücke zu den Möglichkeiten des Lebens“. Ein Vortrag über Lebenshilfe, Bewältigung von Schwierigkeiten. Die Zukunft gehört denen, die Dinge erkennen, bevor sie offensichtlich werden. Insgesamt ein interessantes Thema - auch wenn es mit Gnathologie nicht unmittelbar zu tun hatte.

Die nächsten Vorträge kamen zur Sache. A. Brodine aus Rochester, New York eine sehr sympathische „Neuerscheinung“, sprach über „evidence based dentistry“. Wobei von Gnathologie eigentlich weniger die Rede war. Das ist bedauerlich, denn gerade systematische Untersuchungser-



gebnisse für dieses Spezialfach und entsprechende Statistiken wären von Bedeutung gewesen. Es folgte ein Vortrag von Grätz aus Zürich über Behandlungsabläufe in Orthognathologischer Chirurgie, interessant und informativ.

Kordas aus Greifswald informierte über Diagnostik von Funktionsstörungen mit Hilfe von computergestützten Hilfsmitteln in Form eines virtuellen Artikulators. Er beschrieb die Vorteile und Ergebnisse dieses Verfahrens. N. Hammer aus Boston, Mass. als nächster Vortrag, sprach über die Verwendung von Präzisionsgeschieben und Halteelementen für abnehmbaren Zahnersatz. Dieses wurde besonders hinsichtlich der richtigen Auswahl dieser Geschiebe nach unterschiedlichen Gesichtspunkten diskutiert. Der nächste Sprecher, R. Klett aus Würzburg, international kein Unbekannter, sprach über neue Aspekte von computergestützten Registrierungen am Beispiel des Condylcomp LR3. Leider funktionierte bei der Präsentation nicht alles in einem vertretbaren Zeitraum, so dass dem Auditorium zumindest klar war, dass die neuen Aspekte „schwierig“ darzustellen sind. Als Abschluss der Vormittagssitzung sprach „Russ“ DeVreugd aus Grand Rapids, Minnesota, über okklusale Morphologie der Seitenzähne und den von ihm konzipierten okklusalen Kompass. Nach seinen Ausführungen kann man mit diesem Kompass besser seinen Weg finden durch die vielen unterschiedlichen Konzepte hinsichtlich der Gestaltung der okklusalen Morphologie. Ein beeindruckender Vortrag.

Am Nachmittag zwischen zwei und fünf waren Table clinics angesagt worden. Eine Reihe von Vortragenden - so R. DeVreugd, Klett, neben anderen auch V. Troeltzsch aus Ansbach verschiedene interessante gnathologische Beiträge leisteten. Etwas Pech hatte D. Edinger aus Hamburg mit seinem Robot System (Rosi), das auf dem Flug irgendwo hängen geblieben war. Diese Demo wurde dann am nächsten Tag nachgeholt.

3. Tag

Der dritte Tag wurde von T. Basta (Saratoga, Californien) eröffnet, der die Lösung schwieriger okklusaler Probleme behandelte. Anschließend sprach - klar und kompetent wie immer - A. Hannam aus Vancouver über funktionelle Biomechanik und Okklusionsbeziehungen, wobei der Einfluss der Computertechnologie auf die Okklusionsforschung dargestellt wurde. Er betonte, dass okklusale Funktionen sich in ihrem Ablauf schwierig darstellen lassen, so dass man diese Probleme nur dadurch umgehen kann, dass biotechnische Systeme diese Funktion computergestützt darstellen und damit Dysfunktionen erkennbar ablaufen.

Nach der Kaffeepause sprach B. Mealey (Niceville, Florida) über die gegenseitige Beeinflussung von systemischer und oraler Gesundheit. Nicht nur das Allgemeinbefinden hat einen deutlichen Einfluss auf die „Mundhöhle“, sondern Parodontalerkrankungen können zur Entwicklung und Beeinflussung des klinischen Verlaufes von kardiovaskulären Erkrankungen, zu Erkrankungen der Atemwege, bei Diabetes oder bei der Schwangerschaft beitragen.

Der interessante Vortrag ging auch auf Osteoporose, Nikotinabusus und Systemerkrankungen in ihrer Beeinflussung auf die Mundhöhle ein.

S. Lewis (Loveland, Ohio) äusserte sich über Behandlungsplanung beim teilbezahnten Implantatpatienten. Einige seiner angesprochenen Gesichtspunkte waren Zahl und Positionierung der Implantate. Vorteil strategischer Extraktionen und das Verhältnis zwischen Kronen und Implantatlängen. Wesentliche Gesichtspunkte waren auch Okklusion und Artikulation.

H. Gremillion aus Gamesville, Florida, untersuchte die Grenzflächen der Okklusion im Hinblick auf die dynamische Natur des Systems. Der Vortrag gab Aufschluss über den Einfluss biomechanischer Kräfte auf die har-



ten und weichen Stützstrukturen, das Kiefergelenk und die neuromuskulären Grenzstrukturen. Interessant, wenn auch nicht ganz neu.

4.Tag

Der erste Redner war C. Wold aus (Salem, Oregon), mit dem Thema - bioesthetic dentistry-. Hier ging es mehr um ein schönes Lächeln und gesunde Zähne ein Leben lang. Es wurde auf die Bemerkung wert gelegt, dass die Zähne in Harmonie mit dem Kiefergelenk funktionieren müssen, damit die natürliche Schönheit eines Lächelns sichtbar wird. Nächster Beitrag war von J.Baker aus Florida, der Chairman des Ausbildungsdepartments des Panky Institutes ist. Er nahm besonders zur Wirksamkeit von Aufbissbehelfen Stellung und legte anhand von einigen klinischen Fällen dar, wie okklusale und parodontale Konzepte benötigt werden, um dauernden Erfolg bei komplizierten Restaurationen zu sichern.

S. Meitner (N.Y.) sprach über Langzeitergebnisse der Glickmanschen Untersuchungen. Ein Teil dieser Untersuchungen wurde am Totenkopffäffchen durchgeführt und gab einen interessanten Einblick in die Wechselwirkungen von okklusalem Trauma und Periodontitis, ein lang kontrovers diskutiertes Thema. Vorletzter Redner des Vormittags war J. Hockel aus Walnut Creek, Californien. Er sprach über orthopädische Gnathologie, die mit Crozat-Apparaturen arbeitet. Die mit dieser Methode erreichten organischen Okklusionsverhältnisse wurden dargestellt.

Den Abschluss der Vormittagsveranstaltung übernahm R. Roth aus Burlingame, Kalifornien. Ein Redner, der auch die europäische Kieferorthopädie mit seinen Vorstellungen über viele Jahre beeinflusst hat. Er äußerte sich in der Form, dass Orthopädie sich jahrzehntelang nicht ausreichend mit der Okklusion befasst hatte. Roth betonte, dass derzeitige orthopädische Behandlungsmethoden, die okklusale Konzepte und Beziehungen zum Kiefergelenk ausklammern, falsch sind.

Den Ausklang des Tages stellte die Diskussion (Panel Diskussion) am Nachmittag von über zwei Stunden Dauer dar. Dieser Tagungsteil war nicht besonders ergiebig, da bedauerlicherweise immer wieder Grundsatfragen aus dem Auditorium diskutiert werden, die doch irgendwann einmal schon im Konsens als gelöst betrachtet worden waren.

Besonderes Lob gebührt hier A. Hannam, der auch am Panel teilnahm und als Muskelphysiologe eine Reihe von unklaren Vorstellungen zu rechtrücken konnte. Im Ganzen: Nicht viel Neues.

Einen stimmungsvollen Abschluss der Tagung , bei der ich nur wenige deutsche Kollegen und kaum Freunde der **NEUE GRUPPE** gesichtet habe, bildete der Dinner Dance im Plantation Ball Room.

Zum Ende des Jahres machten sich noch einmal Interessierte auf den Weg in die USA, um in der Praxis von David A. Gelb und Edward H. Karl Techniken der Sofortimplantation in mehreren demonstrierten Fällen zu studieren. Die Reisegruppe, bestehend aus Mitgliedern der **NEUE GRUPPE** und einigen Nichtmitgliedern, machte sich am 23.11.99 von unterschiedlichen Startflughäfen aus auf den Weg, um sich am gleichen Tag in New York zu treffen.

Schnee und vereisende Tragflächen hinderten ausgerechnet den erfahrenen Piloten und Organisator der Veranstaltung Rolf Herrmann daran,

Immediate Implant Surgery

von
Jürgen Menn

Hilchenbach



rechtzeitig mit seiner Linienmaschine in New York zu sein. In Sorge um die Anwesenheit der übrigen Teilnehmer startete er dann eine nächtliche Anrufaktion, die ihn zwar ruhiger schlafen ließ, die Angerufenen jedoch um den bekanntermaßen besten Schlaf der ersten Stunde brachte. Pünktlich um sieben Uhr startete die Gruppe mit einem gemieteten Bus zu einer mehr als dreistündigen Fahrt nach West Hartford, etwa auf der Hälfte des Weges zwischen New York und Boston gelegen.

Mit etwas Verspätung erreichten wir die in einem sehr schön und repräsentativ umgebauten ehemaligen Armeearsenal befindliche Gemeinschaftspraxis. Nach herzlicher Begrüßung und kurzer Unterweisung in den Ablauf des Programmes erhielten die ohne Frühstück angereisten Kursteilnehmer zunächst einmal Gelegenheit zu einer Stärkung mit Kaffee und Donuts.



Dr. Gelb hatte ein Programm aus fünf OPs zusammengestellt. Aufgrund der räumlichen Gegebenheiten konnte ein Teil der Kollegen direkt und ein Teil über eine Videoprojektion im Nachbarraum die OPs beobachten. In entspannter Atmosphäre entwickelte sich eine die operativen Eingriffe begleitende Kommunikation, in die auch die Patienten einbezogen wurden. Der routinierte, schnell und sicher arbeitende Operateur ging jederzeit auf Fragen der Kursteilnehmer ein. Ungewöhnlich für deutsche Verhältnisse war, dass sich in einem Falle auch die Ehefrau eines Patienten (keine Kollegin) im Kreise der videoschauenden Kollegen einfand und vom Operateur geschickt in das Geschehen einbezogen wurde. So werden Geheimnisse zwischen Eheleuten vermieden - eine vorzügliche Marketingstrategie!

Fragen gab es genug, denn das von Dr. Gelb vorgestellte Konzept der Sofortimplantation wich doch in einigen, wesentlichen Punkten von unseren bisherigen Vorstellungen ab. So spielte der Zustand der Alveole und des umgebenden Gewebes nach Extraktion nahezu keine Rolle für die Implantation. Nach äußerst schonender Extraktion, bei der jeglicher Kno-



chenverlust vermieden wurde, erfolgte eine sorgfältige Kürettage des Alveolarknochens. Einige Alveolen waren derart entzündet, dass eine Anästhesie nur mit Mühe zu erzielen war. Im Unterkiefer wurde lediglich in terminaler Anästhesie operiert, um eine Schädigung des N. mandibularis mit Sicherheit auszuschließen.

Dr. Gelb verwendet zur Implantation ausschließlich Bränemark Implantate. Bei ausgedehnten Knochendefekten mussten die Implantate eine entsprechende Länge aufweisen, um eine ausreichende Primärstabilität zu erzielen. Der verbliebene Knochendefekt und freiliegende Implantatflächen wurden mit DFDBA aufgefüllt bzw. abgedeckt. Die obligate Frage deutscher Kollegen nach der Unbedenklichkeit dieses Materials wurde erwartungsgemäß mit dem Hinweis auf die Sicherheit der amerikanischen Knochenbanken und die Vielzahl der mit diesem Material durchgeführten Eingriffe beantwortet. Ein primärer Nahtverschluß wurde nicht angestrebt, um eine Abflachung des Vestibulums zu vermeiden und eine ausreichende Breite angewachsener Gingiva auf der vestibulären Implantatfläche zu erhalten. Es kamen ausschließlich nicht resorbierbare e-PTFE Membranen zum Einsatz, jedoch eher nur in Ausnahmefällen, um den DFDBA zu schützen. Die routinemäßige postoperative, medikamentöse Therapie bestand aus Schmerzmitteln (Ibuprofen), Chlorhexidin-Spülungen und einer zehntägigen Antibiotikagabe.

Beim Sinuslift kommt ebenfalls DFDBA als Augmentationsmaterial zum Einsatz. Eine Abdeckung mit einer Membran erfolgte nicht.

Die Vorteile der von Dr. Gelb vorgestellten Methode der Sofortimplantation liegen auf der Hand:

- ein erheblicher Zeitgewinn
- die Vermeidung eines Zweiteingriffs
- die Vermeidung des Alveolarkollaps nach erfolgter Extraktion.

In einer Fallstudie von 50 Fällen sind 98% osseointegriert, so dass der Schluß naheliegt, in der Methode keine größeren Risiken zu sehen, als in einem zweizeitigen Vorgehen. Zweifel müssen da jedoch bleiben, wenn man bedenkt, welch hohen Entzündungsgrad einige Alveolen aufwiesen, in die implantiert wurde. Sicher spielt bei dem Bemühen, möglichst schnell ein Behandlungsergebnis zu erzielen, auch die besondere Situation der Praxis Dr. Gelb eine nicht unerhebliche Rolle. Patienten, die zum Teil weite Anreisewege hinter sich haben, ggf. von Kontinent zu Kontinent, sind nicht erfreut, wenn sie nach einer zehnmütigen Extraktion wieder nach Hause geschickt werden - es soll dann schon ein wenig mehr gemacht werden!

Auch die Tatsache, dass dem primären Nahtverschluß keine besondere Bedeutung beigemessen und meist keine Membran verwandt wurde - es blieb DFDBA um die Schrauben in der offenen Naht sichtbar - ist mit unseren bisherigen Vorstellungen nur schwer vereinbar.

Das fachliche Können, das der Operateur eindrucksvoll demonstrierte, macht Glauben, dass die vorgestellte Behandlungsmethode ein eleganter und schneller Weg zum Ziel ist, aber vielleicht nicht für jeden.

Der spannende und interessante Tag schloss mit einem Dinner im Tumblebrook Country Club, in dem Dr. Gelb offensichtlich ebenso erfolgreich Golf spielt, wie er in seiner Praxis implantiert. Aus diesem Grunde sprach er die Einladung aus, bei einem erneuten Besuch, zu einer anderen Jahreszeit, Fortbildung in Implantation mit (Fortbildung in?) Golfspiel zu verbinden. Für Golfer sicher eine reizvolle Offerte.

Während des Dinners sahen wir noch ein Video über die Präsentation der Behandlungsmethode und der Untersuchungsergebnisse, die Dr. Gelb bei der Tagung der amerikanischen Fachgesellschaft gegeben hat. Die amerikanischen Kollegen waren offensichtlich ebenso beeindruckt wie wir.

Nach der Fortbildung und dem köstlichen Dinner fuhr eine erschöpft schweigende, weil weitgehend schlafende, Gruppe wieder nach New York zurück. Dem Organisator sei gedankt für seine Mühe, in vielen Telefonaten und Schreiben für uns diesen Tag arrangiert zu haben.

Kongressbericht vom Bone Symposium am 10./11.12.1999 in Bern

von

Ulrich Konter

Hamburg

Mehr als 1000 Teilnehmer aus 35 Ländern (davon ca. 150 aus dem deutschsprachigen Raum) nutzten im weihnachtlich geschmückten Bern die Gelegenheit, ein Update über den aktuellen Stand der Knochenregeneration in der Implantologie zu erhalten.

Prof. Daniel Buser hatte in enger Zusammenarbeit mit Prof. Myron Nevins von der Harvard Universität in Boston ein hochrangig besetztes Vortragsprogramm zusammengestellt. Das Programm war in vier Sektionen eingeteilt.

1. Knochenintegration von Titanimplantaten

Prof. Schwartz (Jerusalem) stellte die Bedeutung der Oberflächenrauigkeit bei der Interaktion zwischen dem eingebrachten Titan und dem Knochen heraus. Seine Ergebnisse zeigten, dass eine raue Implantatoberfläche die Osteoblastenproliferation, Differenzierung, Matrixsynthese und Produktion von Wachstumsfaktoren fördert.

Dr. Wennerberg (Göteborg) betonte in ihrem Vortrag die Bedeutung der Oberflächentopographie des Implantatkörpers für das Ausmaß des Knochen-Implantatkontaktes. Dabei weisen sandgestrahlte Implantatschrauben in ihren Untersuchungen einen signifikant höheren Anteil an Knochen-Implantatkontakt auf. Dr. Wennerberg veranschaulichte die Notwendigkeit zur Vergleichbarkeit profilometrischer Analysen.

Prof. Schenk (Bern) überzeugte mit seinen unübertroffenen Knochenhistologien, an denen er die Biologie der Knochenregeneration herausarbeitete. Er stellte die besondere Bedeutung der Angiogenese im Knochenregenerat heraus: die sich neu bildenden Blutgefäße bilden die Leitschiene für das primäre Spongiosanetzwerk und beeinflussen unmittelbar die topographische Ausrichtung der Osteoblasten. Mechanische Ruhe durch ausreichende Primärstabilität des Implantates bzw. Fixierung des Augmentates ist in dieser Phase von elementarer Bedeutung für die Angiogenese und die Osteoblastenproliferation.

Schenk betonte ebenfalls die Bedeutung einer „osteophilen“ Implantatoberfläche für die primäre und sekundäre Implantatstabilität.

Prof. Cochran (San Antonio) referierte über tierexperimentelle und klinische Studien zur sandgestrahlten, säuregeätzten SLA-Oberfläche (sandblasted, large grid, acid-etched).

Die klinische Anwendung unterstützte eindeutig das Konzept der Belastung nach 6 Wochen Einheilzeit.

Prof. Lindhe (Göteborg) beschäftigte sich mit der Reosseointegration kontaminierter Implantate bei Beagle-Hunden. Es ließ sich zwar nach syste-



mischer Antibiotikagabe und Lappenoperation mit Dekontamination der Implantatoberfläche eine gewisse Knochenregeneration nachweisen, eine „Reosseointegration“ dagegen wurde kaum beobachtet.

II. Horizontaler Kieferkammaufbau

Dr. von Arx (Bern) stellte die Ergebnisse für den Einsatz von unterschiedlichen Knochenersatzmaterialien und Barrieremembranen zur lateralen Kammaugmentation im Hundemodell gegenüber.

Dabei arbeitete er mittels klinischer, histologischer und histometrischer Untersuchungen heraus, daß Bio-Oss als langsam resorbierendes, natürliches Knochenmineral im Vergleich zu Tricalciumphosphat und freeze-dried bone (DFDBA) die quantitativ und qualitativ besten osseokonduktiven Eigenschaften besitzt. Eine Kombination mit autologem Knochen verbessert zusätzlich die Regeneration.

Prof. Jovanovich (Los Angeles) erläuterte in gewohnt lockerer Vortragsweise die hohe Kunst der Hart- und Weichgewebsrekonstruktion insbesondere in der ästhetisch anspruchsvollen Oberkieferfrontzahnregion. Bezüglich der Implantatpositionierung in allen vier Dimensionen gab er eindeutige Dimensionen an, die aus perioimplantologisch-prothetischer Sicht ein voraussagbares Weichgewebsprofil ermöglichen. Wichtig sei eine möglichst frühzeitige Korrektur von Weichgewebsdefekten als Voraussetzung einer geschlossenen Einheilung der Knochentransplantate. Die üblichen Jokes vom Audi- und Mickey-Mouse-Design bei der Knochenentnahme am Kinn sowie die „Big-Mac-Schichtung“ bei der Rekonstruktion durften nicht fehlen. Insgesamt präsentierte er ein sehr vorhersagbares, klassisches Vorgehen, das mit autologen Knochen- und Weichgewebs- transplantaten und zumeist nicht resorbierbaren Gore-Membranen arbeitet.

Prof. Buser (Bern) legte seine prospektiven 10-Jahres-Ergebnisse für Kammaugmentationen mit e-PTFE-Membranen und autologem Knochen vor. Dabei konnte er eine Langzeitstabilität des regenerierten Knochens nachweisen. Zur Vereinfachung des klinischen Vorgehens stellte er ebenfalls die Verwendung von Kollagenmembranen dar, die jedoch nicht ausreichend lange stabil bleiben.

III. Vertikaler Kieferkammaufbau

Einleitend gab **Prof. Hjørtning-Hansen (Kopenhagen)** einen historischen Überblick über die verschiedenen Arten von Knochenersatzmaterialien und **Dr. Schmid (Bern)** zeigte experimentelle und erste klinische Ergebnisse des Supraplant[®]-Systems.

Prof. M. Simion (Mailand) demonstrierte mit seinen klinischen Bildern einmal mehr seine Meisterschaft in der vertikalen Kammaugmentation. In schwierigeren Defektsituationen bevorzugt er das zweizeitige Vorgehen und den Einsatz von autologem Knochen. Die vorhersagbar erzielbare Kieferkammerhöhung ist beim Einsatz der e-PTFE-Membran (titanverstärkt) deutlich höher als bei einer resorbierbaren Kollagenmembran. Trotz perfektionierter chirurgischer Technik beobachtet Simion in ca. 16% der Fälle Membranexpositionen bei vertikaler Augmentation.

Dr. H. Salama (Atlanta) stellte den Einsatz der Kieferorthopädie, im speziellen der Zahnextrusion, zur Harmonisierung der interproximalen Knochenhöhe dar. Mit eindrucksvollen Fallpräsentationen überzeugte er, dass dieser elegante, nicht chirurgische Therapieansatz besonders im Frontzahnggebiet in der täglichen Praxis zum Einsatz kommen sollte.

Dr. Chin (San Francisco) zeigte schließlich den derzeit modernsten An-

satz zur Kammaugmentation - die vertikale Distraktionsosteogenese. Dieses im Prinzip alte Vorgehen nach Ilizarov wurde durch Miniaturisierung der Distraktionsapparaturen auf den Alveolarfortsatzbereich übertragen. Durch dieses Vorgehen lassen sich erstaunliche Ergebnisse der Defektkonstruktion auch bei Gesichtsfehlbildungen durch wenig invasive Eingriffe ohne Knochentransplantationen erzielen. Vorteil dieser Methode ist, dass gleichzeitig Knochen- und Weichgewebe vom Körper selbst regeneriert werden.

IV. Sinusbodenelevation

Mit einem Übersichtsreferat über die anatomischen und technischen Grundlagen des Sinuslifts eröffnete **Dr. ten Bruggenkate (Amsterdam)** diesen letzten Abschnitt des Bone-Symposiums. Er zeigte auf, dass sich mit diesem Verfahren bei sorgfältiger präoperativer Planung, Diagnostik, Indikationsstellung und chirurgischer Technik vorhersagbar gute Ergebnisse für die Knochenregeneration im seitlichen Oberkiefer erzielen lassen.

Prof. Watzek (Wien) stellte den Einsatz eines Gemisches aus autologem Knochen mit Bio-Oss der Verwendung von Bio-Oss oder autologem Knochen allein gegenüber. Anhand tierexperimenteller Untersuchungen belegte er die Überlegenheit des Augmentatgemisches. Für Extrematrophien des Oberkiefers verwendet er autologe Spongiosa vom Beckenkamm und Bio-Oss im Verhältnis 1:1 und erzielte damit hohe Implantaterfolgsquoten.

Dr. Richard Lazzara (West Palm Beach) demonstrierte den Einsatz der Osteotomtechnik als minimalinvasive Technik zur subantralen Augmentation. Er wendet diese Technik insbesondere bei wenig atrophierten Kieferkammern mit einem Restknochenangebot von 8mm und mehr an.

Abschließend gab **Prof. Nevins (Boston)** einen Überblick über die experimentellen und ersten klinischen Anwendungen von rhBMP-2. Mit dem Einsatz dieses rekombinanten Knochenwachstumshormons lassen sich bemerkenswerte Knochenregenerationen erzielen. Weitere experimentelle und klinische Untersuchungen müssen jedoch noch folgen, um ein optimales Trägermaterial für die Wachstumsfaktoren zu finden, da das verwendete Kollagenvlies nur eine eingeschränkte vertikale Platzhalterfunktion wahrnehmen kann.

Zusammenfassend war der Kongress wissenschaftlich und klinisch auf sehr hohem Niveau. Prof. Buser war jedoch anzumerken, dass er gerne spektakuläre Ergebnisse mit der neuen Bio-Gide-Membran präsentiert hätte, die jedoch leider nicht zur Marktreife gebracht werden konnte.



Didier Dietschi aus Genf öffnete seine Komposit-Trickkiste - und 18 Mitglieder und Freunde der **NEUE GRUPPE** kamen nach Mainz-Kastel, um im Labor Kessler die Komposit-Strategien der einen Hälfte des Weltspitzen-Duos „Dietschi/Spreafico“ zu tanken. Der Referent überzeugte an beiden Vormittagen mit hervorragend bebilderten und inhaltlich umfassenden Vorträgen: Am Freitag standen die Frontzähne im Mittelpunkt, am Samstag waren es die Seitenzähne. Jeweils nachmittags demonstrierte Dietschi die praktische Umsetzung, wobei er selbst schwierigste Situationen unter vielfacher Vergrößerung mit unkonventionellem Improvisationstalent meisterte. Der Trend bei den heutigen Kompositrestaurationstechniken lässt sich wie folgt beschreiben:

1. Die modernen Komposite sind synthetische Zahnhartmaterialien, die der Natur in Bezug auf Abrasion, Härte und Aussehen sehr nah kommen. Das unterschiedliche thermische Expansionsverhalten scheint nicht die befürchtete Relevanz zu haben. Der adhäsive Verbund zum Zahn „steht“.

2. Bei den Frontzähnen favorisiert Dietschi eine 3-Schicht-Technik: Dentinmassen aus dem Vita-A-Bereich als dreidimensionale Imitation des Dentinkerns, transluzenten Schmelzmassen als zweiter Schicht und Transpa-Komposits als Oberflächenüberzug. Aber: Form und Textur sind wichtiger als die Farbe!

3. Die Technik der Seitenfüllung wird bestimmt durch die Defektgröße: kleine Defekte mit direkter Technik, mittlere und große vereinzelte Kavitäten mit direkter Inlaytechnik oder indirektem Vorgehen auf Schnellsilikonmodellen. Für die systematische Quadrantensanierung empfiehlt Dietschi die indirekte Labortechnik mit montierten Modellen und provisorischer Versorgungsphase.

Dietschi demonstrierte die Seitenzahntechnik so, dass man den Eindruck einer definitiven Alternative zu Keramikrestorationen hatte und Lust bekam, das eigene Praxiskonzept in Richtung „Komposit“ zu verschieben. Großer Dank gilt auch Dieter Bolten und seinem engagierten Team, die allzeit um einen reibungslosen Kursablauf bemüht waren und sich sehr liebevoll um das leibliche Wohl der Kursteilnehmer kümmerten.

In einem Zweitageskurs führte uns Rose Marie Lohmiller in die Welt der schönen Zähne.

In umfangreichen Diaserien wurde anhand von Fallbeispielen der Behandlungsablauf dargestellt.

Das gesamte Spektrum - von der einflächigen Frontzahnfüllung bis zum Kantenaufbau, vom Bleichen der Zähne, der Versorgung durch Veneers und Keramikronen, Stellungskorrekturen und Schienungen bis zum Individualisieren von Keramikzähnen- kurzum, alles, was für das Ziel „schöne Zähne“ notwendig ist, wurde gezeigt.

Frau Lohmiller führte uns das vor, was mit Zahnformen, Randleisten, Oberflächenbeschaffenheit und Farben - im Zusammenspiel von Licht und Schatten - zu erreichen ist. Natürliche Zähne sind das Ziel - das Vorbild ist stets die Natur.

**Composites at it´s best
Didier Dietschi am
10./11. März 2000 in
Mainz/Kastel**

von
Udo Engel

Oldenburg

**Ästhetische Zahnheil-
kunde - Ästhetik der Zäh-
ne - die persönliche Visi-
tenkarte**

von
J. Gieseler

Köln



Besonders hervorzuheben ist die Art und Weise, wie Frau Lohmiller den Kurs gestaltet hat. Nach der theoretischen Vorstellung hat sie am Patienten die Restaurationen selbst step by step durchgeführt. Die Restaurationen waren von höchstem Niveau, die Präparationsformen wurden wissenschaftlich und praktisch erläutert.



Alles wurde sehr praxisnah dargestellt und kann somit ohne Schwierigkeiten in der eigenen Praxis zur Anwendung kommen.

Frau Lohmiller hat Ihr hochkarätiges Fachwissen, die Vielfalt der ästhetischen Möglichkeiten mit viel Engagement und Herz vorgetragen und uns life gezeigt, wie zufrieden und glücklich ihre Patienten sind.

Alle Kursteilnehmer konnten außerdem praktisch arbeiten und den eigenen Leistungsstand zeigen.

Ein großes Dankeschön und eine Kursempfehlung für ästhetisch interessierte Kollegen.

**Praxistag
Ulrich Konter
Hamburg
am 25.6.1999**

von
Udo Engel

Oldenburg

Es war die Premiere - der erste Praxistag der „neuen Generation“ fand in der Praxis von Ulrich Konter am 25.6.1999 in Hamburg statt.

In der effektiven Atmosphäre einer kleinen Gruppe - Eckbert Schulz, Harmut Hennies, Clemens Bargholz, Jan Halben und Udo Engel - wurden wir von Uli Konter und seiner Frau Imke empfangen und bekamen einen „bunten“ Querschnitt seiner täglichen Arbeit präsentiert.

Bei der ersten Patientin wurde ein halbretinierter Weisheitszahn durch Osteotomie entfernt. Priorität legt Ulrich Konter auf ein möglichst geringes Knochentrauma. Zu diesem Zwecke wird der Zahn so oft wie nötig geteilt. Alveolitis-Prophylaxe wird erreicht durch Einlage eines Kollagen-



schwammes, der dünn mit Terracortril bestrichen ist. Schwellung und Schmerz wird vorgebeugt durch eine situsnahe, submuköse Injektion von Fortecortin.

Die Behandlung des zweiten Patienten war das Highlight des Tages: Sinuslift oben rechts mit Setzen von drei Implantaten. Die Augmentatge-



winnung erfolgte in der Kinnregion mittels Hohlfräser. Das knöcherne Kinn wurde durch drei schichtiges Vorgehen dargestellt und ebenso schichtweise wieder vernäht. Das endgültige Augmentat war eine Mischung aus diesem autologen Knochen, Bio-Oss und einem aus Eigenblut vorab gewonnenen, angereicherten Thrombozyten-Plasma. Für die Dauer der Operation wurde die Patientin mit Dormicum sediert. Nach Ulrich Konter wirkt sich die dadurch bedingte retrograde Amnesie positiv auf die Compliance für weitere operative Eingriffe aus.

Nach der schmackhaften Mittagspause stand eine in sehr feiner Manier ausgeführte Wurzelspitzenresektion an einem 35 und 36 auf dem Programm. Über OP-Mikroskop und Großbildschirm konnten wir hervorragend die Feinheiten der Technik erkennen. Den Abschluß bildete eine Freilegungsoperation von je drei Implantaten rechts und links im Unterkiefer. Mittels apikalem Verschiebelappen legte Ulrich Konter den Grundstein für langfristig stabile periimplantäre Gingivaverhältnisse.

Ich empfand diesen Praxistag als konstruktiv und informativ, weil ich über die lebhafteste Diskussion in der kleinen Gruppe viele Anregungen mit nach Oldenburg nahm.

Praxistage in dieser Form sind sicherlich eine Bereicherung für das Kursangebot der **NEUE GRUPPE**, zumal sie den Kontakt der Mitglieder untereinander in ungezwungener Art sehr fördern.

**Praxistag
Paul Schöning**

von
Ulrich Gaa

Schorndorf

Am 27. August trafen sich Kasimir Mucko, Jürgen Dapprich, Jürgen Schenk, Rüdiger Butz und Ulrich Gaa in der Praxis von Paul Schöning, der uns einen Einblick in seine tägliche Arbeit bot. Paul Schöning renovierte 1985 in Düsseldorf ein Haus aus der Gründerzeit zu einer sehr stillvollen Praxis mit sehr schönem Ambiente und einem angegliederten zahn-technischen Labor. Nach einer stärkenden Tasse Kaffee zeigte er uns zum einen vier durchsanierte (Implantat-) Patienten, die er vor einigen Jahren versorgt hat, und zum anderen demonstrierte er uns einige seiner Behandlungstechniken von der Funktionsabformung für eine Totalprothese über eine Implantatabformung bis hin zu seinem „Steckenpferd“ der Goldinlaytechnik nach Tucker. Hier zeigte er uns das aktive Zementieren zweier Inlays unter Kofferdam unter Zuhilfenahme von Finierscheibchen. Paul Schöning ist Mitgründer der beiden Tucker-Studiengruppen (A- Gruppe und Gruppe Rheingold) in NRW. Er schwört auf die Studiengruppen als die effektivste Art der Fortbildung überhaupt, da sie durch zwei klinische Treffen im Jahr eine sehr hohe Kontinuität und Praxisrelevanz aufweisen.

In einer Behandlungspause zeigte uns Paul Schöning einen weiteren Arbeitsschwerpunkt. Rüdiger Butz und er erarbeiten zur Zeit zusammen ein Denkmodell über das Erbringen von zahnärztlichen Leistungen unter dem Qualitätsaspekt. Sie erstellen hierzu Leitlinien, um innerhalb eines „Behandlungskorridors“ zu einem guten Qualitätsergebnis zu gelangen - ein sehr interessanter Ansatz, zumal es m. E. von großer Bedeutung ist, zu diesem aktuellen Thema die Initiative zu ergreifen, bevor es die Kassen und die Politik tun.

Einen sehr schönen Ausklang fand dieser gelungene Praxistag in einem ausgezeichneten Restaurant an der Düsseldorfer Kö.
Vielen Dank Paul Schöning!

**Praxistag
Jürgen Menn
Hilchenbach
am 3.9.1999**

von
Udo Engel

Oldenburg

Das Ambiente eines schönen Frühherbsttages im Sauerland passte gut zur angenehmen und informativen Atmosphäre des Praxistages bei Dr. Jürgen Menn in Hilchenbach. Kollege Menn, der die Zusatzbezeichnung „Parodontologie“ führt, hatte ein facettenreiches Programm gemischt, das bei den angereisten Gruppe-Mitgliedern Anerkennung und Respekt hervorrief. Neben zahl- und abwechslungsreichen Patientenvorstellungen und zwei Parodontaloperationen mit Augmentationstechnik beeindruckte vor allem ein Sinuslift unter schwierigen Bedingungen mit Insertion von Implantaten. Dieser Tag war einmal mehr die Bestätigung, dass Praxistage durch den kollegialen und freundschaftlichen Austausch in der Praxis-Patienten-Situation eine gewinnbringende, verbindliche und beziehungs-schaffende Sache sind, die den Zusammenhalt der **NEUE GRUPPE** fördern und eine direkte Verbindung zwischen Mitgliedern und Kandidaten schaffen.



Dr. Ulrich Konter

Jahrgang 1962, geboren in Völklingen/Saar, Jugend und Schule in Kiel

- 1981 Abitur
- 1981 - 90 Studium der Medizin und Zahnmedizin an der Universität Kiel
- 1985 - 90 wissenschaftliches Arbeiten: Mikrochirurgie, Adhäsionsmoleküle bei entzündlichen Dermatosen, Kryochirurgie, Osteoklasten-Zellkulturen (insgesamt 9 internationale Publikationen)
- 1988 Ärztliche Approbation
- 1989 Promotion (experimentelle Arbeit über Entzündungsmediatoren bei der Neurodermitis) magna cum laude
- 1990 zahnärztliche Approbation
- 1990 - 93 Sanitätsoffizier in der Abt. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg (Dir.: Dr.Dr. Uta Hammer)
- 1993 - 95 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Uniklinik in Köln (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Dir.: Prof.Dr.Dr. H-D. Pape)
- 1994 Facharztanerkennung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- 1995 - 99 Sozietät mit Dr.Dr. H. Schubert in Hamburg-Altona
- 1999 Niederlassung in eigener Praxis in Hamburg-Innenstadt

Arbeitsschwerpunkte: seit 1990 Implantatchirurgie, seit 1993 diverse Vorträge, OP-Kurse und Publikationen über Hart- und Weichgewebsrekonstruktion in der Implantologie, Mikro-Endochirurgie

Mitgliedschaften: DGZMK, DGMKG, DGI, DGP, BdiZ (zertifiziert), EAO

Verheiratet mit Dr. Imke Konter (Zahnärztin)

Neue Mitglieder

Kurze Abrisse der Vitae unserer neu aufgenommenen Mitglieder

**Dr. Jürgen Menn**

- 08.12.44 geboren in Weidenau, heute Siegen
- 1966 Abitur in Hilchenbach
- 1966 - 72 Studium der Zahnheilkunde in Bonn
- 1972 Approbation
- 1972 - 73 Assistentenzeit in Praxis Dr. Rüdiger Hirdes in Bochum
- 1973 - 75 Bundeswehrdienst Zahnstation in Schleswig, zunächst als Wehrpflichtiger, später als Zeitsoldat Leiter der Zahnstation
- 1976 Beginn in eigener Praxis in Hilchenbach
- 1985 Fachgebietsbezeichnung Parodontologie,
- 1998 Zertifizierung der Praxis nach ISO 9001
- 1999 Fachzahnarzt für Parodontologie Arbeitsschwerpunkte Parodontologie, Implantologie, restaurative Zahnheilkunde.

Verheiratet mit Ute Menn, 4 Kinder





Dr. Paul Schöning

Jahrgang 1942, geboren in Düsseldorf

- 1964- Beginn des Zahnmedizinstudiums in Münster/Westfalen bis zum Physikum, danach Wechsel nach Düsseldorf
- 1970 Approbation in Düsseldorf
- 1971 Promotion und Assistenzzeit an der Universität in Düsseldorf. Im selben Jahr Niederlassung in eigener Praxis in Düsseldorf. Fachliche Schwerpunkte sind Kariologie, restaurative Zahnheilkunde und Praxisorganisation
- 1979 Mitglied im Vorstand der Zahnärztekammer Nordrhein
- 1981 -98 Fortbildungsreferent und zuständig für die zahnärztliche Fortbildung im Karl-Häupl-Institut
- Seit 1998 Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein
- Seit 1975 verheiratet mit Maria Schöning, zwei Kinder im Alter von 21 (Constanze) und 24 (Christoph) Jahren

Ralph Stöhr zum 65. Geburtstag

von
Berthold Meister

Hamburg



Am 4. Januar 2000 feierte Ralph Stöhr seinen 65 Geburtstag und fast gleichzeitig sein 30 jähriges Jubiläum in eigener Praxis in Ahrensburg. Nach seinem Abitur 1954 durchlief er bis 1956 eine kaufmännische Ausbildung bei den Farbwerken Hoechst und studierte im Anschluss daran in weiser Voraussicht bis 1960 in Wien Betriebswirtschaft mit dem Abschluss zum Diplom Kaufmann. Dort lernte er seine Frau Monika kennen und schon im gleichen Jahr erschien auch Sohn Michael auf der Bildfläche, der heute als Zahnarzt mit dem Vater zusammenarbeitet.

Nach dem zahnmedizinischen Studium in Frankfurt/M 1960 - 66 mit gleichzeitiger steuerberatender Tätigkeit mit sechs Lohnsteuerkarten gleichzeitig als Studentenjob blieb er ein halbes Jahr Assistent an der Poliklinik Frankfurt/M.. Wie kam er zur **NEUE GRUPPE** ? Auf der Suche nach einer Assistentenstelle landete er bei Dr. Prim. Da er ihn für 4 Jahre wollte, Ralph sich jedoch nur für 2 Jahre verpflichten mochte, schickte er ihn zur gegenüberliegenden Praxis von Kurt Bertzbach, der jedoch gerade einem anderen Kollegen zugesagt hatte. So musste er in Frankfurt bleiben.

Nach einiger Zeit bekam er Post von einem ihm damals unbekanntem Dr. Kreusser, der ihn 1967 einstellte, weil Dr. Bertzbach ihn empfohlen hatte. Der hatte sich jedoch auch nur eine Stunde in Bremen mit Ralph unterhalten. Dieser freundschaftliche Zusammenhalt der **NEUE GRUPPE** und das Vertrauen in die Empfehlung der Mitglieder ist sicher kein Einzelfall und wir wünschen Ralph Stöhr Gesundheit und weiterhin frohes Schaffen in seiner Praxis.



Als Neu-Hannoveraner ist es mir eine besondere Freude, einem alleingesessenen Niedersachsen zum Geburtstag gratulieren zu dürfen.

Unser Freund Eckard Jacobi feierte am 21.01 seinen 65 jährigen Geburtstag.

Damit kann er auf eine bald vierzigjährige Berufskarriere zurückblicken, die ihresgleichen sucht.

Dem Vorbild seines Vaters folgend, begann er nach der Schulzeit auf der Lutherschule in Hannover das Studium der Zahnheilkunde in Marburg. Nach dem Physikum wechselte er nach Hamburg und beendete dort das Studium 1960. Die Promotion folgte 1961.

Die Assistentenzeit absolvierte er in der Schweiz, ein schon zu damaliger Zeit nicht üblicher Weg, sich fortzubilden. Damit begann sein Engagement in der Fortbildung auf höchstem Niveau. Das Erlernte dann auch anzuwenden, war seit diesem Zeitpunkt die Maxime seines beruflichen Lebens.

1963 kehrte er zurück in die väterliche Praxis nach Hannover. Hier konnte er all seine Ideen verwirklichen, um seinen fachlichen Ansprüchen gerecht zu werden.

Zusätzlich jedoch engagierte er sich immer auch in der Standespolitik, der Idee verpflichtet, dass nur in einem sozial verträglichen Umfeld eine entsprechende Leistung für die Patienten erbracht werden kann.

Die hohe Fachkompetenz, für die er in Niedersachsen bekannt war, brachte ihm auf standespolitischer Ebene großen Respekt und Anerkennung und machte ihn unangreifbar im tagespolitischen Geschäft.

Die beruflichen Ämter und Ehrenämter aufzuzählen, die Eckard inne hatte würde mehrere Seiten füllen. Ungefähr 60 Funktionen übte er aus. So sind u. a. zu nennen die Vorstandsmitgliedschaft der Zahnärztekammer Niedersachsen seit 1979. Mitglied der Kammerversammlung, sowie Mitglied mehrerer Ausschüsse der ZKN, z.B. dem EDV- und dem Fortbildungsausschuß. Er war Delegierter zur Hauptversammlung des BDZ, dann Mitglied des BDZ - Vorstandes, und Mitglied des Vorstandes der KZVN und Stellvertretender Vorsitzender der FVDZ.

Sein besonderes Interesse galt der neuen Gebührenordnung, der er eine Beschreibung einer wissenschaftlichen Zahnheilkunde zuordnete.

Die Verdienste auf standespolitischer Ebene für die Kollegenschaft wurden 1986 mit der Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft und 1989 mit der Ehrengabe der Zahnärztekammer Niedersachsen gewürdigt.

Hier schließt sich der Kreis in der **NEUE GRUPPE**, in der er eine Familie fand, wo er sich wissenschaftlich und berufspolitisch austauschen konnte.

1975 in die **NEUE GRUPPE** aufgenommen, war er ein ständiger Mahner gegen die kollektive Zahnheilkunde. Allzuoft öffnete er uns die Augen über Umtriebe der jeweiligen Sozialminister.

Seine berufspolitischen Erfahrungen stellte er immer zu Verfügung. So war es fast eine logische Folge, dass er in der **NEUE GRUPPE** 1986/87 zum Präsidenten wurde.

Bezeichnenderweise waren die Hauptthemen in seiner Ära:

„Der Kopf- und Gesichtsschmerz in Diagnostik und Therapie“ und „Neue Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie“. Hier flossen fachlicher Sachverstand und Sensibilität für neue fachliche Strömungen im allgemeinen medizinischen Umfeld in die Hauptversammlung mit ein.

Aber nicht nur auf fachlichem Gebiet erreichte Eckard Höchstleistungen. Auch im privaten Bereich, - das kann Ehefrau Iris bezeugen- ist er ständig auf Achse. Zu Wasser (tauchen), in der Luft (fliegen) und auf der Erde (golfen). Bei letzterem konnte ich ihn schon beobachten, wie er zielstrebig den Schläger schwingt, wie früher die Klinge seines Corps-Degens.

Eckard Jacobi zum 65. Geburtstag

von
Eckbert Schulz

Hannover



Auch hier sind wieder Höchstleistungen zu erwarten.
Ich hoffe, dass Du, lieber Eckard in südlichen Gefilden genug Zeit und Muße für das neue Hobby finden wirst, und wir noch viele gemeinsame Stunden in beruflicher und privater Umgebung erleben können.

Die Freunde und Mitglieder der **NEUE GRUPPE** grüßen Dich mit einem herzhaften vivat, crescat, floreat.

In Memorium Karl Heinz Thuir

Unser Gründungsmitglied Karl-Heinz Thuir aus Düren ist am 16.12.99 nach längerer Krankheit verstorben. Er wäre am 4. April 79 Jahre alt geworden.

von
Hans-Henning Ohlrogge

Aachen

Ich hatte die Freude und das Vergnügen Karl Heinz Thuir zu Beginn der 70iger Jahre kennen und schätzen zu lernen. Er war damals bereits ein außerordentlich engagierter und gern gesehener Referent bei vielen der Fortbildungsveranstaltungen im Aachener Raum. Behandlungsschwerpunkte lagen dabei neben der allgemeinen Zahnheilkunde bei der Parodontologie und Funktionslehre. Beeindruckt haben mich damals schon die Konsequenz seiner Darstellung und die Einbeziehung seines qualifizierten Personals in den Behandlungsablauf. Sein spezielles Farbcode-system zur übersichtlichen Erstellung des PA-Befundes benutze ich heute noch.

Karl Heinz Thuir schwamm gern ein wenig gegen den Strom. Er hat sich der Anwendung komplementärer Methoden (Biorhythmus etc.) in der Zahnheilkunde geöffnet. Unvergessen werden vielen von Euch die Kurse sein, die er mit Max Lüscher für die **NEUE GRUPPE** organisiert hat.

Für seinen feinen Humor spricht eine lustige Begebenheit, die ich miterleben durfte: Thuir war Mitglied der „Schlaraffia“, einer Art Loge mit musischer Ausrichtung geworden. So musste er als wohl vergleichsweise amüsantes Mitglied ein Instrument spielen. Er hatte sich eine Drehorgel gekauft und sozusagen das Kurbeln erlernt. Dies führte er uns dann im Probelauf vor.

Karl Heinz Thuir hat unser ehrendes Andenken verdient.

Suchanzeige

Kasimir Mucko bittet darum, dass sich derjenige bei ihm melden möge, der das private Fotoarchiv mit Fotos der **NEUE GRUPPE** von ihm erhalten hat. Er weiß nicht mehr, wem er es gegeben hat.



Impressum

Copyright 2000 **NEUE GRUPPE** Nachrichten. Herausgeber: **NEUE GRUPPE**, wissenschaftliche Vereinigung von Zahnärzten. Redaktionelle Leitung: Dr. Jürgen Bretthauer, Dr. Ulrich Gaa. 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
Email Adresse: 08221300740@t-online.de
Email Adresse: dr.j.bretthauer@t-online.de
Email Adresse: dr.u.gaa@t-online.de

Satz und Druck: Systec Systemtechnik, Stuttgart