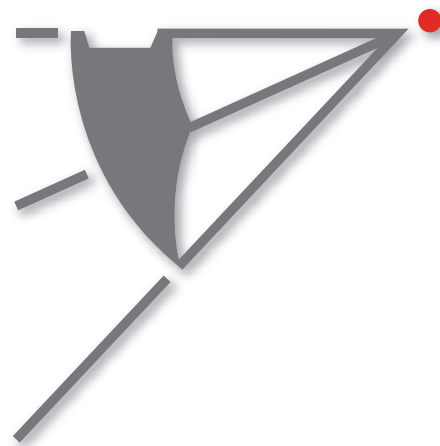


NEUE GRUPPE NEWS

Heft 31 +++ Frühjahr 2008



WWW.NEUE-GRUPPE.COM

2 Glückwünsche

3 Editorial

**4 Bericht Jahrestagung
Hannover 2007**

KURSBERICHTE:

**7 Zahnärztliche Fotodokumen-
tation für Fortgeschrittene**

**8 Workshop Paul Weigl
Jahrestagung 2007**

**9 Composite: State of the Art.
Reise nach Genf ins Geneva
Smile Center zu Didier
Dietschi**

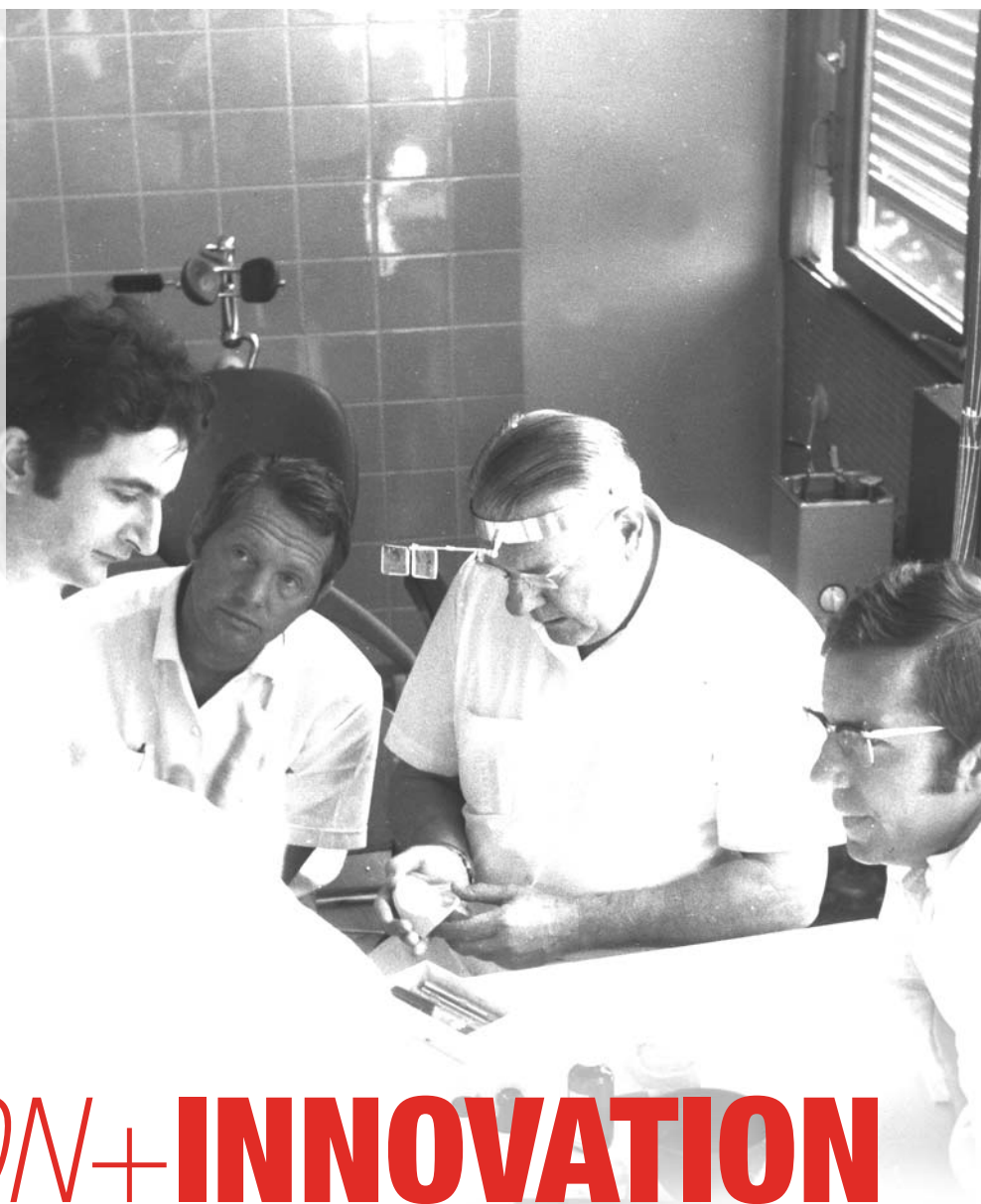
**11 Die Neue Gruppe besucht
die Malo-Klinik in Lissabon**

**14 Kurs 3D-Navigation
in Freiburg**

15 Laudatio: Ernst Helmut Pruin

16 Nachruf: Günter Klimberg

17 Nachruf: Günter Staehle



TRADITION+INNOVATION

Glückwünsche

Zum 95. Geburtstag gehen unsere allerbesten Glückwünsche an Ernst Helmut Pruin, der diesen besonderen Tag am 25. März erlebte. Die Neue Gruppe gratuliert auf das Herzlichste und wünscht beste Gesundheit!

Seinen 75. Geburtstag feierte Hans Hermann Hupe am 23. April. Die Neue Gruppe gratuliert von ganzem Herzen!

Ihre 70. Geburtstage feierten unsere Freunde Harald Bartek am 29. Januar, Helge Richter am 21. Februar und unser Gründungsmitglied und ehemaliger Schatzmeister Hartmut Wengel am 20. Januar. Die besten Wünsche zu diesen Festtagen!

Zu seinem 60. Geburtstag gratulieren wir herzlichst unserem Freund Jean-Francois Roulet (Beirat von 2002 bis 2003). Herzlichen Glückwunsch!

Die Freunde der NEUE GRUPPE gratulieren allen Jubilaren von Herzen!



NEUE GRUPPE

Wissenschaftliche Vereinigung von Zahnärzten

Editorial



Liebe Freunde der Neue Gruppe,

wenn Ihr diese neue Ausgabe unserer Neue-Gruppe-News in den Händen haltet, ist Frühjahrstagung in Lindau/Bodensee. An dieser nehmen begrüßenswert viele Mitglieder teil. Und was mich besonders freut: Viele haben ihre Frauen und Kinder dabei.

Ein gutes wissenschaftliches und ein attraktives Rahmenprogramm sind für Lindau vorbereitet. In vielen Briefen und E-Mails habe ich erwartungsvolle Zustimmung für die Vorbereitungen unserer Frühjahrstagung erhalten. Ein neues Gemeinschaftsgefühl ist im Entstehen begriffen. So hat meine „Regierungserklärung“ zu Anfang des Jahres ein sehr positives Echo gezeigt. Eine ganze Reihe lange nicht gesehener Freunde haben sich zu meiner großen Freude zu dieser Frühjahrstagung angemeldet.

Die Vorbereitungen zur Jahrestagung in Bregenz am 12./13. September 2008 laufen auf Hochtouren. Das Thema „Ästhetik braucht Funktion“ stößt überall auf sehr großes Interesse, vor allem die Art der medialen Vermittlung als Dentalshow der besonderen Art. Seit Monaten erarbeitete ich mit Dr. Gerd Basting und Frau Anna Kovacs von der Quintessenz TV Bühnenbilder, wissenschaftliche Darstellung und filmische Umsetzung. Auch konnte mit Frau Manuela Röck eine reizende Schauspielerin als Moderatorin gewonnen werden. Alle Referenten haben freudig zugesagt und gestalten das Programm intensiv mit. Das Erstaunliche: Bisher hat noch keiner nach der Höhe des Honorars gefragt.

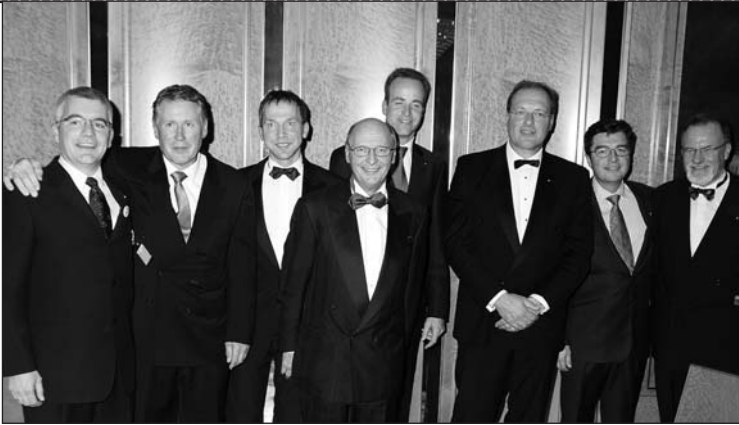
Die Neue-Gruppe-News, die Sie in den Händen halten, wurden grafisch neu gestaltet. Dafür geht unser herzlicher Dank an Udo Engel und alle Autoren. Wir streben an, die **NEUE-GRUPPE-NEWS** in naher Zukunft als unsere Zeitschrift in Farbe herausgeben zu können.

Zum Schluss gilt mein besonderer Dank allen Vorstandskollegen, die auf sehr freundschaftliche Art hervorragende Arbeit leisten.

Mit herzlichen Grüßen
Euer

Wolfgang Bichling

Wangen, 29. April 2008



◀ Der alte und
der neue Vorstand

▶
Der scheidende
Präsident weicht die
Tagungsglocke ein



Tagungsbericht der 41. Jahrestagung der Neue Gruppe, 1.- 4. November 2007, Hannover

Die 41. Jahrestagung der *NEUE GRUPPE* im Congress Centrum Hannover stand unter dem Motto „Paradigmenwechsel in der Prothetik - die prothetische Behandlung mit Implantaten.“ Die Eröffnung des ersten Hauptkongresstages erfolgte durch den Präsidenten der *NEUE GRUPPE*, Dr. Eckbert Schulz, vor ca. 300 Teilnehmern.

Zu Beginn referierte Prof. Dr. Strub aus Freiburg über die prothetisch basierte dreidimensionale Diagnostik und deren intraoperative Umsetzung in der Implantologie. Der überwiegende Anteil implantatprothetischer Planungen in Deutschland erfolgt noch anhand zweidimensionaler Röntgenaufnahmen. So zeigte eine Umfrage im Auditorium, dass ca. 20 % der anwesenden Behandler in speziellen Fällen auf dreidimensionale Planungen zurückgreift. Die auf Basis dreidimensionaler Daten durchgeführte präoperative digitale Planung und ihre räumlich exakte Umsetzung in den OP-Situs kann in speziellen anatomischen Situationen ein sichereres, besser vorhersagbares, auf prothetischen Vorgaben basierendes Behandlungsergebnis ermöglichen. Prof. Strub zeigte eine Übersicht über erhältliche Systeme und deren Einsatzmöglichkeit auf. Hier bei wurden kamerabasierte ‚online‘ Navigationssysteme (Robodent) und verschiedene neue, mit Führungsschienen arbeitende ‚offline‘ Systeme (NobelGuide, Simplant, med-3D) verglichen und ihre jeweiligen systemspezifischen Vor- und Nachteile genannt. Insgesamt ließe sich die Vorhersagbarkeit eines gewünschten prothetischen Resultates durch dreidimensionale Diagnostik und intraoperative Umsetzung steigern.

Auf die Steigerung der Vorhersagbarkeit zum Erreichen von ästhetischen Resultaten ging insbesondere auch der folgende Referent Dr. Ueli Grunder ein. In einem hervorragenden, praktisch orientierten Vortrag zeigte er ein großes Spektrum an Behandlungsmethoden und deren Möglichkeiten, Limitationen

und Risiken. Beispielsweise das Problem der Versorgung von zwei fehlenden Frontzähnen und der oftmals schwierig zu realisierenden Ausbildung einer Papille zwischen den Implantaten bei nicht optimalen knöchernen Voraussetzungen. In einigen Fällen sei dann die Lösung mit nur einer implantatgetragenen Krone mit anhängendem Pontic ästhetisch zufriedenstellender. Als Augmentationsverfahren für umfangreiche Defekte wurde die Verwendung von autologem Knochen und Knochenersatzmaterialien in Verbindung mit titanverstärkten-nichtresorbierbaren Membranen gezeigt, die aufgrund ihrer Volumenstabilität umfangreiche vertikale und transversale Kieferkamm-Augmentationen ermöglichen. Die Quote an Dehiszenzen gab der Referent mit 8,8% an. Dr. Grunder betonte im Speziellen auch die Wichtigkeit der korrekten dreidimensionalen Implantatpositionierung zum Erreichen eines ästhetischen Ergebnisses.

Das Thema der ästhetischen Rehabilitation griff auch Dr. Mauro Fradeani auf und zeigte seine Herangehensweise bei umfangreichen prothetischen Planungen, um ästhetische Endresultate zu erreichen. Vor jeder Behandlung stehe die ästhetische Analyse, bestehend aus dentogingivaler Analyse (Inzisallinien, Zahnproportionen, interinzisale Dreiecke, Höhe der Lachlinie usw.), Gesichtsanalyse und funktioneller Analyse. Besondere Herausforderungen stellen hierbei die Versorgung von parodontal geschädigten Patienten oder von anterioren Implantaten dar. Hierbei müssen okklusale Probleme, phonetische Probleme und ästhetische Probleme wie z.B. Zahnelongationen, breite Zahnzwischenräume, weichgewebliche Probleme im Bereich des Zahn-zu-Implantat- und Implantat-zu-Implantat-Kontaktes gelöst werden. Er zeigte Möglichkeiten auf, diesen Problemen durch saubere Planung und Durchführung von chirurgischen und prothetischen Maßnahmen und mithilfe eines adäquaten Weichgewebsmanagement beizu-



◀ Eckbert Schulz
übergibt
die Geschäfte an
seinen Nachfolger
Wolfgang Bücking



▲ Die Ernennung der neuen Mitglieder durch Ralf Gerhart:
v.l. Michael Stimmelmayer, Torben Hennief, Arndt Happe

kommen. Insbesondere der Auswahl eines geeigneten keramischen Materials und eines kompetenten Zahntechnikers komme eine hohe Bedeutung zu. Dr. Fradeani zeigte die Vor- und Nachteile von glasskeramischen, aluminium- und zirkonoxidkeramischen Materialien auf und demonstrierte mithilfe von Studiendaten und Überlebensraten materialspezifische Limitationen im Front- und Seitenzahnbereich.

Am zweiten Hauptkongresstag begann Prof. Dr. Urs Belser mit einer aktuellen Übersicht der Behandlungsplanungsprinzipien und den daraus hervorgehenden Entscheidungsfindungskriterien im Zusammenhang mit der Implantattherapie im anterioren Oberkiefer. Es wurden Behandlungsprotokolle zur Herstellung von Funktion und Ästhetik im teilbezahnten Kiefer gezeigt und insbesondere auf das Konzept der Frühimplantation/Frühbelastung eingegangen. Hierbei nimmt die individuelle präoperative Risikobewertung verschiedener Faktoren eine zentrale Rolle zur Entscheidungsfindung ein. Anhand von Langzeitstudiendaten anteriorer Implantatrestaurationen, die gezielt auch objektivierbare ästhetische Parameter wie z.B. das Vorhandensein von Papillen, Jugae alveolares und die Höhe des vestibulären Gingivaniveaus beinhalten, zeigte er, welche Verfahren evidenzbasiert zur Erzielung einer zufriedenstellenden Ästhetik herangezogen werden können. In diesem Zusammenhang ging Prof. Belser ebenfalls noch auf verschiedene, mehr oder weniger vorteilhafte Implantatdesigns ein, und es wurden interessante Ergebnisse hinsichtlich des marginalen Knochenabbaus der neuen Bone-Level-Implantate von Straumann vorgestellt.

Unter dem Titel „Keramik in der Implantologie: State of the art“ berichtete Frau Dr. Irena Sailer aus Zürich über den derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand bezüglich der Verwendung von keramischen Abutments, vollkeramischen Kronen und Keramikimplantaten. Neben den ästhetischen Vorteilen wurden Studienergebnisse gezeigt, die die Verwendung von keramischen Abutments aus Aluminiumoxid (Überlebensraten von bis zu 98% bei Implantatbrücken) und Zirkonoxidkeramik (100% nach 4 Jahren) rechtfertigen. Ein weiterer technischer Aspekt ist die Möglichkeit der individualisierten Gestaltung mittels CAD-CAM-Technologie, wobei die Morphologie der periimplantären Weichgewebe berücksichtigt wird. Als Risiko

bei der Verwendung von Keramikabutments wurde das Unterschreiten einer Mindestwandstärke genannt.

Dr. Luca Cordaro führte in seinem Vortrag die verschiedenen Behandlungsoptionen in Fällen von stark dezimiertem Zahnbestand vor, die sich oftmals in einem Spannungsfeld zwischen Patientenwunsch, realisierbarer Funktion Ästhetik und Phonetik befinden. Er zeigte Kriterien auf, die für die Entscheidung zwischen festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz herangezogen werden müssen und demonstrierte eine Herangehensweise, die abhängig vom Ausgangsbefund und anatomischen Verhältnissen eine verzögerte Implantation mit verzögerter Belastung, verzögerte Implantation und Sofortbelastung oder Sofortimplantation und Sofortbelastungen favorisiert.

Zum Abschluss widmete sich Dr. Georgia Trimpou der „dem Vorbild der Natur nachgeahmten Implantatprothetik“ und zeigte Faktoren auf, die den marginalen Knochenabbau am Implantatthals beeinflussen, wie die Größe und Lage des Microgaps sowie sein Verhalten unter mechanischer Belastung am Implantat-Abutment-Interface. Es wurden implantatprothetische Konzepte vorgestellt, um diesen Problem-Aspekt zu minimieren, wobei sie insbesondere auf das Plattform-Switching und präzise Konusverbindungen zu sprechen kam. Auch wurde auf die große Bedeutung der Zahntechnik hingewiesen, die z.B. durch die Gestaltung von ‚ovate pontics‘ das Austrittsprofil der implantatgetragenen Krone und die Ausformung von Papillen positiv beeinflusst.

Neben dem Hauptprogramm waren insbesondere die begleitenden Workshops von Zahntechnikermeister H.P. Spielmann und PD Dr. Weigl, die viele praktische Tipps und Tricks zu bieten hatten, zu erwähnen.

Zusammenfassend bot das Tagungsprogramm einen umfassenden, viele Aspekte beleuchtenden Überblick über den aktuellen Stand der Implantatologie und Implantatprothetik. Die Resonanz vieler Teilnehmer auch zum festlichen Rahmenprogramm war äußerst positiv.



Zahnärztliche Fotodokumentation für Fortgeschrittene – Bildbearbeitung

Am 26. und 27. Oktober 2007 fand in Münster ein Fortbildungskurs zum Thema „Zahnärztliche Fotodokumentation für Fortgeschrittene – Bildbearbeitung“ von Dr. Wolfgang Bengel statt. Organisiert wurde der Kurs in bewährter Weise von Dr. Raphael Borchard, der auch seine Praxisräume zur Verfügung stellte.

Am Freitag stand die Theorie im Mittelpunkt. Da heute überwiegend digital fotografiert wird, erläuterte der Referent kurz die Unterschiede zwischen konventioneller und digitaler Fotografie und stellte eine Reihe von digitalen Fotosystemen verschiedener Hersteller vor, welche für die dentale Fotografie geeignet sind.

Für die professionelle Fotodokumentation sind dies digitale Spiegelreflexkameras mit Wechselobjektiven. Digitale Sucherkameras können nur mit gewissen Einschränkungen für dokumentarische Zwecke eingesetzt werden, reichen u. U. aber aus, um z. B. Patienten ein Vorher-Nachher-Bild mitzugeben.

Bei der dentalen Fotografie ist die Auswahl des richtigen Objektivs wichtig. Bei digitaler Fotografie kann grundsätzlich auch mit Brennweiten von 60 oder 70 mm gearbeitet werden, da der Verlängerungsfaktor von ca. 1,5 effektive Brennweiten von 90 bzw. 105 mm ergibt. Das Problem der 60 oder 70 mm Objektivs liegt im geringen freien Arbeitsabstand, d.h. man muss sehr nah an den Patienten herangehen, was besonders bei intra operativen Aufnahmen problematisch sein kann. Mit 100 mm Makroobjektiven kann ein komfortablerer Abstand zum Patienten gehalten werden. Insbesondere bei der Verwendung von Lateralblitzen sollte ein 100 mm Makroobjektiv verwendet werden, da sonst die Mundhöhle nicht korrekt ausgeleuchtet wird.

Vor- und Nachteile verschiedener Blitzsysteme wurden besprochen.

Intensiv wurde nun auf die spezielle intraorale Fotografie eingegangen.

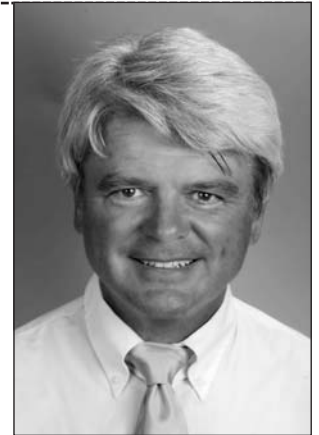
Um reproduzierbare Aufnahmen von Zahngruppen zu erhalten, ist es wichtig, die Ausrichtung der optischen Achse immer senkrecht zum Zahnboden bzw. zu einer Tangente des Bogens zu legen sowie die Okklusalebene parallel zum horizontalen Bildrand auszurichten.

Zu reproduzierbaren Bildausschnitten gelangt man durch Standardeinstellungen, für die das Bildzentrum, der Abbildungsmaßstab und die Aufnahmerichtung immer gleich sind.

An verschiedenen Beispielen wurden die häufigsten Fehler bei der Fotografie und wie man sie vermeidet dargestellt.

Abschließend wurde die Porträtfotografie besprochen. Hierbei wurde besonders auf den Einfluss der Beleuchtung eingegangen.

Nach diesem umfangreichen theoretischen Programm genossen wir den Abend im thailändischen Restaurant Phams.



▶ Dr. Wolfgang Bengel

Am Samstag setzten wir dann unsere erworbenen theoretischen Kenntnisse in die Praxis um. Alle Teilnehmer hatten ihre eigenen Kamerasysteme dabei und wir fotografierten uns gegenseitig zunächst intraoral. Anschließend übten wir die Portraitfotografie. Wir konnten verschiedene Lichtführungen ausprobieren und die unterschiedliche Ergebnisse bei Studio- beleuchtung oder mit einfacher Variation der Blitzlichtführung durch Diffusoren miteinander vergleichen. Ein kurzer Exkurs in die Sachfotografie rundete den Vormittag ab.

Am Samstagnachmittag wurden die Ergebnisse des Vormittags eingehend besprochen.

Auch die Themen Bildarchivierung und Bildbearbeitung wurden angesprochen. Herr Bengel stellte verschiedene Archivierungsprogramme – vom einfachen Share Ware Programm bis zum professionellen Programm Foto Station Pro – vor.

Als letzter Punkt stand die Bildbearbeitung auf dem Programm. Wir haben anhand einiger Beispiele im Programm Photoshop die häufig notwendigen Bearbeitungsschritte Ausrichten, Helligkeit, Kontrast, Farbe und Schärfen durchgeführt.

Neben dem umfangreichen theoretischen Programm war dieser Kurs durch viel praktische Arbeit mit der Kamera geprägt. Diese Übungen haben nicht nur sehr viel Spaß gemacht, sie brachten den Teilnehmern auch so viel Sicherheit, dass sie das Gelernte sofort in ihrer Praxis umsetzen konnten. Ein sehr umfangreiches Kursskript hilft bei der Nacharbeitung und Vertiefung des Gelernten.

Ein sehr gelungener Kurs, der jedem empfohlen werden kann, der seine Fotodokumentation verbessern möchte.

Konusprothesen auf Implantaten

Workshop Dr. P. Weigl, Hannover, 4.11.2007

Am Sonntag, den 4.11.2007, trafen sich in einer überschaubaren Runde einige Kollegen zum Nachkongress der Jahrestagung 2007, um einen Intensivkurs zum Thema Konusprothesen auf Implantaten zu belegen. Aufgefordert vom Referenten, Fragen stellen zu dürfen, begann Herr Dr. Weigl mit dem „Wort zum Sonntag“. Er predigte folgende Hypothese, die sich durch seinen Workshop wie ein roter Faden zog: eine Konusprothese auf Implantaten verhält sich biomechanisch wie eine 12- bzw. 14-gliedrige Brücke. Laut einer von ihm durchgeführten Studie aus Frankfurt ist innerhalb der nächsten drei Jahre nach Eingliederung einer Konusprothese auf Implantaten keine Unterfütterung notwendig.

Es folgte ein kleiner Exkurs zum Thema Biomechanik anhand eines Beispiels aus der alltäglichen Praxis. Man stelle sich eine Modellgussprothese mit Freundsituation vor: bei langem Hebelarm und einer Kraft F am distalen Ende hebt die Prothese am mesialen Pfeilerzahn ab. Es entsteht eine Versprödung des Materials, die bei geringem Querschnitt eine Sollbruchstelle provoziert. Ein Vorschlag von einem der Zuhörer, der den antagonistischen Kontakt aus dem distalen Drittel entfernen würde, wurde vom Referenten kritisch beäugt, denn eine Infraokklusion, seiner Meinung nach, würde zwangsläufig zu einer Kompression des Kiefergelenkes führen. Besser wäre es, den Querschnitt im Metall zu verstärken.

▼ Dr. P. Weigl



Weiter ging es mit der Präzision implantatgestützter Konusprothesen.. $20\mu\text{m}$, so Herr Dr. Weigl, reichen an Spielpassung aus, um einen Bruch des Implantats zu provozieren. Seine Forderung, dass eine Konusprothese auf Implantaten keine Mikrobewegung aufweisen darf, wird nur durch Galvanomatrizen erreicht und zwar bei einer Passgenauigkeit, die einen Wert von $3\mu\text{m}$ nicht überschreiten darf. Nun stellte sich die Frage, wie solch eine Präzision geschaffen werden kann, zumal jeder zahntechnische, als auch zahnmedizinische Arbeitsschritt potenzielle Fehlerquellen birgt. Mit dem freundlichen Hinweis, dass man zu diesem Workshop noch einen praktischen Kurs mit seinem Zahntechniker belegen kann, gab der Referent folgende Tipps zur Oberflächenbearbeitung von Innenteleskopen. Diese sollten, zwecks größtmöglicher Oberflächenverkleinerung, mit einem gelben Diamanten am Parallelometer beschliffen werden. Ferner sollte der Silberlack, der zur Galvanisierung notwendig ist, mittels Airbrush, statt mit einem Pinsel aufgetragen werden, um einen maximalen Spalt von $5\mu\text{m}$ zu erreichen, der ausreichend genug ist, das Außenteleskop reibungslos entfernen zu können. Zusätzlich wird durch den kleinen Spalt eine Haftkraft zwischen dem Gold und der Keramik erzielt, die der einer Totalen Prothese entspricht. Dies bedeutet aber auch, dass der Speichelfilm, über den die Haftung erfolgt, nicht dicker als $5\mu\text{m}$ sein darf, um die Kapillarkräfte nicht zu verlieren.

Eine gute Passgenauigkeit bekommt man außerdem durch eine intraorale Verklebung der Matrizen mit der Tertiärstruktur. Damit umgeht man auch die Gefahr, eine Deformierung der Galvanomatrizen zu provozieren.

Zum Schluss ging der Referent auf die Behandlungsabläufe anhand eines Beispiels ein. Zunächst werden die Abutments auf den Implantaten befestigt, bevor die Primärteile mit den aufgesetzten Galvanomatrizen definitiv einzementiert werden können. Darüber erfolgt die Einprobe des Tertiärgerüsts und das intraorale Verkleben der Sekundärteile mit dem Gerüst. Dann muss es im Labor sehr schnell gehen, denn die Primärteile sind bereits definitiv zementiert, evtl. sollte das Provisorium umgearbeitet werden. Im nächsten und letzten Arbeitsgang wird dann die fertiggestellte Arbeit eingesetzt.

Insgesamt war der Kurs von Dr. Weigl an den Praktiker mit Vorkenntnissen gerichtet.

Dr. Weigl vermittelte sein Wissen sehr anschaulich und jederzeit nachvollziehbar, so dass wir hier einen gelungenen Tagungsausklang erlebten.

NICOLE FILUSCH, ERNST VÖPEL

Composite: State of the Art

18./19.01.08: Reise nach Genf ins Geneva Smile Center zu Didier Dietschi

**Anterior composite restorations:
"Challenging ceramic restorations
with the natural layering concept"**

**Posterior composite restorations:
"Achieving unsurpassed aesthetics
and function with direct bonding
in posterior teeth"**



VON FRIEDERIKE MENN, KIEL

Vor der traumhaften Kulisse der schneebedeckten Alpen, fand am 18./19. Januar im nahezu frühlinghaften Genf, ein beeindruckender Kurs in den Praxisräumen von Dr. Didier Dietschi und Partnern im Geneva Smile Center statt.

Die Exzellenz in der adhäsiven und ästhetischen Zahnmedizin, dargelegt an Hand praktischer Übungen mit begleitenden Vorträgen, war das Thema dieser Fortbildung. Den anterioren Restaurationen galt dementsprechend die größte Aufmerksamkeit.

Nach einer theoretischen Einführung bestand die erste Herausforderung im Modellieren eines Veneers. Um dabei die Form der Zähne gut beurteilen zu können, sollte, wenn möglich, auf das Anlegen eines Kofferdams verzichtet werden. Retraktionsfäden ermöglichen eine bessere Darstellung der Präparationsgrenzen und halten die Sulkusflüssigkeit zurück. Nach der Präparation des Veneers („Composit Preparation and Finishing Kit“ der Fa. „Diatech“, selected by Dr. Didier Dietschi) erfolgt die Auswahl des passenden Dentin- und Schmelztons. Verwendet wurden die von Coltene Whaledent und Dr. Didier Dietschi entwickelten Kompositfarben. Matrizen verhindern die Verletzung der Nachbarzähne beim Ätzen und unterstützen die Formgebung. Der Primer wird nur auf die zervikalen Bereiche und die inzisalen Palatinalflächen aufgetragen und verblasen. Der Bonder wird auf der gesamten Präparation aufgetragen und für 20-30 Sekunden lichtgehärtet.

Der Aufbau des Veneers beginnt mit einem Dentin-Inkrement im zervikalen Bereich, das mit einer „Mikrobrush“ an die Präparationsgrenze adaptiert wird. Als nächstes sollte die Inzisalkante mit Dentin aufgebaut werden um das Licht zu blocken. Zum Schluß wird die Bukkalfläche mit Schmelz aufgefüllt und dem Zahn die endgültige Form gegeben. Auf das Modellieren

von Texturen sollte hier verzichtet werden, dies geschieht später mit rotierenden Instrumenten.

Beim „Finishing & Polishing“ wird dem Zahn seine individuelle Form und Beschaffenheit verliehen. Es ist der wichtigste Schritt bei der Formgebung eines Zahnes in der Front und sollte erst bei den mittleren, dann bei den seitlichen Inzisivi erfolgen.

Nach dem Entfernen der Matrizen werden die approximalen Flächen mit einer Polierscheibe bearbeitet. Dabei muß darauf geachtet werden, dass die Originalform des Zahnes beibehalten wird. Der gingivale Rand wird mit einem feinen flammenförmigen Diamanten geformt und Überschüsse entfernt.

Das bukkale Profil und die Übergänge werden ebenfalls mit dem Polierscheiben bearbeitet. Um die Kontrolle über das abtragende Material zu behalten, sollte die Scheibe nur langsam rotieren. Die Nachbearbeitung (auch inzisal) erfolgt mit einem 40 µm feinen Diamanten.

Abschließend wird das Profil des Zahnes mit dem Spiegel kontrolliert und gegebenenfalls korrigiert.

Durch zwei vertikale Vertiefungen (mesial und distal) und das horizontale Glätten der Bukkalfläche mit einem feinen flammenförmigen Diamanten, wird dem Zahn „der letzte Schliff“ verliehen.

Abschließend werden die Zähne mit der „Occlubrush“ (z.B. Fa. Hawe Neos-Kerr) poliert und die Fäden und Bonderreste entfernt.

Bei Klasse IV Restaurationen ist das Vorgehen ein wenig anders. Nachdem die Farbe des Schmelzes und Dentins bestimmt wurde, erstellt man zunächst frei Hand ein „Mock-up“. An Hand diesem wird die Länge der späteren Restauration festgelegt und ein Silikonschlüssel gegen die palatinalen und inzisalen Flächen angefertigt.

Vorhandene alte Restaurationen werden mit einem Diamanten mit Wasserkühlung entfernt. Die Bereiche des Restaurationsrandes sollten ohne Wasserkühlung entfernt werden, um die Übergänge zum natürlichen Zahn besser erkennen und so substanzschonend wie möglich präparieren zu können.

Der Bevel wird mit einem feinen Diamanten angelegt und sollte nach Möglichkeit eine Breite von 1-1,5 mm und einen Winkel von maximal 45° haben. Die Approximalfächen werden mit einem diamantierten Metallstreifen gesäubert.

Vor dem Ätzen, Primern und Bonden wird der Silikonschlüssel nochmals auf perfekten Sitz überprüft und Matrizen zum Separieren der Zähne angelegt.

Das „Build-up“ umfasst vier Inkremente:

1. Ein Schmelz-Inkrement wird lingual mit Hilfe von Silikonschlüssel, Handinstrumenten und „Mikrobrush“ adaptiert und so eine linguale Schale erstellt. Nach dieser richtet sich der weitere Aufbau des Zahnes. Aus diesem Grund ist es auch besonders wichtig die Dicke dieses ersten Inkrementes zu kontrollieren. Nach dem ersten Lichthärten wird die Matrize und der Silikonschlüssel entfernt und nochmals lichtgehärtet.
2. Als nächstes folgt ein Dentin-Inkrement, welches nicht ganz bis an die inzisale Kante der lingualen Schale reichen sollte. Nach belieben können Marmellons eingearbeitet werden. Nach dem Lichthärten wird der Raum zwischen Dentin-Inkrement und linguale Schale mit etwas „Blue-Effect-Material“ aufgefüllt, welches der Restauration durch die Transluzenz des Materials einen natürlichen Effekt verleiht.
3. Mit dem dritten Inkrement werden die mesialen und distalen Bereiche mit Schmelz aufgebaut. Gegebenenfalls kann noch Effektmaterial (z.B. White Effect) eingearbeitet werden.
4. Durch das Einarbeiten der Marmellons ist Platz für das letzte Schmelz-Inkrement geschaffen worden, welches zentral auf die Bukkalfläche aufgetragen wird.

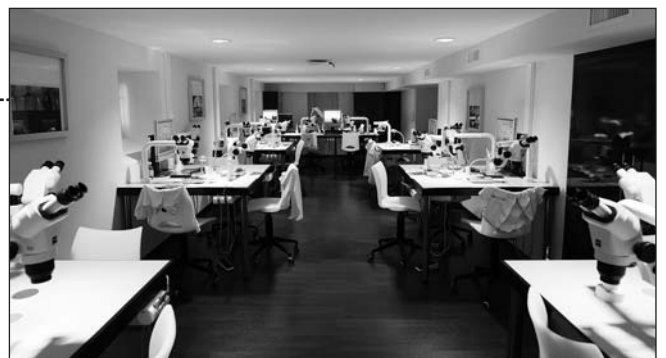
Das Abschließende „Finishing & Polishing“ sollte, wie bei den Veneers beschrieben, erfolgen. Mit den Polierscheiben werden von distal nach mesial die Innenkanten und das Profil ausgearbeitet und anschließend mit Diamanten die horizontale und vertikale Textur geformt. Zum Schluss sollte die Restauration noch einmal mit Bonder benetzt werden um die Poren zu verschließen.

Bei posterioren Restaurationen sollte dem Modellieren mehr Zeit und Aufmerksamkeit geschenkt werden als dem „Finishing & Polishing“. Die Matrize sollte spaltfrei mit einem Keil adaptiert und die Kavität wie gewohnt vorbehandelt werden. Das erste Schmelz-Inkrement dient dem Aufbau der Randleiste. Zur Orientierung dient die Randleiste des Nachbarzahnes. Erst dann wird der Dentinkern aufgebaut und die Kavität mit der letzten Schmelzschicht bedeckt. Zur optimalen Gestaltung des Okklusionsreliefs sind die „Suter Kompositinstrumente“ von Dr. Dietschi (Fa Adsystems) zu empfehlen. Das Ausarbeiten der Restauration erfolgt mit Silikonpolierern und „Occlusbrush“.

Umrahmt wurde die Veranstaltung nicht nur von den Sehenswürdigkeiten der Stadt am Genfer See und ihrer Umgebung, sondern auch von einem gemeinsamen Abendessen der Kursteilnehmer; Begleiter/-innen und Referenten. Im angenehmen Rahmen am Ufer des Genfer Sees, verwöhnt von den Köstlichkeiten der Küche, ergab sich reichlich Gelegenheit zu Gesprächen rund um das Kursthema und weit darüber hinaus.

Die ausgedehnte Abendveranstaltung hinderte die Kursteilnehmer jedoch nicht daran, pünktlich am nächsten Tag zum zweiten Teil dieses überaus spannenden und informativen Kurses zu erscheinen.

Dem Referenten und den Organisatoren sei auf diesem Wege noch einmal herzlich gedankt!



Die **NEUE GRUPPE** besucht die Malo-Klinik in Lissabon, 18.-20. Februar 2008

3-Tages Kurs zum Thema „All-on-four“, die Versorgung desolater oder zahnloser Kiefer mit nur vier Implantaten und Sofortbelastung mit einem totalen, festsitzenden Langzeitprovisorium



ANDREAS RÖHRLE, SCHWÄBISCH GMÜND

„Re-programm yourself“ ist der Slogan des Malo-Fortbildungsinstitutes, welches ein Teil des für dentale Verhältnisse gigantischen Unternehmens bildet.

In der Tat wird der Besucher der Klinik einer Art „Gehirnwäsche“ unterzogen (Originalzitat Paulo Malo am ersten Kurstag). Das fängt beim Betrachten der beeindruckenden Dimensionen der Malo-Health-Group an. Wir stehen vor einem 15stöckigen Bürogebäude mit ca. 700-800qm Grundfläche.

Wir, das sind die Freunde Marcus Simon, Josef Diemer, Andreas Röhrle und Jürgen Bretthauer (und Jürgens Kollege Joachim Heiter aus seiner Gemeinschaftspraxis). Auf meine Frage, in welchem Stock sich die Klinik befindet, lächelte mich der Hotelconciierge des nebenan gelegenen Marriott mitleidsvoll an: „its the whole building!“

Laut Werbebroschüre arbeiten dort 350 Angestellte, in 8 OP-Räumen werden jährlich 6.000 Implantate gesetzt, 3.000 davon mit Sofortbelastung, in 50 Behandlungszimmern finden 7.000 Behandlungen (allgemeine Zahnmedizin) pro Monat statt.

Wir sollten uns im 13ten Stock melden. Erwartungsvoll durchschritten wir die riesige Eingangshalle aus rotem Marmor und begaben uns zu einem der vier Fahrstühle. Was bei uns die Rezeption und der Wartezimmerbereich ist, ist dort eben die gesamte 13te Etage. Platz ohne Ende, ultramodern und alles sehr geschmackvoll: Verschiedene Wartelounges mit jeder Menge Flat-Screens an den Wänden. Eine 50qm große Kindercke mit Spielkonsolen, eine bewirtete Cafeteria mit Balkon und ein Internetcafe. Hinter dem leuchtenden Empfangstresen eine Glaswand hinter der – ähnlich einem Pressezentrum o.ä. – zehn Telefonistinnen mit Ihren Headsets an Bildschirmen sitzen. In dieser Telefonzentrale werden wohl die übrigen Malo-Kliniken (Polen, Russland, China, zwei in Holland, zwei in Brasilien und zwei in USA) koordiniert. In vielen anderen Ländern sind derzeit Kliniken in der Entstehung (Süd-Korea,

Marocco, Italien, Angola und in Japan). Genügend eingeschüchtert wurden wir dann von zwei netten jungen Mitarbeitern empfangen, welche für die kommenden drei Tage ausschließlich für uns zuständig waren. Nebenbei bemerkt: alle Malo-Mitarbeiter mit denen wir es zu tun hatten, waren stets sehr gut informiert, sehr freundlich, sehr offen und sprachen sehr gut Englisch.

In der siebten Etage wurden wir mit Malo-Shirts eingekleidet und bekamen unsere Unterlagen. Hier befinden sich Vortrags- und Seminarräume, ein Hands-On Kursraum und ein Merchandise-Shop. OP-Hauben und Shirts mit Malo-Aufdruck, Malo-Wein, Instrumente, Demo-Modelle, DVTs und vieles mehr. Wenn der Leser dieser Zeilen nun die Stirn in Falten legt, dann kann er unsere Gefühlslage nachempfinden.

Anschließend wurden wir in die OP-Etage geleitet. Hier relativierte sich etwas unser erster Eindruck. Die OP Zimmer sind eher durchschnittlich. Normale, einfache zahnärztliche Behandlungseinheiten, funktionelle Einrichtung, operiert wird im Stehen, keine Lupen, keine Mikrochirurgie.

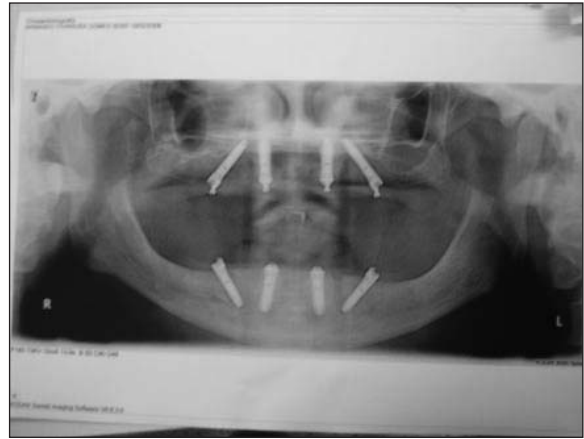
Die Behandlungsplanung, die Behandlung, die Dokumentation und Nachsorge wirken allerdings sehr gut strukturiert und organisiert. Alles läuft sehr schematisch und bestens vorbereitet ab. Wir haben in den drei Tagen Klinikhospitation nur die Behandlung totaler Kiefer verfolgen können. Das Schema lief immer gleichermaßen ab: Zunächst wird in der Behandlungsplanung vor allem das Lippenbild und das Knochenvolumen beurteilt (DVT obligatorisch). Ist beim breiten Lachen des Patienten Zahnfleisch sichtbar? Das Ausmaß des Gummy-Smile wird gemessen. Zweiter wichtiger Punkt ist die Beurteilung der Lippenfülle.

Mit diesen Daten wird das Ausmaß der Knochenresektion bestimmt – ein ganz zentraler Punkt in der „All-on-four“ Behandlung. Durch die Knochenresektion erhält man erstens ein mindestens 5mm breites Kieferkammplateau, zweitens

wird dadurch der Übergang zwischen natürlicher Gingiva und rosa Kunststoff des Langzeitprovisoriums in den nicht sichtbaren Bereich unter die Lippe gelegt und drittens kann die Lippenfülle verbessert werden ohne ein problematisches Ridge-Lap-Design. Die Versorgung wird All-on-four genannt, weil immer nur vier Implantate pro Kiefer eingesetzt werden. Die Implantatpositionen sind immer ähnlich: Im Bereich der zweiten Prämolaren sind die Implantate um 45° nach distal geneigt um im OK den Sinus und im UK das Foramen mentale zu umgehen. In der Region der seitlichen Inzisivi die beiden zentralen, geraden Implantate.

Nach Angabe der Mitarbeiter werden ca. 60% aller All-on-four Fälle am Tage der Implantation mit einem Langzeitprovisorium versorgt. Bei ca. 5% aller Fälle findet das Nobel Guide-Verfahren Anwendung. D.h. es wird (fast) ohne Lappenbildung mit der Schablone implantiert. In diesen Fällen wird das Langzeitprovisorium schon vor der Implantation angefertigt. Paulo Malo gibt zu, dass dies Provisorium eigentlich nie passt. Deshalb werden drei von vier Titanpfosten postoperativ nach dem Einprobieren wieder aus dem Provisorium ausgeschliffen, neu fixiert und im Labor wieder einpolymerisiert. In allen übrigen Fällen wird großzügig aufgeklappt und ebenso großzügig der Kieferkamm reseziert. Wenn beim Gummy-smile beispielsweise 2-3mm Gingiva sichtbar war, wird der Kieferkamm um 6 – 7mm abgetragen. Die Implantate werden mit einer konfektionierten Orientierungsschablone eingebracht und direkt mit Abutments versehen. Wesentlicher Punkt ist hier das Drehmoment. Es wird immer unterdimensioniert aufbereitet (im Oberkiefer oft nur mit einem 2mm Spiralbohrer für die 4mm Nobel-Speedy-Implantate.) Um Kontrolle über das Drehmoment zu haben, beginnt Malo beim Eindrehen der Implantate immer bei 30 Ncm. Wenn sich das Implantat bei 30 Ncm bis zur Endposition eindrehen lässt, dann ist die Primärstabilität zu schwach. Es kann nicht sofort belastet werden. Wenn die Maschine beim Eindrehen bei 30Ncm stoppt, das Implantat aber noch nicht in Endposition ist, dann wird auf 50 Ncm erhöht. Falls das immer noch nicht reicht und es nur noch wenige Gewindegänge bis zur Endposition sind wird mit der Handratsche und „gefühlter“ Drehmomentkontrolle manuell eingedreht. Laut Malo sind 70 – 80 Ncm kein Problem. Drucknekrosen welche die Osseointegration verhindern, wären in diesem Drehmomentbereich mit den Nobel Speedy Implantaten kein Problem. Mit einem Positionierungsschlüssel werden die definitiven Abutments aufgeschraubt und mit Abdruckpfosten versehen.

Nach dem Vernähen um die Abutments herum, werden die Abdruckpfosten mit Vierkantdraht und Kunststoff verschlüsselt. Es werden ein Sammelabdruck und eine erste Bißregistrierung genommen. Der Patient bleibt den ganzen Tag in der Klinik. Innerhalb der nächsten 5-6 Stunden wird ein Wachsregisrat, die Wachsaufstellung, Remontage und Abgabe des verschraubten Langzeitprovisoriums vorgenommen. Diese Erstversorgungen bestehen nur aus Kunststoff ohne



▲ Post-operative Röntgenansicht einer klassischen Malo-Versorgung

▼ Demo-Modell einer Supra-Konstruktion „all on four“



Metallverstärkung und gehen nur bis zum zweiten Prämolaren. Nach einem halben Jahr Tragezeit wird das Provisorium ausgetauscht. Im Unterkiefer immer in eine Kunststoffbrücke mit Titanbasis, mit Extensionen bis zum ersten Molaren. Im Oberkiefer entweder wahlweise wie im Unterkiefer oder einer technisch aufwändigeren Keramikarbeit mit Titan-Mesostruktur: also immer festsitzend. Fast überflüssig zu erwähnen, dass die Zahntechnik in mehreren Abteilungen unterteilt im Gebäude integriert ist und vom technischen Niveau durchaus unserem Standard entspricht.

Die Sofortbelastung mit dem All-on-four Konzept wird in Lisabon seit 8 Jahren im Unterkiefer und seit 6 Jahren im Oberkiefer durchgeführt. Eigene Statistiken weisen eine durchschnittliche Erfolgsrate von 99,86 % für den Unterkiefer und 98,5 % für den Oberkiefer aus. Wenn man wie beschrieben,

ohne Augmentationen auf nur vier Implantaten und reduziertem zahntechnischen Aufwand versorgt, sind neben der hohen Erfolgsrate natürlich die kurze Behandlungszeit und die niedrigeren Kosten für den Patienten ein großer Vorteil

Ein Fazit zu ziehen ist nicht einfach: Einerseits widerspricht das Malo-Konzept in so vielen Punkten unseren Grundprinzipien in der Implantologie (Implantanzahl, Drehmoment, Knochenerhalt, Augmentationen, Einheilzeiten, Mikrochirurgie, Prothetikkonzepte), andererseits ist das Konzept, wie vorge-tragen, einleuchtend einfach und in sich logisch.

Für bestimmte Fälle wie z.B. Gummy-Smile mit desolater Restbezahnung oder aber beim zahnlosen, atrophierten oder hohen und schmalen Kieferkamm, ist es jedoch eine interessante Behandlungsoption.

Nicht nur fachlich war Lissabon interessant. Die freundlichen Menschen, die schöne Stadt und nicht zuletzt die guten Fisch-restaurants machen die Reise dorthin lohnenswert.

▼ Die NEUE GRUPPE Delegation

v.l. Marcus Simon, Joachim Heiter, Jürgen Bretthauer,
Josef Diemer, Paolo Malo und Andreas Röhrle



Schiengeneführte 3-D Navigation in der oralen Implantologie

Dr. Pascal Marquardt, Dr. Marko Knauf, PD Dr. Dirk Schulze, Prof. Jörg Strub, ZTM Wolf Wörner

Am 29. Februar trafen wir uns in einem Kreis von ca. 25 Kollegen in der Freiburger Zahnklinik, um uns von den oben genannten Referenten in die Geheimnisse der computer-gesteuerten Navigation einweihen zu lassen.

Zuerst wurde uns von den Herren Drs. Marquardt und Knauf die drei bekanntesten Systeme Nobel Guide, Simplant und Med 3D vorgestellt und die Besonderheiten jedes Systems erläutert.

Die Referenten ließen jederzeit Fragen zu und so entwickelte sich schnell eine lebhaft Diskussions, in der die Vorteile jedes Systems wie aber auch die Schwächen klar wurden.

Die Kollegen Marquardt und Knauf erwiesen sich als ausgesprochen kompetent und bewiesen große Erfahrung im Umgang mit einzelnen Systemen, verheimlichten aber auch die Schwachstellen der Systeme nicht.

Im zweiten Vortrag erläuterte Herr PD Schulze als Leiter Radiologie der Zahnklinik Freiburg die radiologischen Grundlagen. Mit Temperament verstand es Herr Schulze, uns ein eher trockenes Thema hervorragend darzustellen. Dabei drehte sich sein Vortrag um die digitale Volumetomographie versus Computertomographie. Er erklärte uns Voxel und Pixel und so manchem Kollegen, besonders dem Autor dieser Zeilen, rauchte sehr schnell der Kopf.

Abends trafen wir uns zu einem gemeinsamen Abendessen, bei dem weiter mit den Referenten wie auch untereinander gefachsimpelt wurde.

Der 2. Tag war der Tag der Praxis

Es begann mit einer Live-OP von 6 Implantaten im zahnlosen Unterkiefer mit Hilfe von Nobel Guide und der Eingliederung eines Provisoriums am gleichen Tag.

In der Chirurgie zeigten sich die Schwächen bzw. die möglichen Ungenauigkeiten der Navigation bei geringer Knochenbreite.

Bei einzelnen Implantaten zeigte die Planung am PC bereits ein limitiertes aber ausreichendes Knochenangebot. Nach Insertion der Implantate ohne Lappenbildung, entschloss sich der Operateur aufzuklappen, um eine Kante am Alveolarfortsatz zu brechen, und es zeigte sich eine große knöcherne Dehizens vestibulär einzelner Implantate, die dann augmentiert wurden.

Das Provisorium wurde aus guten Gründen nicht nach ursprünglichem Nobel-Guide-Protokoll bereits im Vorfeld auf den sogenannten ‚Guided Abutments‘ fertiggestellt. Vielmehr wurden die Abutments im Mund einpolymerisiert und ins Labor Wörner zur Ausarbeitung geschickt. Die Eingliederung erfolgte am selben Tag abends.

Diese OP löste einigen Diskussionsbedarf, speziell zur Genauigkeit der Planung, aus. Die Referenten erläuterten nochmals sehr kompetent, dass es immer eine Ungenauigkeit von ca. 0,5-1mm gibt. Speziell bei limitiertem Knochenangebot ist es manchmal erforderlich, nach Insertion der Implantate einen Lappen zu bilden und eine GBR-Therapie durchzuführen.

Im weiteren Verlauf des Tages bestand dank Unterstützung der Industrie die Möglichkeit, mit den einzelnen Systemen zu üben, um sich so mit den unterschiedlichen Programmen vertraut zu machen.

Es folgten noch 2 weitere Live-OP's, bei der die Kollegen Marquardt und Knauf sowohl Mut wie auch großes chirurgisches Geschick bewiesen, da es sich hier nicht um einfache Standardfälle handelte. Darin bestand aber auch ein großer Vorteil für die Kursteilnehmer, denn bei sogenannten „einfachen“ Fällen ist der Lerneffekt sicherlich deutlich geringer.

Herr Prof. Kohal stand am 2. Tag als Moderator bzw. advocatus diaboli während der Operationen und Diskussionen mit Humor und großem Sachverstand allen Kursteilnehmern zur Seite.

Die Herren Kollegen Marquardt und Knauf haben mit großem Einsatz und einem hohen Maß an Kompetenz eine sehr gute Veranstaltung für die Neue Gruppe organisiert und durchgeführt. Die prothetische Abteilung der Universität Freiburg bietet sich sicherlich für weitere Veranstaltungen aus meiner Sicht an.

Die Entscheidung, ob man ein Navigationsprogramm in seiner Praxis benötigt und falls ja welches, fällt nach diesem Kursus dem erfahrenen implantologisch tätigen Kollegen leichter.

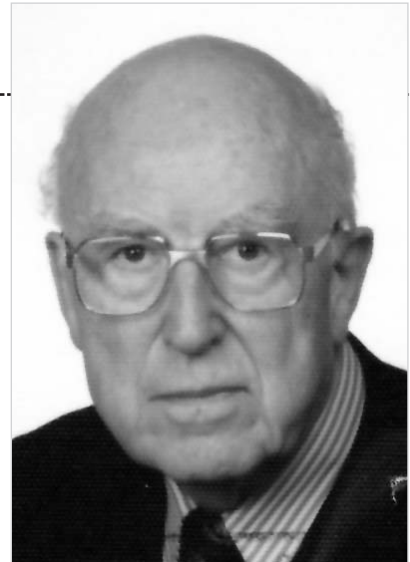
ERNST VÖPEL, REMSCHEID



▲ Gruppenbild vor dem Klinikeingang: Ein ausgebuchter Kurs!

LAUDATIO

unserem Freund Ernst Helmut Pruin zum 95. Geburtstag



DETHARD SUABEDISSEN, BREMEN

Sticht man eine Informationsquelle an, um einige Daten zu einem so erfolgreichen Berufs-leben, wie Herr Prof. Dr. Dr. Ernst Helmut Pruin es uns vorweist, zu ergattern, so hat man gleich mehrere Aktenordner voll Material zur Verfügung.

Zu seiner Berufswahl gibt Ernst Helmut Pruin gleich selber eine Anekdote zum Besten: Die Begegnung mit einem angesehenen mit zehn Büchern bepackten Zahnarzt vor einer Buchhandlung ließ den Pennäler erahnen, dass Erkenntnis aus Forschung von gesicherter Position aus zu erreichen wäre. So hat dann Prof. Pruin sich die Zahnmedizin aus seinen Studien als Grundstein seines vielseitigen und erfolgreichen Werdegangs gewählt. Die Grundsteinlegung musste durch Kriegseinwirkungen wiederholt werden. Seine große Praxis war zerbombt. Die von ihm aufgebaute Abteilung für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten am Krankenhaus war demontiert. Das Fundament seiner beruflichen Laufbahn wurde schon während des Krieges immer breiter und fester durch die Aufnahme des Medizinstudiums und durch Erfahrungen in der Chirurgie des Kopfes an der Front und in Lazaretten. Eigene anatomische Forschungen und ein neugieriger Blick über alle Tellerränder hinweg waren die Basis seiner Pionierleistungen in der Implantologie.

Es ist einfach erstaunlich, wie Pruin aus einem Tag über 48 Stunden herausholen kann, um neben einer sehr umfangreichen Praxis Forschung zu betreiben, Erfindungen bis zur erfolgreichen Patentreife zu entwickeln (z. B. Dentomat u. a.), in vielen Kursen zu lehren, Lehrbücher zu schreiben, sich in der Standespolitik an verschiedenen verantwortlichen Stellen erfolgreich einzusetzen (u. a. als Kammerpräsident) und vieles mit Ideen und Durchsetzungskraft zu bewirken (zahnärztliches Altersversorgungswerk, Helferinnenweiterbildung, Etablierung des Faches Oralchirurgie).

Bei seiner Lehrtätigkeit in seinen Kursen entwickelte sich auch der Kontakt zur **NEUE GRUPPE** über Günter Wunderling und Charlie Przetak, der zur Aufnahme 1975 führte. Selbst die, die unseren Freund Ernst Helmut Pruin nur wenig kennen, konnten ihn auf den ausgedehnten Neue Gruppe Tagungen und Festen als über neunzigjährigen frischen Evergreen beobachten, und das lässt erahnen, dass er neben den vielen, vielen Ämtern und Aufgaben auch Spaß und Freude erleben kann.

Wir wünschen unserem Vorbild Ernst Helmut Pruin, dass er seine Gesundheit wiedererlangt und seinen kritisch wachen Geist bis in sein nächstes Jahrhundert behält.

Alles Gute und viel Glück! Deine Freunde der **NEUE GRUPPE**.

NACHRUF auf Günter Klimberg

Nach langem mit großer Geduld ertragenem Leiden ist unser lieber Freund und Kollege Günter Klimberg gestorben. Günter stammt aus einer angesehenen Münsteraner Beamtenfamilie. Er war im besten Sinn des Wortes ein typischer Westfale, aufrecht, zuverlässig, großzügig und mit hintergründigem Humor. Er hatte eine verbindliche Art und ging offen auf die Menschen zu.

Nach dem Abitur in Münster hat er von 1939 bis 1943 an der Westfälischen Wilhelmsuniversität Zahnheilkunde studiert. Anschließend wurde Günter 1943 zur Wehrmacht eingezogen und kam nach kurzer Ausbildung an der Ostfront zum Einsatz. Ende 1944 wurde Günter mit Verletzungen und Erfrierungen in das westfälische Lazarett Hemer eingeliefert. Dies hat ihm vermutlich das Leben gerettet. 1945 erhielt Günter die zahnärztliche Approbation und nahm anschließend unter schwierigsten Bedingungen im Elternhaus seine berufliche Tätigkeit auf. 1946 heiratet er Rita, die er während des gemeinsamen Studiums kennen gelernt hatte. In der Zwischenzeit hatte er eigene Praxisräume und die Zulassung zur Behandlung von Kassenpatienten, was damals für junge Kollegen keine Selbstverständlichkeit war.

1948 folgte die Promotion in Münster. Seine Praxis mit eigenem Labor nahm in den folgenden Jahren einen großen Aufschwung. Der Grund dafür war neben der Persönlichkeit von Günter der überdurchschnittliche Drang zur Teilnahme an zahlreichen Fortbildungsmöglichkeiten.

Als ich 1963 an die zahnärztliche Klinik in Münster kam, lernte ich Günter Klimberg kennen. Er war fast bei jeder Veranstaltung der Westfälischen Gesellschaft sowie anderer wissenschaftlich-zahnärztlicher Vereinigungen anwesend und diskutierte lebhaft mit den Experten. 1966 kamen wir beide zu Fortbildungskursen nach Düsseldorf in die Praxis von Charly Przetak, dem Mitbegründer der **NEUE GRUPPE**.

Der Kontakt mit dieser fachlich sehr anspruchsvollen Gesellschaft war ein Wendepunkt in unserer beruflichen Tätigkeit. Hier wurde schon Ende der 60er Jahre moderne Parodontologie und Gnathologie sowie später auch Endodontie und Implantologie vermittelt.

Durch die **NEUE GRUPPE** konnten wir von den ersten und weltweit besten Kollegen und Lehrern der Zahnheilkunde die neuesten Erkenntnisse der wissenschaftlichen und praktischen Zahnheilkunde kennen lernen. Es war ein regelrechter Aufbruch in der wissenschaftlichen und praktischen Zahnheilkunde.

1967 wurde Günter in die **NEUE GRUPPE** aufgenommen. 1969 haben wir unsere erste gemeinsame Reise in die USA angetreten, wo wir an einem internationalen Zahnärztekongress teilnahmen und zahlreiche prominente Praxen in New York und Boston besuchen konnten.

In der Zwischenzeit hatten wir in Münster auch eine kleine Fortbildungsgruppe mit Heinz Erpenstein, Peter Diedrich,

jungen Kollegen aus der Zahnklinik und nicht zuletzt auch Günters Sohn Uli, der 1971 die Approbation erhielt und 1973 promovierte. Nach einem vollen Arbeitstag in der Praxis oder der Klinik trafen wir uns regelmäßig in Günters Labor zur Diskussion über unsere

neuesten Erkenntnisse aus dem letzten Fortbildungskurs oder zum Einartikulieren, Übertragungsbogen anlegen und Herstellung von Zentrikregistraten nach Lauritzen. Diese Registerate wurden so lange genommen, bis am Splitcast kein Spalt mehr zu sehen war. Auch andere Probleme der Zahnheilkunde wurden oft bis in die späte Nacht hinein diskutiert.

Unsere familiären Kontakte waren in dieser Zeit recht intensiv. Wir machten gemeinsame Spaziergänge in der Umgebung von Münster und waren auch mehrmals zusammen beim Schilaufen in Südtirol. Dort haben wir abends über den Plänen zum Neubau von Günters Praxis gesessen und diskutiert. Günter war auch ein passionierter Jäger. Für uns als Laien war die Teilnahme an einer Treibjagd ein besonderes Erlebnis, das mit einem geselligen Abend endete.

1970 ist Günters Frau Rita nach langer schwerer Krankheit gestorben. Günter stürzte sich in dieser Zeit in seine berufliche Arbeit, und er plante und baute eine neue große Praxis. Es war wahrscheinlich die größte Praxis in Münster mit 3 Behandlern, 6 Sprechzimmern und allen notwendigen zusätzlichen Räumen, einschließlich eines großen Labors.

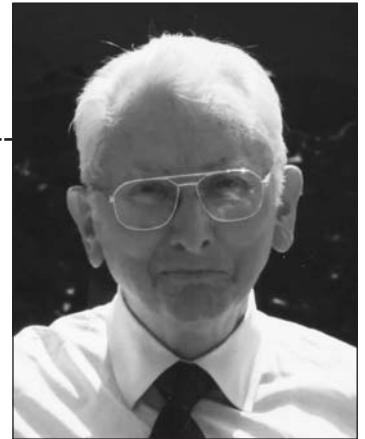
1976 haben Günter und Hilde geheiratet. Beide haben nochmals ein gemeinsames Glück gefunden. Nach kurzer Zeit hat Hilde auch die Herzen der Kinder von Günter erobert. Hilde war nicht nur eine liebevolle Partnerin, sondern auch eine große Stütze für Günter in seinen letzten Lebensjahren.

Nach der endgültigen Praxisaufgabe 1991 hatte Günter mehr Zeit für sein Hobby Töpferarbeiten. Er fertigte wunderschöne Gefäße und Figuren in allen Größen an, die zum Teil seinen großen Garten heute noch schmücken.

Die letzten Jahre waren zum Teil erheblich von Krankheit gezeichnet. Doch Günter behielt seinen Humor. Zu seinem 85sten Geburtstag hat Hilde für Günter ein schönes Fest arrangiert, das uns allen noch in guter Erinnerung ist.

Lieber Günter, Du warst ein treu sorgender Vater, ein liebevoller Ehemann und ein guter zuverlässiger Freund.

Wir werden Dich sehr vermissen und Dich in unserem Gedächtnis behalten.



*06.06.1921 †12.10.2007

NACHRUF Günter Staehle

Am 19. März 2008 ist unser Freund, Günter Staehle, im Alter von 87 Jahren verstorben. Er war mir persönlich und vielen von uns ein ganz besonderer Freund. Als Zahnarzt war er der schwäbische Tüftler schlechthin. Wer ihn in Vorträgen und Kursen erlebte, wird mit mir die volle Bewunderung und Hochachtung für seine Person und sein Tun teilen.

Eigentlich wollte er gar kein Zahnarzt werden. Er war mit Leidenschaft der Musik und seiner Geige verbunden. Nach dem Abitur im Jahr 1939 studierte er an der Stuttgarter Musikhochschule Musik im Hauptfach Geige, wurde dann aber im Verlauf des Zweiten Weltkriegs als Soldat zur damaligen Deutschen Wehrmacht eingezogen. Ab Ende 1942 wurde er an der berüchtigten „Ostfront“ eingesetzt und dort mehrfach verwundet. Von seinem Jahrgang (1921) sind nicht viele aus dem Krieg zurückgekehrt. Nach dem Zusammenbruch gelang es ihm, sich auf abenteuerlichen Wegen bis in seine schwäbische Heimat durchzuschlagen und so der Kriegsgefangenschaft zu entgehen.

In der Nachkriegszeit sah er aufgrund seiner erlittenen Verwundungen keine Chance mehr für den Beruf eines Geigers. Er entschloss sich deshalb, den Beruf seines Schwiegervaters zu

ergreifen und begann 1946 in Tübingen das Zahnmedizinstudium, das er 1949 abschloss. Im gleichen Jahr promovierte er zum Dr. med. dent. über ein Thema zur Remineralisation des Zahnschmelzes. Von 1949 bis 1950 war er an der Kieferchirurgie des Stuttgarter Katharinenhospitals, das wegen Zerstörung von Stuttgart nach Stetten im Remstal verlagert worden war, unter der Leitung von U. Rheinwald tätig. 1951 gründete er in Böblingen eine eigene Zahnarztpraxis, die er mit kurzer Unterbrechung als erster Leiter des Zahnmedizinischen Fortbildungszentrums Stuttgart (im Jahr 1976) bis 1986 führte.

Er bemühte sich von Anfang an, Zahnheilkunde auf höchstem Qualitätsniveau auszuüben. Ein Beispiel dafür: Bereits 1949 fräste er Zylinderteleskopkronen mit Hilfe einer kleinen Drehbank, die er aus einer zerbombten Fabrik ausgebaut hatte. Er hat etliche neue Verfahren entwickelt und dabei zahlreiche Patente erworben, unter anderem im Bereich der Abformtechnik und der Herstellung von Provisorien.

Einige bemerkenswerte Entwicklungen in der Zahnmedizin gehen auf ihn zurück wie z. B. eine Absauganlage am Behandlungsstuhl, die er mit Hilfe eines Staubsaugers konstruierte und mit der Firma Dürr in Bietigheim zur Industriereife brachte.

Im Rahmen seiner Fortbildungsbemühungen stieß er zur *NEUE GRUPPE* und hat u. a. alle Kurse von Arne Lauritzen, mit dem er sich später eng befreundete, mit Bravour durchlaufen.

Neben seiner intensiven Praxistätigkeit veröffentlichte er einige wegweisende Fachartikel und hielt unzählige Vorträge und Kurse, die von der Kollegenschaft sehr gut aufgenommen wurden.

Ihm wurden zahlreiche Ehrungen zuteil, unter anderem erhielt er 1970 das Bundesverdienstkreuz und im gleichen Jahr den Grand Prix de Journées Internationales du film Dentaire. Im Jahr 1974 wurde er in die Neue Gruppe aufgenommen. 1979 wurde ihm die Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft, 1981 der Jahresbestpreis der DGZMK verliehen. In den folgenden Jahren wurde er Ehrenmitglied etlicher Vereinigungen, unter anderem der International Academy of Gnathology.

Von Anfang an war er beim Aufbau der Akademie Praxis und Wissenschaft durch Günther Wunderling als Lehrer tätig. Als solchen lernte ich ihn im Rahmen des Grundkurses kennen und schätzen. Ich bewunderte stets seine Handfertigkeit und sein überdurchschnittliches menschliches und fachliches Engagement für seine Patienten und Kursteilnehmer. Es entstand eine enge Freundschaft mit ihm. So sah er in mir seinen dentalen Adoptivsohn und versuchte, an mich sein ganzes dentales Wissen und Können weiter zu geben.

Neben Bob Lee war er der Zahnarzt, der mich am meisten in meiner Karriere gefördert hat, wofür ich ihm immer besonders dankbar war und sein werde. Bis 1986 haben wir im Rahmen der APW und anderen Institutionen gemeinsam Kurse gege-

*24.05.1921 †19.03.2008



ben. Nach dem Verkauf seiner Praxis besuchte er mich alle vier Wochen in meiner Praxis in Wangen und führte erfolgreich kieferorthopädische Behandlungen bei Erwachsenen durch.

Während der gemeinsamen Abende am Kamin führten wir leidenschaftliche politische und geschichtliche Gespräche, wobei er mir als Zeitzeuge seine Zeit näher bringen konnte. Ich war tief beeindruckt von seinem historischen und literarischen Wissen.

Und er begann wieder zu geigen; unvergessen ist sein Konzert mit Professor Alex Motsch und drei weiteren Kollegen im Rahmen der Jahrestagung der Neuen Gruppe in Neuß 1989: das Forellenquintett von Schubert. Darüber hinaus erfand er den extraoralen Funktionsabdruck, ein Abformverfahren für individuelle Kinnauflagen bei Geigen.

In seinen letzten aktiven Jahren wurde er zu einem der besten Restauratoren für historisches Porzellan: Auftragslage zwei Jahre im Voraus. Er arbeitete mit einer Porzellanmalerin zusammen und ließ sich Kompositmaterialien in den Farben von Meißner Porzellan und anderen einfärben. Er ersetzte fehlende Stücke, schiente und befestigte Bruchstücke mit Wurzelstiften, Schrauben und Glasfasern. Nach Abschluss der Restauration wollte man schwören, das Stück habe nie gefehlt.

Zusammen mit seiner Frau Regina zog er drei Söhne groß, die erfolgreich beruflich Karriere machten. Volker, der älteste, in der Forstwirtschaft, Michael als Professor für Cello in den USA und der jüngste ist der uns wohl bekannte Professor Hans Jörg Staehle in Heidelberg. Nach dem Tod seiner Frau verbrachte er seinen Ruhestand in Pflege zu Hause. Nach kurzer Krankheit ist er friedlich entschlafen. Wir werden ihn als bedeutende Persönlichkeit und guten Freund in stetiger Erinnerung behalten.

WOLFRAM BÜCKING, WANGEN, 29. MÄRZ 2008



NEUE GRUPPE

42. Jahrestagung der

NEUE GRUPPE

Bregenz 2008

12. bis 13. September

...eine Dentalshow besonderer Art.



ÄSTHETIK BRAUCHT FUNKTION

DONNERSTAG, 11. SEPTEMBER 2008

- CEREC-Workshop (Sirona) **DR. ALESSANDRO DEVIGUS**
- Nobel Biocare-Workshop **DR. ROBERT NÖLKEN**
- SAM-Workshop **ZA HEINZ MACK**

FREITAG, 12. SEPTEMBER 2008

DR. WOLFRAM BÜCKING: Einführung in das Tagungsthema durch den Präsidenten – Das stomatognathe System

DR. HARRY LUNDEEN: Die Biomechanik des Kauens

DR. CARL WIRTH (Gainesville; USA): „The Gnathic Replicator“

HEINZ MACK (München): Axiographie

DR. WERNER FISCHER et al (Braunschweig): Die Biomechanik des Kauens – LIVE Demonstration der Kauvorgänge und Darstellung in 3D

PROF. DR. STEPHAN KOPP et al (Frankfurt a.M.): Ästhetik und Funktion des menschlichen Körpers CMD Diagnostik und Therapie

PROF. DR. STEPHAN KOPP,
PROF. DR. DR. ROBERT SADER (Frankfurt a.M.):
Ästhetik und Funktion des Gesichts. Kieferorthopädie, orthognathische Kieferchirurgie und ästhetische Gesichtsveränderungen

PROF. DR. ALEXANDER GUTOWSKI (Schwäbisch Gmünd):
Das zentrische Registrat – Video-Demonstration am Patienten

DR. WOLF-DIETER SEEHER (München): Selektives Einschleifen und funktionelle Prophylaxe – LIVE Demonstration am Patienten

SAMSTAG, 13. SEPTEMBER 2008

PROF. CLAUDE RUFENACHT (Genf /CH),
PROF. DANIEL EDELHOF (München):
Ästhetik und Funktion der Frontzähne

ZTM JÖRG STUCK (Essen): Ästhetik und Phonetik
– LIVE Demonstration am Patienten

PROF. KUBEIN-MEESENBURG (Göttingen) et al: Ästhetik und Funktion der Frontzähne – wissenschaftliche Grundlagen – Praxis des CCF-Systems – LIVE Demonstration am Patienten

DR. ULRICH GAA (Schorndorf),
THERESIA ASSELMAYER (Hannover),
DR. JOSEF DIEMER (Meckenbeuren):
Eingliederung einer zentrischen Schiene mit anteriorer Führung –
Rekonstruktionen – Patientenvorstellung

ZTM STEFAN SCHUNKE (Fürth): Ästhetik und Funktion der Seitenzähne. Das biomechanische Aufwachskonzept nach Polz

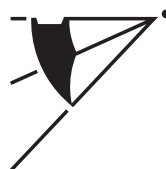
WOLFGANG BOER (Euskirchen): Ästhetik und Funktion der Seitenzahnfüllung – LIVE Demonstration am Patienten

DR. DR. DIETER EDINGER (Hamburg): FGP-Stereographie in der Kaufläche – LIVE Demonstration am Patienten. Visualisierung mit dem ROSY-System

DR. ALESSANDRO DEVIGUS et al (Bülach/CH): Ästhetische Rekonstruktion der Seitenzähne mit dem CEREC System in FGP. Demonstration am Patienten

INFO & ANMELDUNG:

www.neue-gruppe.com
Quintessenz Verlag / Kongress-Service
Ifenpfad 2-4 · D-12107 Berlin ·
Telefon: 0049(0)30 - 76180-624



NEUE GRUPPE

Wissenschaftliche Vereinigung von Zahnärzten

Impressum

Copyright 2008 *NEUE GRUPPE* Journal.

Herausgeber: *NEUE GRUPPE*, wissenschaftliche Vereinigung von Zahnärzten.

Redaktionelle Leitung: Dr. Udo Engel

Das *NEUE GRUPPE* Journal umfasst zwei Ausgaben pro Jahr.

Das Journal und alle in ihm enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt.

www.neue-gruppe.com

dr.u.engel@t-online.de

Konzeption, Gestaltung und Produktion:
Graphicon GmbH, Frankfurt am Main