

# 47

- 4** Fachartikel:  
**Interdisziplinäre Zahnmedizin**
- 9** Fachartikel: Ist autologer  
**Knochen unersetzbar?**
- 15** Statement:  
**Dr. Rose Marie Lohmiller**
- 16** Webinare:  
**Dezember 2020 bis  
September 2021**
- 19** Bericht: Hamburg ist immer  
**eine Reise wert ...**
- 20** Neue Seminare



*TRADITION* + **INNOVATION**

# Glückwünsche

## Geburtstage

Zu seinem **85.** Geburtstag gratulieren wir ganz herzlich:  
**Alexander Gutowski (5.2.1936)**

Zum **80.** Geburtstag gratulieren wir ganz herzlich:  
**Caspar Lachmann (19.1.1941)**  
**Ulrich Englert (9.5.1941)**  
**Hartmut Hennies (18.11.1941)**  
**Ulrich Bube (2.12.1941)**

Zum seinem **75.** Geburtstag gratulieren wir ganz herzlich:  
**Wolfram Bücking (14.5.1946)**

Zum seinem **70.** Geburtstag gratulieren wir ganz herzlich:  
**Wolf-Diether Gabriel (10.4.1951)**

Zum **65.** Geburtstag gratulieren wir ganz herzlich:  
**Brigitte Simon (1.2.1956)**  
**Gerhard Iglhaut (8.4.1956)**  
**Tomislav Kresic (18.11.1956)**

Zum seinem **60.** Geburtstag gratulieren wir ganz herzlich:  
**Armin Enßle (15.7.1961)**

Zum ihrem **50.** Geburtstag gratulieren wir ganz herzlich:  
**Britta Wengel-Buns (13.4.1971)**

## Neue Mitglieder

**Dr. Moritz Nensa**  
**Dr. Jörg Schröder** (unter Vorbehalt der Aufnahme in der Mitgliederversammlung)  
**Dr. Paul Schuh**  
**Dr. Christoph Wenninger**

## Außerordentliche Mitglieder

**Dr. Giuseppe Allais**  
**Dr. Uwe Blunck**

# Nachruf

**Dr. Rüdiger Thümmel**  
† 22. Juni 2021  
Nachruf auf Seite 23

## Mitgliedschaft

**55 Jahre**  
Alexander Gutowski  
Hartmut Wengel

**50 Jahre**  
J. Peter Engelhardt

**40 Jahre**  
Jürgen Dapprich

**35 Jahre**  
Ulrich Bube  
Klaus Prinz  
Walter Schneider

**30 Jahre**  
Wolf-Dieter Seeher  
Eva-Valeska Mösch von Scharfenberg

**25 Jahre**  
Ulrich Gaa  
Wolf-Diether Gabriel  
Markus Hürzeler  
Ralf M. Gerhart  
Peter Ottl  
Karl-Jürgen Schumacher

**20 Jahre**  
Eduardo Anitua  
Clemens Bargholz  
Gerhard Iglhaut

## Impressum

Copyright 2021 *NEUE GRUPPE* News.

Herausgeber: *NEUE GRUPPE*,  
wissenschaftliche Vereinigung von Zahnärzten.  
Redaktionelle Leitung: Dr. Christian Sampers

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

www.neue-gruppe.com  
E-Mail: rezeption@drsampers.de

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

 **NEUE GRUPPE**  
Wissenschaftliche Vereinigung von Zahnärzten  
www.neue-gruppe.com

# Editorial



## Liebe Freunde,

zwei außerordentliche Jahre, die wir so schnell nicht vergessen werden, liegen hinter uns. Corona hat nicht nur unser Privatleben und unsere Praxen, sondern auch die **NEUE GRUPPE** mit bisher nicht gekannten Problemen konfrontiert. Herausforderungen, die meines Erachtens nach mit Bravour gemeistert wurden. Gerade in dieser Krise wurden der Zusammenhalt und die Solidarität in unserem Freundeskreis spürbar und erlebbar. Die fachliche Kompetenz wurde durch ein klares wissenschaftliches Statement zur Patientenbehandlung unter „Corona-Bedingungen“ herausgestellt.

Die Corona-bedingten Kontaktsperrungen machten persönliche Treffen unmöglich. Folgerichtig mussten unsere Jahrestagungen - sowohl die Frühjahrstagungen 2020 und 2021, als auch die Jahrestagung 2020 - abgesagt werden. Leider fielen auch die allermeisten unserer geplanten Fortbildungen und Seminare den Corona-Kontaktbeschränkungen zum Opfer oder konnten zumindest nicht als Präsenzveranstaltung durchgeführt werden.

Eine schwere Zeit für unseren Freundeskreis, dessen „Geist“ auf dem fachlichen Austausch in partnerschaftlicher Atmosphäre beruht. „Dum spiro, spero“- die Hoffnung stirbt zuletzt – das stimmte in dieser Zeit nicht – die Hoffnung starb leider öfter als erwünscht. Die notwendigen, alternativlosen Absagen der Tagungen haben geschmerzt, zumal alle Vorbereitungen erfolgt waren. Ein kleiner Buddy-Bär oder ein „Berliner Fresspaket“ konnte sicherlich nur einen kleinen Ersatz für die verloren gegangenen gemeinsamen Stunden und Tage darstellen.

Es mussten **NEUE** Wege beschritten werden. Die **NEUE GRUPPE** musste wegen der widrigen Umstände eine stärkere Digitalisierung umsetzen, auch wenn das mit dem analogen, persönlichen und vertrauten Charakter der **NEUEN GRUPPE** nur schwer in Einklang zu bringen war. Zahlreiche Webinare wurden als Ersatz für unsere Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Sie konnten den freundschaftlichen Austausch bei den Präsenzveranstaltungen zwar nicht vollständig ersetzen, fanden aber großen Zuspruch. Webinare werden auch in Zukunft ein fester Bestandteil unseres Fortbildungsprogramms bleiben.

Nachdem die erste „Schreckstarre“ durch die notwendige Absage der Frühjahrstagung 2020 überwunden war, wurden die ausgefallene Jahrestagung und Frühjahrstagung durch kurze,

komprimierte digitale Veranstaltungen ersetzt. Diese digitalen Veranstaltungen fanden durchaus regen Zuspruch, werden allerdings hoffentlich kein fester Bestandteil unseres **NEUE GRUPPE** Programms werden oder werden müssen.

Für unsere jetzige Tagung wünsche ich uns, dass wir alles, auf das wir in den letzten zwei Jahren verzichten mussten, und das die **NEUE GRUPPE** auszeichnet, nun umso intensiver erleben dürfen. Ich freue mich darauf, jeden einzelnen von Euch wieder zu treffen und fachlichen und persönlichen Austausch pflegen zu dürfen. Besonders freue ich mich darauf, viele unserer älteren Mitglieder bei der Tagung und dem Begleitprogramm begrüßen zu dürfen. Ein freundschaftlicher, kollegialer und intergenerationaler Austausch kann und wird die **NEUE GRUPPE** inspirieren und bereichern. Dieser Austausch wird für alle Generationen nützlich und gewinnbringend sein.

Mit der Jahrestagung kommt auch das Ende meiner Präsidentschaft. Es war mir eine außerordentliche Ehre und ein Privileg der Präsident unseres Freundeskreises von fachlich höchst engagierten Kollegen gewesen zu sein. Meinem Nachfolger Michael Christgau wünsche ich für seine Präsidentschaft weniger Corona und viel Erfolg. Es steht dann ein Generationenwechsel in der Führung bevor. Ich wünsche mir, dass möglichst viele Freunde der nächsten Generation jetzt bereit sind, Verantwortung in der **NEUEN GRUPPE** und für unsere Gemeinschaft zu übernehmen. Insgesamt blicke ich zuversichtlich in eine prosperierende Zukunft für unsere **NEUE GRUPPE**.

Für die hervorragende Unterstützung bei den zahlreichen schweren Aufgaben der letzten zwei Jahre, möchte ich mich bei meinem Vorstand sowie denjenigen, die mir mit Rat und Tat beiseite gestanden haben, ganz herzlich bedanken. Ich kann nur all meinen Nachfolgern einen solch motivierten, engagierten und großartigen Vorstand wünschen.

Mit herzlichen und lieben Grüßen  
Euer Derk

# Interdisziplinäre Zahnmedizin

BERICHT VON DR. JÜRGEN DAPPRICH



Die beiden großen Volkskrankheiten Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen werden zum größten Teil von einer CMD ausgelöst. Neurologen kennen die Zusammenhänge mit einer CMD nicht und schicken die Patienten in Schmerzkliniken, wo diese mit Schmerzmitteln ohne Erfolg behandelt werden. Orthopäden können nur bei 15% der Patienten eine Ursache finden und sind ratlos, woher die Schmerzen der anderen 80% kommen. Sie können sich absolut nicht vorstellen, dass ein Beckenschiefstand mit Skoliose der Wirbelsäule von einer Okklusionsstörung ausgelöst wird und daher die Ursache dieser Schmerzen sind.

<https://www.drdapprich.de/pdf/DZW16.pdf> Das ist aber nur ein Teil der Schmerzen, die den ganzen Körper betreffen können (Abb. 6). Auch etwa 70% aller orthopädischen Operationen der Hüft-, Knie- und Fußgelenke sind überflüssig, wenn rechtzeitig eine ganzheitliche CMD Therapie durchgeführt würde. <https://www.drdapprich.de/pdf/dzw19.pdf>

## Interdisziplinäre ZahnMedizin

Wenn Zahnärzte über Interdisziplinäre Zusammenarbeit reden, meinen viele die einzelnen Gebiete der Zahnmedizin und benachbarte medizinische Fachgebiete, aber dass fast alle medizinischen Gebiete bei einer CMD betroffen sind, wissen nur wenige. Denn die CMD ist bei uns ein Stiefkind, sie wird nur an 30% aller Uni-Zahnkliniken gelehrt, aber an keiner einzigen die Zusammenhänge mit dem ganzen Körper. Dabei fing alles so gut an, als die Neue Gruppe Ende der 60iger Jahre die moderne Zahnmedizin in Deutschland einführte, allen voran unser zweiter Präsident Charly Przetak, der viele amerikanischen Praktiker, anfangs besonders viele Gnathologen, zu Neue Gruppe Vorträgen eingeladen hatte. Ich selbst hatte das Glück bei Charly Assistent sein zu dürfen und habe die Vorträge regelrecht aufgesaugt, was mein zahnärztliches Leben völlig verändert hat. Unsere Neue Gruppe war und ist führend auf allen Gebieten der Zahnmedizin, aber leider besteht heute bei der Mehrheit unserer Gruppe an der Funktion nur noch ein untergeordnetes Interesse (siehe Vorträge bei den Jahrestagungen). Dabei ist die Funktion für den Erfolg ausschlaggebend: „Funktion ist nicht alles, aber ohne Funktion ist alles nichts“. Als ein Beispiel möchte ich die PAR anführen. Warum ist häufig auf einer Seite mehr Knochenabbau als auf

der Gegenseite, das liegt an der Okklusion als wichtigstem Teil der Funktion. Ich habe seit 1970 alle Patienten (ca. 95%), die keine optimale Okklusion hatten, mit einer Schiene vorbehandelt, die Okklusion eingeschliffen und dann erst, wenn nötig, prothetisch behandelt. Bei 40% dieser Patienten änderte sich die Okklusion nicht mehr und diese Patienten haben bei guter Pflege und regelmäßigem Recall ihre Zähne und Kronen seit 50 Jahren ohne Probleme behalten (Behandlung dieser Patientin 1974) (Abb. 1). Bei den anderen 60% der Patienten änderte sich ständig die Okklusion, bei manchen im  $\mu\text{m}$ , bei anderen im Millimeter-Bereich, sichtbar eingeschliffen links unten bei dieser Patientin (Abb. 2). Und die Prothetik hat weniger lange gehalten. Diese Patientin (Behandlung 1974) gehörte zu den 60%, deren Okklusion sich ständig änderte.

30 Jahre nach der Behandlung konnte sie nicht mehr gehen (Abb. 3). Doch nach einem Monat ganzheitlicher Therapie (Abb. 4a, 4b) konnte sie wieder laufen und nach Einsetzen und Einschleifen der Schiene waren das Becken und die Wirbelsäule gerade (Abb. 5). Nach mehrmonatigen Tragen und wöchentlichem Einschleifen der Schiene wurden die Zähne nur in

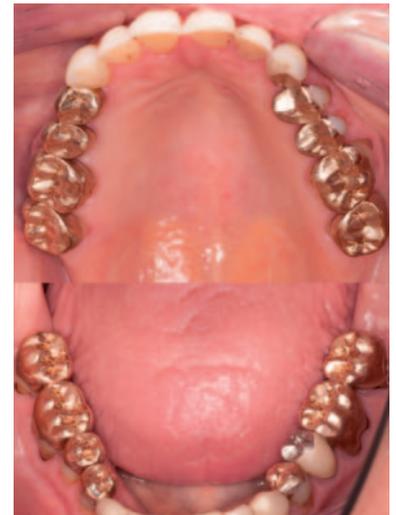
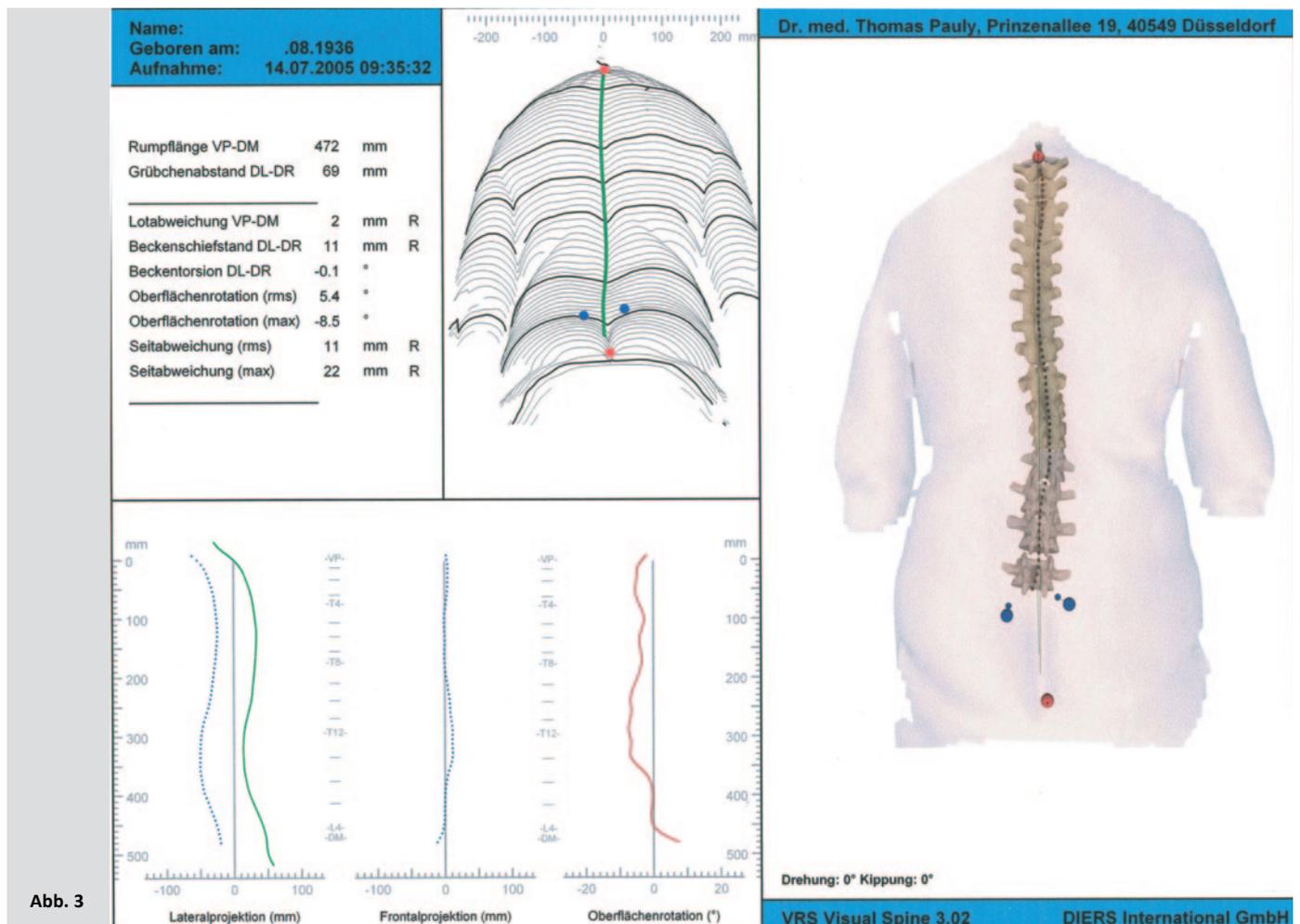


Abb. 1



Abb. 2



ganz geringem Maße eingeschliffen. Ich habe mich Jahrzehnte gefragt, woran das liegt, bis mir unser ehemaliges Mitglied Jürgen Schmitter, der Mitte der 70er Jahre schon darüber auf der N.G. Tagung einen Vortrag hielt, die Ursachen erklärte. Er sagte mir Ende der neunziger Jahre, dass der ganze Körper mitbehandelt werden muss, wenn eine CMD oder eine Okklusionsstörung vorliegt, denn alle diese Patienten haben einen Beckenschiefstand mit Skoliose der Wirbelsäule und deshalb Nacken und Rückenschmerzen. Die Schmerzen betreffen den ganzen Körper (Abb. 6) und betroffen sind alle Altersgruppen mit besonders vielen jungen Patienten. Ein Hauptpunkt liegt in der Kieferorthopädie, die mit der Straight-Wire-Anatomie die OK Seitenzähne ab dem 1. Molaren bis zu den Eckzähnen um 10 Grad zu weit nach anterior gewinkelt aufstellt. Dadurch gibt es keine regelrechte Front-Eckzahnführung von 4 mm mehr, sondern die Front steht nur 2 mm über und die Laterotrusion geht über die 1. Molaren. Zudem werden die Spee'sche und die Wilson Kurve abgeflacht (Risse). Dies steht im eklatanten Widerspruch zur funktionellen Anatomie nach G. H. Schumacher, die die Grundlage der Zahnmedizin, der DGFDT und der Prothetik ist. Außerdem wird sehr häufig ein myofunktionelles Problem bei Kindern nicht erkannt. Die Folge nach Ende der Therapie entwickelt sich nach kurzer Zeit ein offener Biss mit allen negativen Eigenschaften.



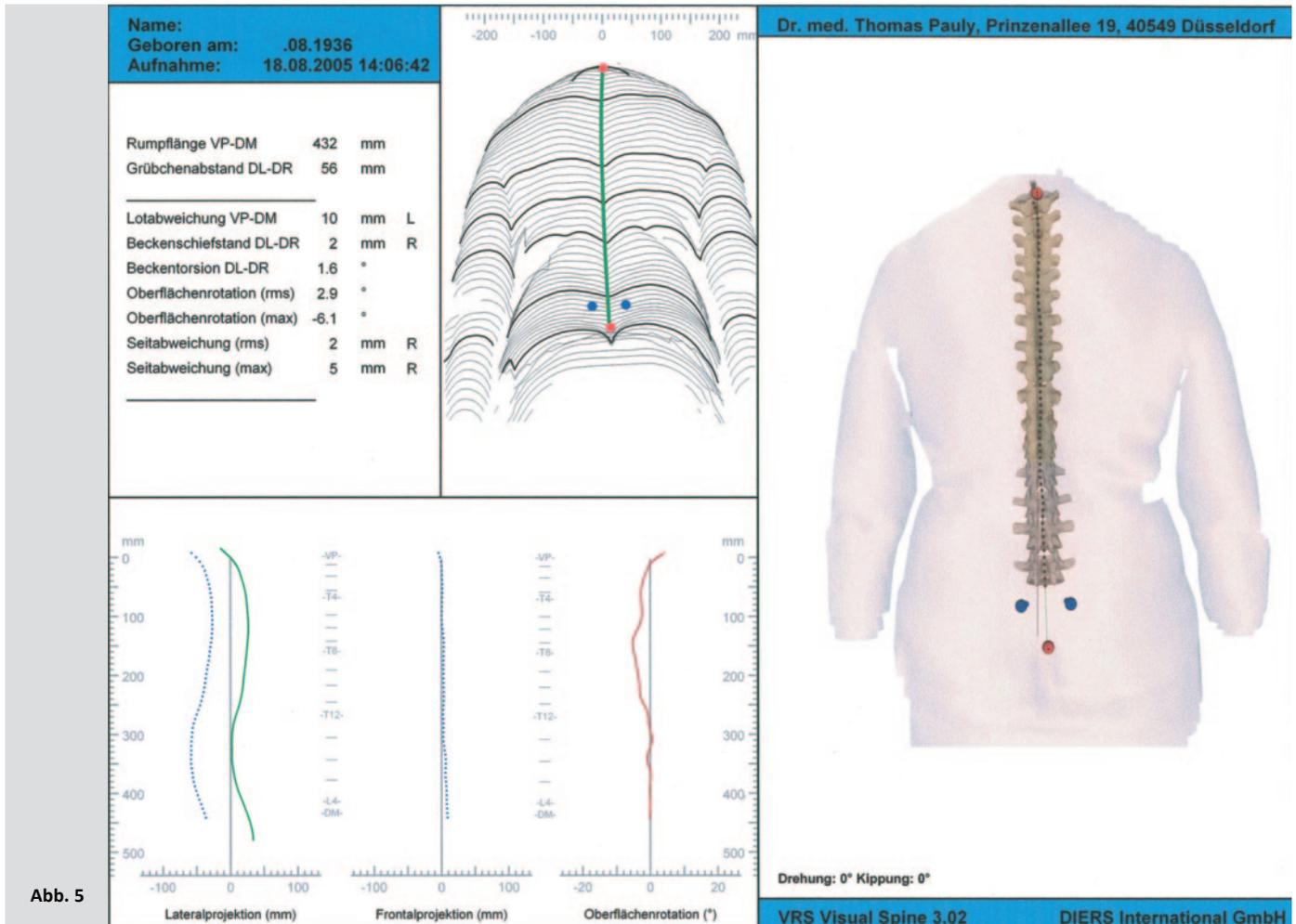


Abb. 5

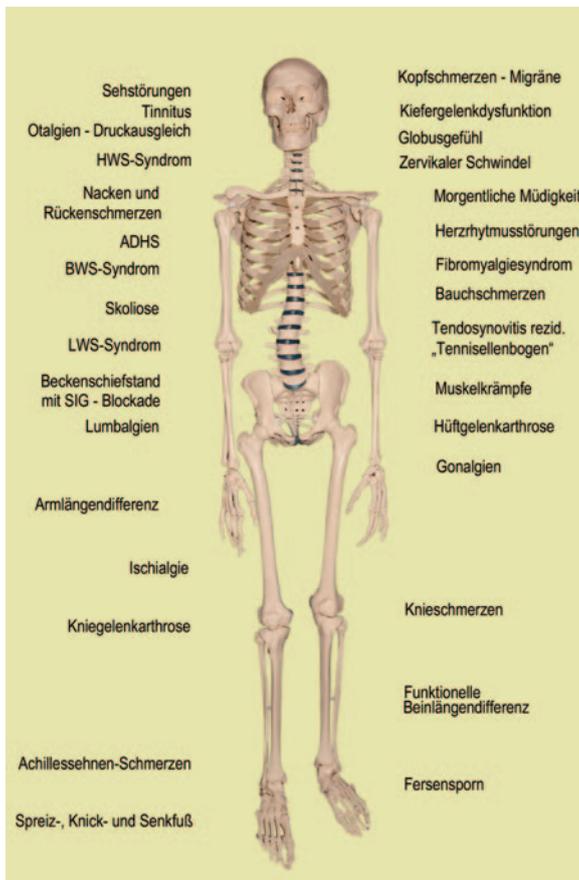


Abb. 6

### Interdisziplinäre Diagnose

Bei einer anderen Patientin wurde mit einer Beckenwaage der Beckenstand gemessen, er war rechts 10 mm tiefer (Abb. 7), deshalb war das rechte Bein funktionell 10 mm länger (durch Blockade des SIG-Gelenkes). Ursache war ein Vorkontakt an 14/44 auf der rechten Seite. Das Bein ist funktionell immer auf der Seite länger, auf der der erste Vorkontakt gerade ist. Wenn eine Beinlängendifferenz vorhanden ist, gibt es 3 Möglichkeiten: 1. ein Bein kann funktionell länger oder 2. das andere funktionell kürzer sein oder 3. Es ist eine echte Beinlängendifferenz vorhanden, die aber selten ist. Der wichtigste Test dazu ist das Vorlaufphänomen, dazu legen wir unsere Daumen auf die Spina iliaca posterior superior. Die Patientin bückt ihren Oberkörper erst im Stehen und dann im Sitzen nach vorne unten (Abb. 8). Wenn der Daumen auf einer Seite beim Bücken nach kranial wandert, ist das Bein auf der Seite funktionell kürzer (Abb. 9), im Stehen liegt die Ursache im Ileum, im Sitzen im Sacrum. In diesem Fall ging der Daumen nicht höher und deshalb war das Vorlaufphänomen negativ, was bedeutet, dass links kein Beckenhochstand vorlag. Mit dem „Spine-Test“ stellen wir anschließend fest, ob eine Blockade in den SIG-Gelenken vorliegt. Zuletzt können wir mit dem Meerssemann-Test und dem Variablen Beinlängendifferenztest (Derbolowsky) sehen, wie die Okklusion die Blockaden der SIG-Gelenke beeinflusst.

## Interdisziplinäre Therapie

Die Patientin kam die ersten 4 Monate jede Woche zum Einschleifen der Schiene, zuerst überprüften wir immer die Beinlänge der Patientin, denn die änderte sich anfangs durch die Änderung der Okklusion sehr häufig. Mit craniosacraler Therapie oder dem Meeerssemann-Test wird das Becken wieder gerade gestellt und danach erst die Schiene eingeschliffen. Die Patientin wurde schließlich jeweils in 14 tägigem Abstand zuerst von einem Osteopathen 2 malig und anschließend 2 - 3 mal von einem Atlastherapeuten behandelt. Ein CMD-Physiotherapeut behandelte sie von Anfang an jede Woche für 4 Monate und dann alle 2 Wochen. Nach 3 - 4 Monaten mit wöchentlichem Einschleifmaßnahmen der Schiene blieb das Becken gerade und die Rückenschmerzen im LWS - Bereich waren zuerst weg. Später wurde die Schiene dann alle 3 Wochen eingeschliffen bis die gesamte Muskulatur entspannt, die WS gerade und die Patientin schmerzfrei war. Die Behandlung dauerte 13 Monate, dann wurden die Zähne der Patientin selektiv in der zentrischer Kondylenposition eingeschliffen. Seitdem hat sie keine Schmerzen mehr und die Okklusion hat sich nicht wieder geändert. Die Schiene brauchte sie dann auch nicht mehr und der Erfolg dieser ganzheitlichen Methode liegt bei über 90%!

Bis heute wird diese interdisziplinäre Methode, d.h. der Einfluss der Okklusion auf den Bewegungsapparat, von den meisten Wissenschaftlern (außer den beiden N.G. Mitglieder Prof. Dr. Kopp, Direktor KFO der Uni. Frankfurt/M oder Prof. Dr. Dr. Ingrid Grunert Direktorin der Uni. Zahnklinik Innsbruck) wegen fehlender Evidenz abgelehnt. Dabei wird aber vergessen, dass es auch eine Interne Evidenz gibt, wie diese Methode, die auf dem Evidenz Level IV steht. Die Evidenz geht nach Wahrscheinlichkeit und nicht nach Beweis. Der Orthopäde Dr. Paul Ridder hat in seinem Buch über die Auswirkungen der CMD auf den ganzen Körper alle Aussagen mit Studien belegt. Für mich als Praktiker ist der Beweis einfacher, sehen Sie sich die Diers 4-D- Vermessungen der Wirbelsäule dieser Patienten vor und nach der Therapie an (Abb. 3, 5, 10 und 11), das ist eindeutig. Deshalb sollte jeder CMD-Patient bei der Diagnose auf einen Beckenschiefstand mit Skoliose der Wirbelsäule überprüft und ganzheitlich therapiert werden, so wie ich das in meinem Buch, erschienen 2018 in 2. Aufl. im DÄV Köln, beschrieben habe. Mein Weckruf bewirkt hoffentlich ein Umdenken in der Neuen Gruppe, damit wir auch auf diesem Gebiet wieder führend werden.

## Diskussion

Die aktuellen Leitlinien der DGFDT sagen, dass die interdisziplinäre CMD-Therapie unumstritten ist, gehen aber davon aus, dass die Therapie immer erst einmal nur Schienen sind. Das reicht aber nicht, da alle CMD-Patienten einen Beckenschiefstand mit Skoliose der Wirbelsäule haben, muss die Therapie von Anfang an ganzheitlich und interdisziplinär erfolgen. Deshalb sollten wir diese Richtlinien aktualisieren.



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9

Inzwischen wurde eine neue Leitlinien S1 über Okklusale Dysästhesien veröffentlicht und Änderungen der Okklusion als nicht zielführend empfohlen, weil sich die Okklusion trotz einschleifen der Zähne ständig ändere. Das Problem tritt bei wenigen Patienten auf, kann aber mit dieser ganzheitlichen Therapie genauso erfolgreich behandelt werden, sie dauert nur etwas länger. Die Okklusion bei diesen Patienten ändert sich nach dem selektiven Einschleifen dann auch nicht mehr. *Die Okklusion ändert sich ständig, solange das Becken schief ist.*

Bruxismus ist nicht heilbar sagt die Leitlinie, aber bis auf 5-10% meiner Patienten bruxierten nach meiner Therapie nicht mehr und 8 von 10 Patienten mit Schlafstörungen schliefen besser. Deshalb sollten alle CMD-Patienten ganzheitlich behandelt und die Rolle der Okklusion auch bei Bruxismus neu bewertet werden.



## Bildlegenden

- Abb. 1 45 Jahre hat sich die Okklusion nicht geändert
- Abb. 2 45 Jahre hat sich diese Okklusion ständig geändert
- Abb. 3 Die Patientin konnte nicht mehr gehen
- Abb. 4a, 4b Nach 4 Wochen interdisziplinärer Therapie, Meerssemann-Test und Tragen einer Schiene konnte die Patientin wieder gehen
- Abb. 5 die Bilder der Diers 4-D Vermessung der WS zeigen das sehr gut
- Abb. 6 Mögliche Symptome des ganzen Körpers bei einer CMD
- Abb. 7 Beckenwaage ist rechts 10 mm tiefer
- Abb. 8 Vorlaufphänomen ist negativ, deshalb ist das rechte Bein nicht länger
- Abb. 9 Vorlaufphänomen ist positiv, deshalb ist das linke Bein kürzer
- Abb. 10 Vor der Therapie
- Abb. 11 Nach der Therapie 13 Monate später

# Ist autologer Knochen unersetzbar? – Vergleich eines vertikalen Knochenaufbaus mit allogenen und autologen Knochenplatten im split-mouth-design

BERICHT VON JOCHEN TUNKEL, DR. MED. DENT., BAD OEYNHAUSEN

## Zusammenfassung

Autologe Knochentransplantate unter Verwendung der Schalenteknik zeigen bei horizontalen und vertikalen Augmentationen geringere Resorptionen als Vollblocktransplantate. Eine beste-hende Verfügbarkeitslücke von intraoralem Knochen kann durch allogene kommerzielle Knochenplatten geschlossen werden. Der vorliegende Fallbericht zeigt die beidseitige vertikale Augmentation im atrophierten Unterkiefer mittels autologen und allogenen Knochenplatten zur Verringerung der OP-Morbidität durch Vermeidung einer zweiten retromolaren Knochenentnahme. An diesem Fall lässt sich erkennen, dass vertikale Knochenaugmentations sowohl mit autologen als auch allogenen Knochenplatten vorhersagbar durchführbar sind. Die zweizeitige verzögerte Augmentation mit xenogenem Ersatzmaterial und Kollagenmembran führt zu einer Kieferkamptimierung und mindert Knochenverluste durch ausgeprägte Remodelling Prozesse.

## Indizes

Knochenblockaugmentation, Schalenteknik, allogen, autolog, Implantat, Relining

## Einleitung

Zahnverlust aufgrund endodontischer oder parodontaler Probleme geht in der Regel auch mit einem Verlust knöcherner Strukturen einher. Die konsekutive Insertion eines Implantats bedarf daher mehr oder weniger aufwändiger Wiederherstellung knöcherner Strukturen [10]. Als Therapieverfahren zur Augmentation haben sich Knochenblocktransplantationen oder die Gesteuerte Knochenregeneration als vorhersagbar und erfolgreich in der dentalen Implantologie bewährt [12]. Hierbei gilt derzeit der Aufbau mit autologem Knochen als Goldstandard [2,13]. Bei der sogenannten 3D-Rekonstruktion oder Schalenteknik handelt es sich um eine besondere Form der autologen Knochenrekonstruktion. Mittels dünner kortikaler Knochenblöcke werden zunächst die Konturen des Alveolarkamms wieder hergestellt und anschließend die entstandenen Spalträume mit autologen Knochenspänen gefüllt [8,10]. Die Kurz- und Langzeitergebnisse nach Augmentation mit Hilfe der Schalenteknik zeigen nur geringe Komplikationsraten und ein stabiles Knochenlager auch nach 10jähriger Liegedauer [6,9,16,18].

Neben der Verwendung der Schalenteknik gibt es auch die Möglichkeit, Resorptionsprozesse durch die Kombination aus Blocktransplantat mit Gesteuerter Geweberegeneration zu mindern [4,19]. Hierbei konnte bei Vollblocktransplantaten die Resorption zwischen Augmentation und Implantation auf 5,5-7,2% verringert werden [1,4,19]. 10 Jahre nach der Implantation zeigte sich eine absolute Stabilität des Ergebnisses mit nur 0,8% weiterer Resorption [1]. Ein Nachteil dieser Methode war aber die hohe Rate an Dehiszenzen von 9,5-27,2% und die Tatsache, dass das xenogene Knochenersatzmaterial nicht knöchern einheilte, sondern bindegewebig eingeschlossen wurde [4,19]. Daher wurde die Methode von de Stavola & Tunkel dahingehend modifiziert, dass die Augmentation in der Schalenteknik durchgeführt wurde, was zu einer deutlichen Verringerung der Resorption führte [5]. Anschließend wurde bei der Implantation eine zusätzliche GBR mit xenogenem Knochenersatzmaterial und Kollagenmembran durchgeführt. Bei dieser „augmentatives Relining“ genannten Methode konnte gegenüber dem Volumen bei der Augmentation ein zusätzlicher Knochengewinn von 17% erreicht werden und es zeigte sich klinisch und radiologisch die Inkorporation des Biomaterials in den aufgebauten Knochen. Eine weitere Resorption des aufgebauten Knochens bis zur prothetischen Versorgung trat nicht auf.

Der Wunsch nach Vermeidung von Knochenentnahmen sowohl auf Patienten- als auch Behandlerseite ist groß, so dass die Mehrheit implantologisch tätiger Zahnärzte versucht, autologe Knochenentnahmen zu vermeiden. Ein weiterer, schwerwiegenderer Nachteil der autologen Knochentransplantation liegt in der Einschränkung der Menge des intraoral verfügbaren Knochens.

Allogene Knochentransplantate scheinen in der klinischen Anwendung dem autologen Knochentransplantat am nächsten zu kommen [11]. Allogene Vollblocktransplantate unterliegen aber vermutlich den gleichen Resorptionsprozessen wie autologe Vollblocktransplantate [2-4,19,20]. Die Komplikationsrate liegt zudem bei allogenen Vollblocktransplantaten höher als bei autologen Knochentransplantaten [14]. Dagegen konnte in einer Split-mouth-Fallserie gezeigt werden, dass die Verwendung von kortikalen allogenen Knochenplatten gleichwertige Ergebnisse in punkto Regeneration, Resorption und Komplikationsraten zeigt wie autologe Knochenplatten und somit das

Problem des unzureichenden intraoralen Knochenangebots und der Entnahmemorbidity lösen könnte [17].

Im vorliegenden Fallbericht wurde einer Patientin mit eingeschränkter Menge intraoral verfügbaren Knochens beidseitig im Unterkiefer eine vertikale Knochenaugmentation und zweizeitige Implantation mit augmentativem Relining durchgeführt. Hierbei wurde eine Kieferhälfte mit autologen, die andere Seite mit allogenen Knochenplatten versorgt. Es zeigte sich eine gleichwertige Heilung auf beiden Seiten ohne Komplikationen und nur geringer Resorptionsrate.

### Fallbericht

Die 60 Jahre alte Patientin wurde im Mai 2019 zur Implantation mit Knochenaufbau überwiesen. Die allgemeine Anamnese wies keine Besonderheiten auf, die die Operationsfähigkeit einschränkten. Es zeigte sich eine beidseitige Freundsituation im Unterkiefer bei Fehlen der Zähne 46-47 & 35-37 mit vertikalem Knochendefekt von ca. 5mm Höhenverlust. Es zeigte sich eine leichte Elongation der Oberkiefer Seitenzähne, welche nach Rücksprache mit dem prothetischen Überweiser durch Einschleifmaßnahmen korrigierbar waren. Da eine beidseitige Augmentation mit nur einer Knochenentnahme aufgrund des verfügbaren Volumens nicht möglich war, wurde der Patientin vorgeschlagen, nur eine Entnahme durchzuführen und die verfügbare Menge auto-logen Knochens durch allogene Knochenplatten zu ergänzen.

Zu Beginn des Eingriffs wurde eine Knochenentnahme im rechten retromolaren Bereich durchgeführt. Hierzu wurde mit Hilfe der Microsaw® (Fa. Dentsply Sirona Implants, Mannheim) ein Knochenblock entnommen. Dieser wurde anschließend mit Hilfe dünner diamantierter Scheiben in der Länge geteilt. Diese Platten wurde danach mit einem Safescraper (Fa. Stoma, Tuttlingen) auf ca. 0,5mm Dicke ausgedünnt, wobei gleichzeitig autologe Knochenspäne gewonnen wurden. Die hierdurch gewonnen Platten wurden buccal und lingual in regio 46-47 mit vier Microschrauben fixiert (Microscrew®, Fa. Stoma, Tuttlingen). Der so geformte Bereich des Knochenlagers wurde abschließend mit den autologen Knochenspänen unter leichtem Druck gefüllt. Zuletzt erfolgte die stumpfe Mundbodenmobilisation und buccale Periostschlitzung, um die Deckung des augmentierten Bereiches zu ermöglichen.

Anschließend erfolgte die Augmentation im 3. Quadranten. Hierzu wurden zunächst zwei allogene Knochenplatten (max-graft® cortico, Fa. Straumann GmbH, Freiburg, Deutschland) geöffnet und für 10 Minuten in sterile Kochsalzlösung eingelegt. In der Zeit erfolgte die Lappenpräparation in regio 35-37. Die allogenen Knochenplatten wurde entsprechend der anatomischen Situation geteilt und mittels 4 Mikroschrauben buccal und lingual im vierten Quadranten fixiert. Der entstandene Hohlraum wurde anschließend mit autologen Knochenspänen, die bei der Augmentation im 3. Quadranten übriggeblieben waren, gefüllt. Der Wundverschluss erfolgte analog zum Vorgehen auf der linken Seite.

Nach viermonatiger Einheilzeit erfolgte die Wiedereröffnung im 3. & 4. Quadranten. Hierzu wurden auf beiden Seiten nach kre-

staler Inzision und Lappenbildung die eingebrachten Mikroschrauben entfernt. Anschließend wurden jeweils zwei Bone Level Tapered Implantate (Fa. Straumann GmbH, Freiburg, Deutschland) nach Angaben des Herstellers eingebracht. Nach Insertion der Implantate zeigte sich buccal und lingual von diesen ein ausreichendes Knochenangebot von ca. 1-2 mm Dicke. Nach buccaler Periostschlitzung wurde eine Kollagenmembran (Jason® membrane, Fa. Straumann GmbH, Freiburg, Deutschland) am apikalen Periost mittels resorbierbaren Nähten fixiert. Der Kieferkammabschnitt wurde anschließend mit bovinem Knochenmaterial (Xenograft®, Fa. Straumann GmbH, Freiburg, Deutschland) in der Schichtstärke einer Partikelgröße (1,0-2,0 mm) abgedeckt. Darauf folgend wurde die Membran mit resorbierbaren Nähten auf der lingualen Lappenseite fixiert. Zuletzt erfolgte die plastische Deckung dieses augmentativen Relinings.

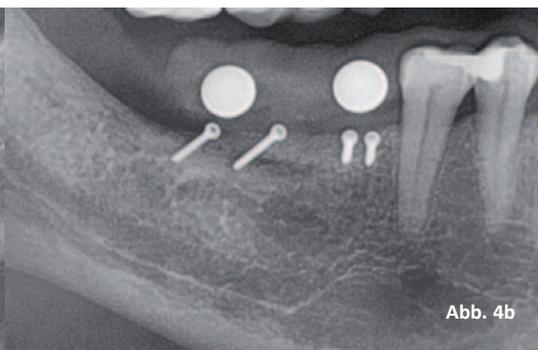
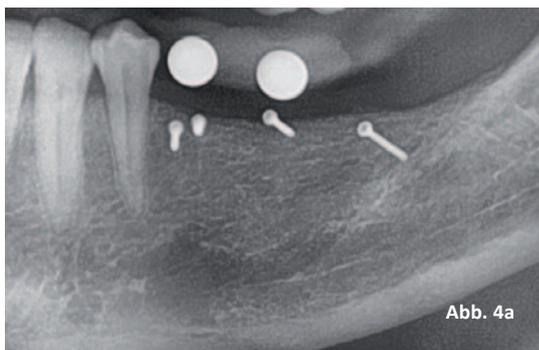
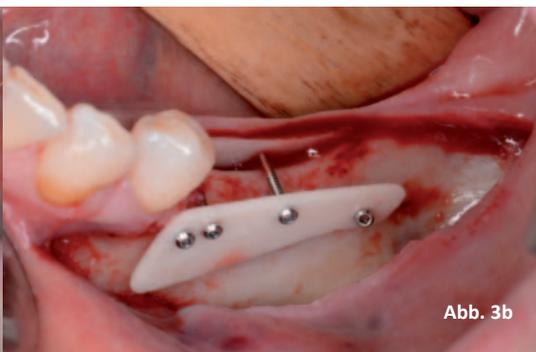
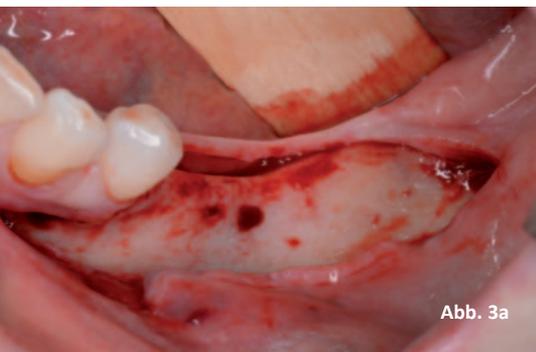
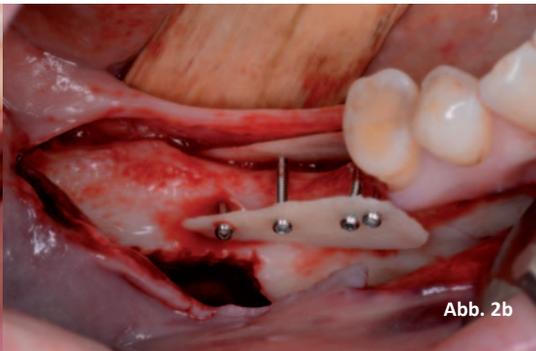
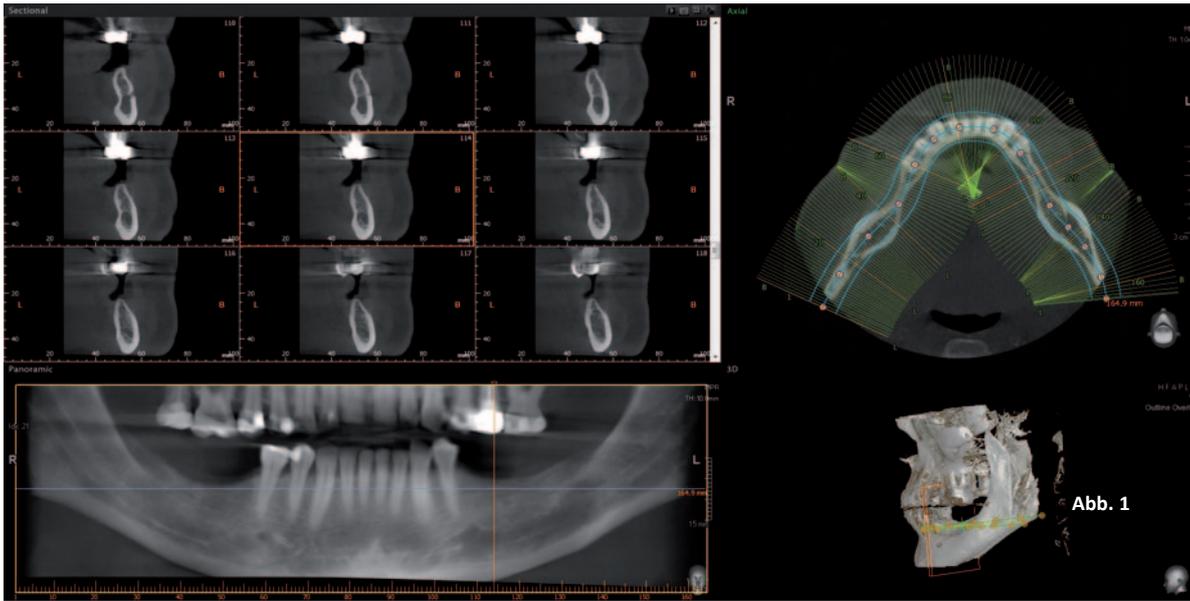
Nach weiterer viermonatiger Einheilzeit erfolgte die Freilegung der Implantate. Durch die zweimalige Augmentation des Bereiches hatte sich ein Defizit im Bereich der fixierten Mucosa eingestellt. Daher wurde im Rahmen der Freilegung eine Vestibulumplastik nach Kazanjian durchgeführt [7,15]. Hierzu wurde nach initialer Präparation eines supramuskulären Mucosalappens der Muskel in apikaler Richtung scharf vom Periost abgetrennt. Der Mucosalappen wurde anschließend mittels resorbierbarer Nähte am Periost fixiert. Zuletzt erfolgte durch Stichinzision die Freilegung der Implantate. Als Healing Abutments wurde konische Gingivaformer (Conical Shape®, Fa. Straumann GmbH, Freiburg, Deutschland) mit einem Durchmesser von 5mm re-gio 35 und 6,5mm in regio 36, 46 & 47 eingesetzt. Nach einer Einheilzeit von 6 Wochen wurde die prothetische Versorgung vom überweisenden Zahnarzt durchgeführt. Bei der Abschlusskontrolle zeigten sich stabile periimplantäre Knochenverhältnisse und ein ausreichendes Band an fixierter Mucosa bei klinisch entzündungsfreien Verhältnissen.

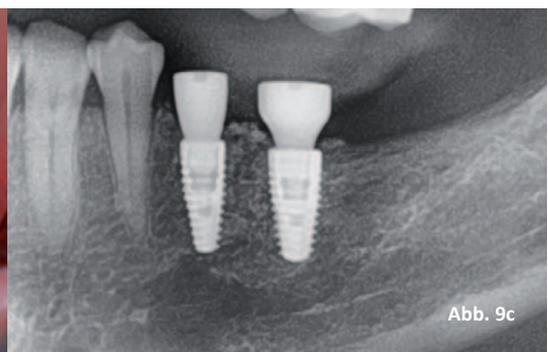
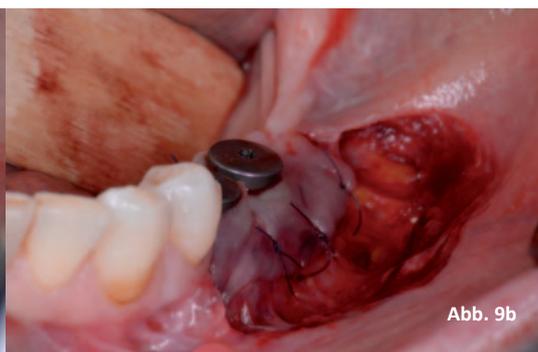
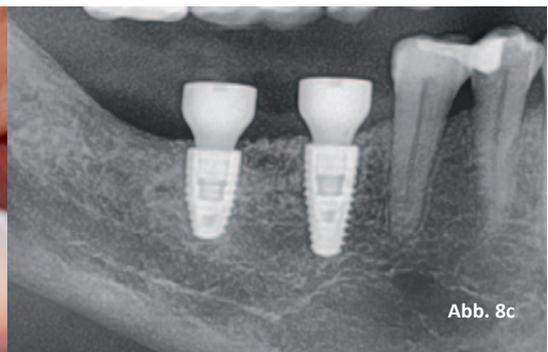
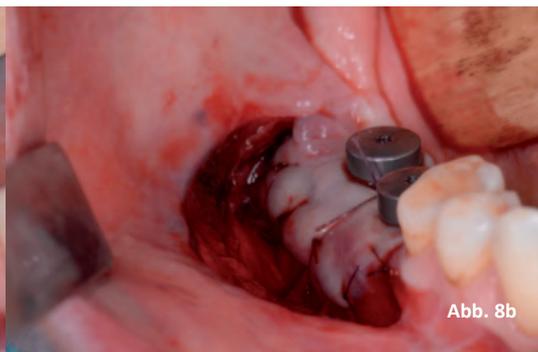
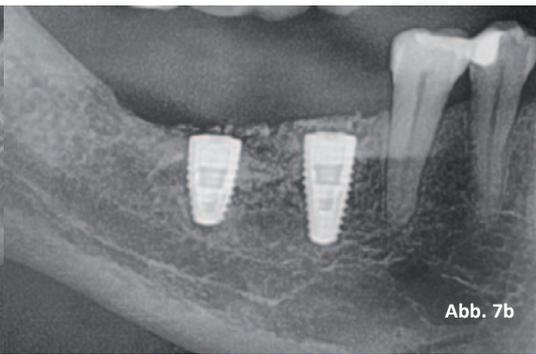
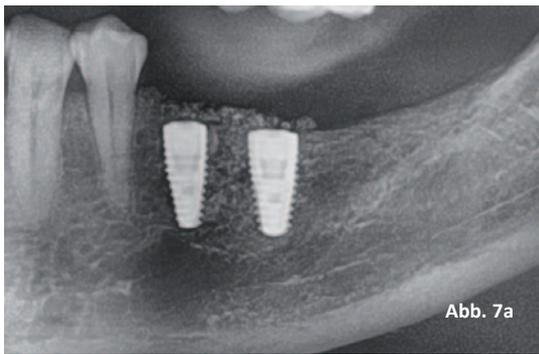
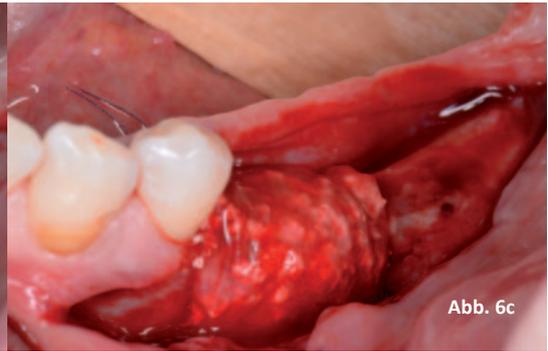
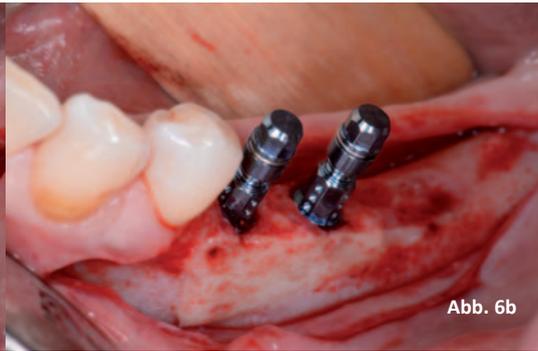
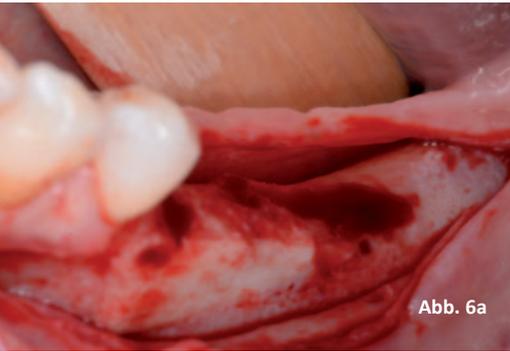
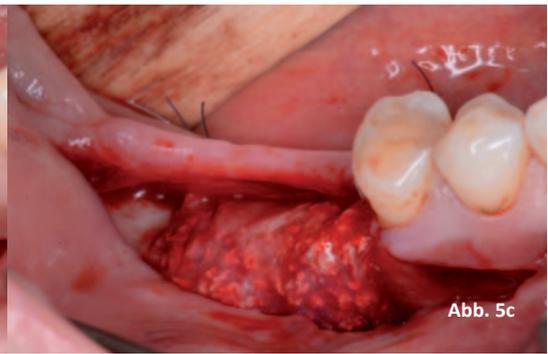
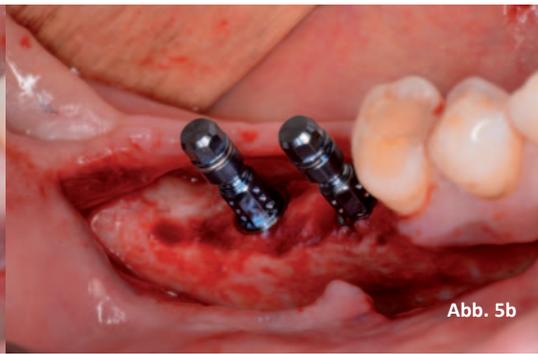
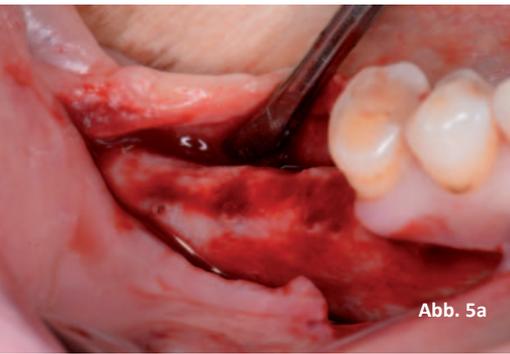
### Beurteilung

Im vorliegenden Fallbericht wurde bei einer Patientin mittels autologer und allogener Schalen ein vertikales Defizit im rechten und linken Unterkiefer aufgebaut. Durch Zuhilfenahme allogener Knochenplatten konnte eine zweite retromolare Knochenblockentnahme vermieden und so-mit das operative Trauma für die Patientin reduziert werden. Zudem bleibt die Möglichkeit, bei späteren Augmentationen auf einen zuvor nicht angetasteten retromolaren Knochenspenderbereich zurückzugreifen. Durch die zusätzliche Verwendung des augmentativen Relinings als Überaufbau mit xenogenem Knochenersatzmaterial und Kollagenmembran ist es möglich, den Knochen auch im Zeitraum nach Implantation und Prothetik vor späten Resorptionsprozessen zu schützen.

### Interessenkonflikt:

Dr. Jochen Tunkel erhält Vortragshonorare von den Firmen Botiss & Straumann.







## Legenden zu Abbildungen

- Abb. 1: Präoperatives DVT: vertikale Knochendefekte im 3. und 4. Quadranten
- Abb. 2a-c: Augmentation im 4. Quadranten mit autologen Knochenplatten und autologen Knochenchips in der Schalenteknik: retromolare Knochenentnahme (a), buccale und linguale Fixierung (b), Füllung des Knochenlagers (c)
- Abb. 3a-c: Augmentation im 3. Quadranten mit allogenen Knochenplatten und autologen Knochenchips in der Schalenteknik: Ausgangssituation nach Eröffnung (a), buccale und linguale Fixierung (b), Füllung des Knochenlagers (c)
- Abb. 4a&b: Messkugel-OPG vor Implantation: deutlicher vertikaler Knochengewinn nach 4-monatiger Einheilzeit in beiden Quadranten
- Abb. 5a-c: Implantation im 4. Quadranten mit anschließendem

- augmentativem Relining mit bovinem Knochenersatzmaterial und Kollagenmembran
- Abb. 6a-c: Implantation im 3. Quadranten mit anschließendem augmentativem Relining mit bovinem Knochenersatzmaterial und Kollagenmembran
- Abb. 7a&b: Ausschnitte aus postoperativem OPG: Straumann Bone Level Implantate in situ und Knochenmaterial von augmentativem Relining
- Abb. 8a-c: Freilegung der Implantate im 4. Quadranten durch Stichinzision kombiniert mit einer Vestibulumplastik nach Kazanjian; postoperative Situation im OPG (c)
- Abb. 9a-c: Freilegung der Implantate im 3. Quadranten durch Stichinzision kombiniert mit einer Vestibulumplastik nach Kazanjian; postoperative Situation im OPG (c)
- Abb. 10a/10b: Klinische Situation mit prothetischer Versorgung
- Abb. 11a/11b: Ausschnitte aus OPG: Radiologische Situation nach Abschluss der prothetischen Versorgung

## Literatur

- Chappuis V, Cavusoglu Y, Buser D, von Arx T. Lateral Ridge Augmentation Using Autogenous Block Grafts and Guided Bone Regeneration: A 10-Year Prospective Case Series Study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2017;19:85-96.
- Cordaro L, Amade DS, Cordaro M. Clinical results of alveolar ridge augmentation with mandibular block bone grafts in partially edentulous patients prior to implant placement. *Clin Oral Implants Res* 2002;13:103-111.
- Cordaro L, Torsello F, Accorsi Ribeiro C, Liberatore M, Mirisola di Torresanto V. Inlay-onlay grafting for three-dimensional reconstruction of the posterior atrophic maxilla with mandibular bone. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39:350-357.
- Cordaro L, Torsello F, Morcavallo S, di Torresanto VM. Effect of bovine bone and collagen membranes on healing of mandibular bone blocks: a prospective randomized

- controlled study. *Clin Oral Implants Res* 2011;22:1145-1150.
5. de Stavola L, Tunkel J. A new approach for regenerated autogenous bone volume maintenance by a delayed relining with xenograft and resorbable membrane. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2013;28:1062-1067.
  6. de Stavola L, Tunkel J. Results of Vertical bone augmentation with autogenous bone grafts and the tunnel technique: A clinical prospective study on ten consecutive treated patients. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2013;33:651-659.
  7. Kazanjian VH. Surgical operations as related to satisfactory dentures. *Dental Cosmos* 1924;66:387-395.
  8. Khoury F. The 3-dimensional reconstruction of the alveolar crest with mandibular bone block graft: a clinical study [abstract]. *J Oral Maxillofac Implants* 2004;19:765-766.
  9. Khoury F, Hanser T. Mandibular bone block harvesting from the retromolar region: a 10-year prospective clinical study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2015;30:688-697.
  10. Khoury F, Khoury C. Mandibular bone block grafts: instrumentation, harvesting technique and application. *Journal de Parodontologie & d'Implantologie Orale* 2006;25:15-34.
  11. Nevins M, Mellonig JT, Clem DS, 3rd, Reiser GM, Buser DA. Implants in regenerated bone: long-term survival. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1998;18:34-45.
  12. Rocchietta I, Fontana F, Simion M. Clinical outcomes of vertical bone augmentation to enable dental implant placement: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2008;35:203-215.
  13. Simion M, Jovanovic SA, Trisi P, Scarano A, Piattelli A. Vertical ridge augmentation around dental implants using a membrane technique and autogenous bone or allografts in humans. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1998;18:8-23.
  14. Troeltzsch M, Troeltzsch M, Kauffmann P, Gruber R, Brockmeyer P, Moser N, Rau A, Schliephake H. Clinical efficacy of grafting materials in alveolar ridge augmentation: A systematic review. *J Craniomaxillofac Surg* 2016;44:1618-1629.
  15. Tunkel J. Die Kazanjian-Vestibulumplastik im Zeitalter der Implantologie – Renaissance oder Relikt? *Quintessenz* 2011;62:1025-1032.
  16. Tunkel J, de Stavola L. Implantation with simultaneous bone block augmentation utilizing the shell technique (article in German). *Implantologie* 2014;22:73-79.
  17. Tunkel J, de Stavola L, Kloss-Brandstatter A. Alveolar ridge augmentation using the shell technique with allogenic and autogenous bone plates in a split-mouth design-A retrospective case report from five patients. *Clin Case Rep* 2021;9:947-959.
  18. Tunkel J, Wurdinger R, de Stavola L. Vertical 3D Bone Reconstruction with Simultaneous Implantation: A Case Series Report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2018;38:413-421.
  19. von Arx T, Buser D. Horizontal ridge augmentation using autogenous block grafts and the guided bone regeneration technique with collagen membranes: a clinical study with 42 patients. *Clin Oral Implants Res* 2006;17:359-366.
  20. Widmark G, Andersson B, Ivanoff CJ. Mandibular bone graft in the anterior maxilla for single-tooth implants. Presentation of surgical method. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997;26:106-109.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Jochen Tunkel  
 tunkel & tunkel fachzahnarztpraxis  
 Königstraße 19  
 32545 Bad Oeynhausen  
 Tel.: +49 5731 28822  
 Fax.: +49 5731 260898  
 Email: info@fachzahnarzt-praxis.de

# Ein Statement zur *Neuen Gruppe*

VON ROSE MARIE LOHMILLER

Verleihung der Ehrenmitgliedschaft 2012  
durch Präsident Jan Halben



Mitte September bat mich unser Präsident Derk Siebers, ob ich nicht in den News schreiben könnte, welche Bedeutung die *NEUE GRUPPE* für mich persönlich hätte. Vielleicht ist es aufgefallen, dass ich seit ewigen Zeiten, obgleich erst seit einem Jahr in Rente, bei allen Tagungen anwesend war. Für die ältere Generation ist dies wohl allem Anschein nach nicht ganz so üblich.

Nun zur *NEUEN GRUPPE* und mir: Aufnahmejahr 1968, ganz jung mit Pferdeschwanz, nach fünf Jahren Assistenzzeit auch in der Schweiz und in Bad Pyrmont bei Dr. Wunderling, dem Mitbegründer der *NEUEN GRUPPE*. Seine Praxis war mein Sprungbrett in die *NEUE GRUPPE* und zu den vielen internationalen Kontakten, besonders in die USA und Südamerika.

So kam es, dass ich mit 28 Jahren Sekretariatsarbeiten für die *NEUE GRUPPE* unter der Präsidentschaft von Günter Wunderding und Charlie Przetak erledigen durfte. Ich war fasziniert von den weltweiten Kontakten mit ihrem Anspruch einer Zahnmedizin, die weit über dem Horizont unserer deutschen Universitäten und ihren Kammern stand. Bald wurde mir klar, dass diese Vereinigung wesentlich meine berufliche Laufbahn prägen würde.

In dieser Zeit wurde ich mit unzähligen Kursen-Workshops aus heutiger Sicht konfrontiert. Mein Fortbildungshunger wurde durch das reiche Angebot genialer Zahnärzte der Neuen Gruppe, wie Feilner, Erich Bauer, Mucko u.v.a. fortwährend geschürt. Zudem hatte die Neue Gruppe damals schon großartige Referenten von internationalem Rang eingeladen, um nur einige wie Peter Karl Thomas, Arne G. Lauritzen, Dick Petralis und Charlie Stuart zu nennen. In meiner 1969 gegründeten Praxis ( mit Labor ) stellten die Patienten fest, dass es im Frankfurter Westend eine tolle Zahnärztin gibt, die selten da und ständig zur Fortbildung unterwegs ist.

Ja, was wäre ich heute ohne *NEUE GRUPPE*? Das frage ich mich manches Mal. Gut, aller Anfang ist schwer-wie sich damals zeigte. Eines Tages kam ein Gesandter des Vorstandes der *NEUEN GRUPPE* und sagte: „wir brauchen keine Frau in der Neuen Gruppe, ich möge einen Antrag auf Austritt stellen!!!“. Ich wußte mich zu wehren und so kam es, daß ich tatsächlich 20 Jahre lang die einzige Frau in dieser *NEUEN GRUPPE* war. Das war der damalige Stand der Gleichberechtigung! Heute sind wir immerhin 14 weibliche Mitglieder.

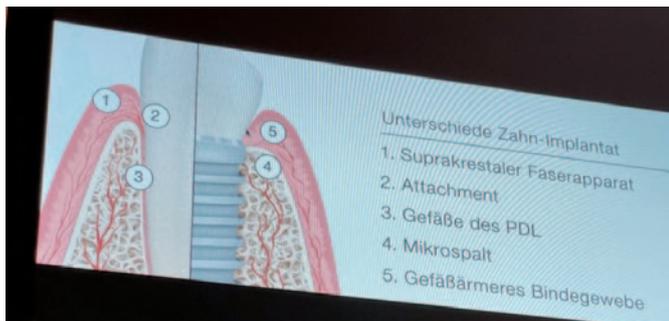
Doch dann kam die Krönung: 2002 / 2003 wurde ich zur Präsidentin der *NEUEN GRUPPE* gewählt. Der Kongress in der Alten Oper Frankfurt war mit 1400 zahlenden Teilnehmern ein großartiges Highlight in ihrer bisherigen Geschichte.

Rückblickend kann ich sagen, dass der Einfluss der *NEUEN GRUPPE* meinen Horizont in der Zahnheilkunde ganz wesentlich erweitert hat. Meine fachliche Spezialisierung beruht zum großen Teil auf dem kollegialen Austausch innerhalb der Gruppe. Hinzu kommen die zahlreichen wertvollen, freundschaftlichen und fast familiären Kontakte, die das Wesen der Neuen Gruppe bestimmen. Gewonnen habe ich hier auch Freunde fürs Leben. Wie in keiner der zahlreichen wissenschaftlichen, zahnärztlichen Gesellschaften gibt es noch einen zusätzlichen jährlichen Kongress, zu dem Angehörige und Kinder eingeladen sind. In dieser besonderen, zwanglosen Atmosphäre ergibt sich oft auch der größte fachliche Gewinn.

Es ist mir ein großes Anliegen, jungen Kollegen diesen meinen Weg in der *NEUEN GRUPPE* zu empfehlen, der auch ihrer Existenz Sinn und Weite ihres Berufes aufzeigt.

# Webinar-Serie Dezember 2020 bis September 2021

EIN BERICHT VON PASCAL MARQUARDT UND PATRICK KLEIN



Die COVID-19 Pandemie mit all Ihren Tücken hat auch uns in der **NEUEN GRUPPE** gezwungen, unsere persönlichen Kontakte auf ein Minimum zu beschränken. Auf die für uns so wichtigen Praxiskurse mussten wir verzichten. Um den Kontakt zwischen den Mitgliedern nicht ganz abreißen zu lassen, hat unser Fortbildungsreferent Dr. Pascal Marquardt ein bunt gemixtes Programm an Webinaren organisiert. An dieser Stelle sei zunächst allen Referenten nochmals gedankt, dass diese unentgeltlich für uns Ihre Themen aufbereitet und präsentiert haben. Dies ist bei Weitem nicht selbstverständlich. Organisatorisch hat uns bei allen Webinaren unser Kooperationspartner Quintessenz-Verlag mit persönlicher Betreuung durch Christian Haase perfekten technischen und persönlichen Support geliefert, auch hierfür ein großes Dankeschön und wir freuen uns, diese Kooperation in Zukunft zu erweitern. Vielen Dank auch an alle teilnehmenden Praxen und Gäste der **NEUEN GRUPPE**.



**Am 16. Dezember 2020** eröffnete **Dr. Ingo Kock** (Hamburg) mit seinem sehr interessanten Webinar zur Zukunft der Zahnarztpraxis die Serie mit einem unternehmerischen Thema. Dr. Kock ist vor allem den Hamburger Mitgliedern der Neuen Gruppe lange bekannt. Mit viel Erfahrung berät er Arzt- und Zahnarztpraxen vor allem in Bezug auf ökonomische Faktoren. Natürlich konnte Dr. Kock nicht in die Glaskugel schauen, aber er konnte uns fundiert wichtige Impulse für die Zukunft mitgeben.



Einer seiner interessantesten Statements war, dass wir in den nächsten 5 Jahren rund 30% der Zahnarztpraxen in Deutschland verlieren werden. Er beantwortete Fragen wie was bedeutet das für die eigene Praxis? Wohin werden sich die Patienten verteilen und an was werden sie sich orientieren? Brauchen wir mehr Spezialisierungen oder Generalisten? Wie stellt sich die kommende Generation an Zahnärztinnen die Ausübung Ihres Berufes vor.

Sowohl für zukünftige Praxisabgeber, als auch die nachfolgende Generation war dieser Impulsvortrag mehr als spannend: Kauft in 5 Jahren noch jemand meine Praxis? Insgesamt war es ein sehr spannendes, wegweisendes und horizontenerweiterndes Webinar!



**Am 13. Januar 2021** folgt unser Mitglied PD **Dr. Arndt Happe** (Münster) mit seinem Thema „Frontzahnimplantate: Wie vermeide ich den ästhetischen Misserfolg“. Das Weichgewebsmanagement und das Zusammenspiel von „weißer

und roter Ästhetik“ ist in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus der Forschung gerückt. Klinische Studien haben gezeigt, dass die Verwendung von Bindegewebstransplantaten ganz erheblich zur Rekonstruktion von Alveolar-kammdefekten beitragen kann. Neue Ersatzmaterialien für die Weichgewebsaugmentation versprechen neue Möglichkeiten zur Weichgewebsverdickung und erste Studien zeigen ermutigende Ergebnisse. Es lassen sich tatsächlich klinisch relevante Verdickungen erzielen. Weichgewebsmanagement bedeutet aber nicht ausschließlich, dass Weichgewebe mit mikrochirurgischen Techniken bearbeitet wird. Auch mit den restaurativen Komponenten, wie dem Abutment kann und muss Weichgewebe beeinflusst werden. Hier spielt neben der Farbe, auch das Makro-, Mikro- und Nanodesign der transmukosalen Komponente eine wichtige Rolle. All diese Faktoren wurden von Arndt anhand exzellenter klinischer Bilder detailliert dargestellt.

**Am 27. Januar 2021** setzte unser langjähriges Mitglied **PD Dr. Markus Schlee** (Forchheim) die Webinar-Reihe fort. Das Thema seines Vortrags lautete „Therapie der Periimplantitis – Eine neue Methode elektrolytischer Reinigung infizierter Implantatoberflächen“. Final ließe sich anhand von Studiendaten zusammenfassen, dass es keine Methode zur Desinfektion von Implantatoberflächen gäbe, die einer anderen überlegen sei. Des Weiteren komme es bereits oft nach einem Jahr zu einer Reinfektion. Im Gegensatz zu diesen konventionellen, eher weniger erfolgreichen Methoden, hat Markus mit seinem Team nun einen Galvano- elektrischen Ansatz entwickelt. Dabei wird mittels eines Duschkopf-ähnlichen Aufsatzes das Implantat negativ geladen. Mit Natriumformiat, welches positiv geladen ist, wird rund um das Implantat gespült. Dadurch zerfällt H<sub>2</sub>O in H<sup>+</sup>-Ionen und OH<sup>-</sup>-Ionen. Die H<sup>+</sup>-Ionen diffundieren in den Biofilm und in Millisekunden entsteht Wasserstoff. Dies sorgt dafür, dass sich der Biofilm vom Implantat ablöst. Selbst im Rasterelektronenmikroskop ist kein Biofilm mehr sichtbar. Bei einer In-vitro Studie war nach der Anwendung der Galvanotechnik kein einziger Keim mehr auffindbar. Durch die Galvanotechnik wird das Implantat hydrophil und es kommt zu einer erfolgreichen Osseointegration.

**Am 13. Februar 2021** referierte unser Kandidat **Dr. Paul Schuh** (München) zum Thema Sofortversorgungskonzepte dentaler Implantate. Zeit ist ein kostbares Gut – auch für unsere Patienten bei ihrer implantatprothetischen Versorgung. Somit sind Behandlungsmethoden, bei denen Zeit gespart werden kann, für alle Beteiligten sehr attraktiv. Hierzu müssen diese verglichen werden und immer das Risiko eines schnelleren Vorgehens abgewogen werden. Ist das Risiko gering oder sind die Erfolgsquoten vor allem auch aus ästhetischer Sicht die gleichen, dann spricht nichts mehr für eine zeitraubende Behandlung. Denn Zeit ist kostbar.

Er stellte dar, dass die Planung für die Behandlung im Team besonders exakt durchgeführt werden muss, um das Risiko

eines Misserfolges so gering wie möglich zu halten. Dann kann eine Sofortversorgung in vielen Fällen die beste Lösung für unsere Patienten sein und somit zur Realität werden.

Die implantologische Sofortversorgung des Einzelzahnes, mehrerer Zähne und des ganzen Kiefers zeigte Paul Schuh an hervorragend dokumentierten Fällen.

**Am 13. Februar 2021** folgte unser Fortbildungsreferent **Dr. Pascal Marquardt** (Köln) selbst und gab uns einen Überblick über keramische Implantate: „Routine, Therapieerweiterung oder Risiko für die Praxis?“ Zunächst gab es eine Einführung in das Thema: Warum überhaupt ein bestehendes System verlassen? Dazu ging Pascal Marquardt vor allem auf die Biologie um Titanimplantate ein und beleuchtete die Thematik Tribokorrosion und Titanimplantat-Partikel. Hierzu können seriöse Tests durchgeführt werden, die die individuelle Entzündungsneigung gegenüber den immer zu findenden Partikeln untersuchen können. Eine Allergie auf Titan muss hiervon abgegrenzt werden und ist faktisch auszuschließen. Im Weiteren wurden die heute erhältlichen ein- und zweiteiligen Systeme beleuchtet und Indikationen und Vorgehensweise bei der Implantation von keramischen Implantaten anhand verschiedener Indikationen Schritt für Schritt gezeigt.

Aus der Übersicht konnte das Fazit gezogen werden, dass heute ATZ-Keramikimplantate eine sich bewährende Alternative zu Titanimplantaten hinsichtlich Osseointegration, BIC und Überlebensraten bis 5 Jahre sind. Durch zweiteilige Keramikimplantate mit karbonfaserverstärkten Peek-Schrauben eröffnet sich ein im Vergleich zu einteiligen Implantaten erweitertes, therapeutisches Spektrum. Hinsichtlich der Ästhetik haben keramische Implantate Vorteile.

**Am 14. April 2021** beantwortet unser Mitglied **Dr. Gerd Reichardt** (Stuttgart) alle offenen Fragen zum Thema „Sportzahnmedizin: Was ist dran? Was funktioniert? Viele von uns sind mit dem Thema schon in Kontakt gekommen, doch hat man in der Uni nichts dazu gelernt und bisher vielleicht auch noch keine Fortbildung dazu gehört. Daher war es für alle ein spannender Einblick in das noch recht neue Thema. 2016 wird die Deutsche Gesellschaft für Sportzahnmedizin gegründet. Ihre Hauptaufgabe sehen sie zunächst in der Etablierung einer Struktur in der bis dato verfügbaren Wissenschaft. Nicht nur die Bisschienen, sondern auch das Auffinden versteckter Entzündungen oder das Erkennen und Behandeln eines falschen Bisses gehören zu den Aufgaben des Sportzahnmediziners. Aber auch das Einsetzen von Sportschutzschienen (bspw. aus Vinyl) sind Behandlungsmaßnahmen. Final muss man sagen, dass man nicht bei jedem Sportler eine Verbesserung erreichen kann, jeder reagiert unterschiedlich und dass man viel probieren muss um eine ideal Aufbisschiene zu erhalten. Unsere Webinar-Reihe gilt natürlich nicht nur unseren Mitgliedern, Kandidaten und Youngstern, sondern auch Exter-

nen. So war es besonders erfreulich, dass Holger Claas und Christian Schwetje von der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prävention und Rehabilitation im Spitzensport e.V. mit digital anwesend waren. Dies sorgte für eine besonders lange Diskussion und Erfahrungsaustausch im Anschluss.

**Am 05. Mai 2021** fand schließlich das sehr interessante Webinar von **Dr. Martin Gollner** (Bayreuth) zur digitalen Welt in der Zahnarztpraxis statt: „Braucht es analoge Schritte in der digitalen Welt?“ Hauptsächlich drehen sich die aktuellen Studien um Einzelkronen, sowohl Zahn-, als auch Implantat-getragen. Manche beinhalten dreigliedrige Brücken oder Versorgungen mit Totalprothesen. Meistens stehen Zeit, Kosten und Effektivität im Fokus dieser Studien. Wissenschaftliche Studien zu komplexeren Fällen gebe es bisher so gut wie keine.

Anhand zweier beeindruckender klinischer Fälle machte Martin Gollner eindrucksvoll deutlich, welche Fachkompetenz er im Bereich der digitalen Zahnmedizin besitzt. Unter anderem in Zusammenarbeit mit Udo Plaster und dem Plane Finder System werden die Fälle von ihm sowohl analog als auch digital behandelt.

Seine Behandlungsstrategie lässt sich dabei grob in fünf Abschnitte unterteilen: 1) Zusammenfassung der individuellen Information durch Interview und physischer Diagnostik, 2) Datenakquisition mit Referenzen wie der Achsen und Ebenen, 3) Herstellung eines Mock-ups und Set-ups sowie der Kontrolle der Ästhetik und Sprechprobe, 4) Feststellung der optimalen Zahn- und Implantatpositionen und Austestung mittels Langzeitprovisorien und 5) die finale Rehabilitation der Funktion und Ästhetik. Wir freuen uns, Martin Gollner im Januar 2022 in seiner Praxis zu unserem exklusiven **NEUE GRUPPE**. Kurs besuchen zu dürfen.

**Am 09. Juni 2021** konnte unser Mitglied **PD Dr. Gerhard Iglhaut** (Memmingen) seine herausragenden Fähigkeiten im Bereich der plastischen Parodontalchirurgie in seinem Webinar „Rezessionsdeckung mit minimal invasiver Tunneltechnik unter Einsatz einer innovativen porcinen, azellulären dermalen Matrix“ zeigen. Die plastische Parodontalchirurgie hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten rapide entwickelt und ist zu einer bedeutenden neuen Disziplin in der Zahnmedizin aufgestiegen. Mit der Einführung der parodontalen Mikrochirurgie gelang es, minimal invasive und innovative Tunnel-Techniken zu entwickeln und die Therapiesicherheit für die Rezessionsdeckung zu erhöhen. Anhand klinischer Studien und seiner Erfahrung stellte er dar, dass sich mit der Entwicklung und dem Einsatz der porcinen azellulären dermalen Matrix NovoMatrix® die Möglichkeit eröffnet, auf Transplantatentnahmen vom weichen Gaumen zu verzichten und folglich Komplikationen sowie die Morbidität des Patienten erheblich zu senken. Zudem können OP- Limitationen durch eingeschränkte Verfügbarkeit von Transplantaten des Gaumens vermieden werden. Er zeigte, dass dieses innovative xenogene Ersatzmaterial die umfangreiche operative

Deckung von multiplen Rezessionen einzeitig in beiden Kiefern dauerhaft stabil ermöglicht.

**Am 23. Juni 2021**, kurz vor der Sommerpause, gab es noch durch **Herrn Uwe Koch** (Abrechnungsexperte des DZR) einen „MDR Last Minute Crashkurs“. Uwe Koch ist als Zahntechniker der Abrechnungsexperte in Deutschland zum Thema BEL II und BEB. Seit über 36 Jahren ist er in Dental-laboren und Zahnarztpraxen, Kliniken und bei KZV'en in Deutschland als Referent und Berater tätig. Das neue Medizinprodukte-Gesetz zwingt vor allem diejenigen, die ein Praxislabor haben, zu weiterer umfangreicher Dokumentation, die Herr Koch für uns mit zahlreichen praktischen Tipps filterte. Mit zahlreichen Schritten und Maßnahmen, die erforderlich sind, entließ Herr Koch die zuhörenden Praxisinhaber und Zahntechniker dann in den Sommerurlaub.

Nach der Sommerpause **am 15. September 2021** sich **Frau Maïke Klapdor** (Münster) wieder einem betriebswirtschaftlichen Thema: „Mitarbeitervergütung in der Zahnarztpraxis: umsichtig agieren im Spannungsfeld von Profitabilität, Fairness und zukunftsfähiger Kultur“. Maïke Klapdor von der gleichnamigen Agentur Klapdor und Kollegen aus Münster hatte sich netterweise bereit erklärt, dieses Thema online aufzuarbeiten und uns einen gelungenen Überblick über die uns alle so beschäftigende Problematik zu geben. Personalkosten sind in der Zahnarztpraxis eine sensible betriebswirtschaftliche Größe und stellen auch noch den größten Fixkostenblock dar. Die Personalkostenquote gerät daher beim Thema „Gewinnoptimierung“ schnell ins Visier. Wir konnten sehen, wann sie für die unternehmerische Steuerung Sinn ergibt und wann nicht. Dies zeigte Frau Klapdor anhand sehr schöner Beispielrechnungen aus ihrem Klientel.

Außerdem widmeten wir uns der Frage, wie die faire Vergütung von angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten aussehen kann. Zwar scheint die „30-Prozent-Provisionsforderung“ manchmal wie in Stein gemeißelt zu sein, doch wird damit wirklich das erreicht, worauf es im Kern ankommt? Passen individuelle Provisionsanreize tatsächlich zu den langfristigen Praxiszielen?

Abschließend konnte Frau Klapdor sicher kein Patentrezept liefern, wohl aber feine Ideen zur nächsten Ausgestaltung von Verträgen: Fortbildungen, projektbezogene Umsatzgrafifikationen etc.

Sicherlich ersetzen Webinare keine Präsenzseminare, aber der Erfolg dieser kleinen Reihe zeigt, dass wir uns auch in Zukunft auf diesem technischen Feld recht unkompliziert und ohne großen Aufwand weiter zusammen fortbilden können und miteinander kommunizieren können. Nochmals möchte ich ein großes Dankeschön an alle Referenten, Teilnehmer und Christian Haase für die Kooperation aussprechen.

Dr. Pascal Marquardt

# Hamburg ist immer eine Reise wert... (Teil 2)

BERICHT VON DR. PASCAL MARQUARDT



Aufgrund der großen Nachfragen waren Dr. Matthias Müller und Dr. Stefan Bethge gerne bereit, den bereits im September 2020 gehaltenen Kurs ein zweites Mal am 28. und 29. Mai 2021 in Ihrer Praxis in Hamburg durchzuführen.

Ein wesentliches Anliegen von Mitglied Dr. Matthias Müller und seinem Praxispartner und Kandidaten Dr. Stefan Bethge war es, kurz und knapp den theoretischen Hintergrund der Digitalisierung in der Zahnheilkunde zu erläutern. Wichtig war es, Impulse zu geben, damit erprobte und erfolgreiche digitale Prozesse in der Praxis der Teilnehmer umgesetzt werden können. Das Hauptaugenmerk der Fortbildung lag jedoch darauf, den digitalen Workflow kennenzulernen, der in der Praxis Müller/Bethge Usus ist, und konkrete praktische Aufgaben zu lösen.

Viele Teilnehmer haben bereits Kontakt mit Intraoralscannern gehabt oder nutzen diese in der Praxis mehr oder weniger regelmäßig. Unter der Anleitung konnten die Teilnehmer parallel in drei Behandlungszimmern loslegen und ihre Erfahrungen sammeln bzw. ausbauen. Sie hatten dabei die Möglichkeit, nicht nur mit Trios 3 und Trios 4 Scannern zu arbeiten, sondern auch den neuen, vergleichsweise günstigen Medit Scanner aus Korea ausgiebig zu testen. Mit den Trios Scannern können inzwischen Kieferrelationen sowohl statisch als auch dynamisch dargestellt werden. Viele nützliche Tips konnten von allen Teilnehmern, wie auch Referenten, ausgetauscht werden.

Den Teilnehmern wurde gezeigt, wie man mittels einer speziellen CAD-Software die Primär-Scans virtuell so bearbeitet, dass sie die Informationen preisgeben, die man für die jeweilige Behandlung des Patienten braucht. Schnell wurde klar, dass der virtuell erstellte digitale Abdruck, seinem analogen Vorbild in vielen Punkten überlegen sein kann, aber auch Ansprüche an die Präparationen hat.

Ein kleiner Schritt von CAD zu CAM: Die Teilnehmer lernten, dass die digitale Zahnmedizin noch einen Schritt weitergeht. Denn die digitalen Abdrücke können zur computergestützten Herstellung (CAM, Computer Aided Manufacturing) von Kronen, Inlays, Veneers, Schienen und vielen anderen „Produkten“ eingesetzt werden, die man zur Versorgung von Patienten

in der Praxis benötigt. Im Folgenden konnte Stefan Bethge zeigen, wie er die Strategien seiner Implantationen am Computer simuliert und plant. In wenigen Schritten ließen sich die intraoralen Scans mit den DVT-Daten matchen. Darauf folgten eine virtuelle Zahnaufstellung und Positionierung des Implantates aus biologisch und prothetisch optimierter Sichtweise. Dieses „backward planning“ bietet dank gedruckter Bohrschablonen ein Höchstmaß an Sicherheit und führt zu präzisen Implantatpositionen und guten Behandlungsergebnissen.

Bei zwei Teilnehmern wurden zentrische Register genommen und Positionen digital erfasst. Diese Daten konnten direkt an das benachbarte Labor „Cupidus“ gesendet werden. Bei einem Besuch in diesem Labor gab Stephan Marzock, einer der beiden Inhaber des Labors, eine kurze Einführung zu digitalen Fertigungsprozessen und zeigte wie die Schienen auf einer großen 5-achsigen Fräse aus einer Kunststoffronde gefertigt werden. Am folgenden Tag konnten die digital gefertigten Schienen unter den kritischen Augen der Teilnehmer zeigen, was sie können. Die Schienen passten sehr gut und erfüllten die an sie gestellten funktionalen Anforderungen bestens.

Der wunderbare Abendausklang des Kurses fand in ungewohnter Freiheit bei, wie gewohnt wunderbar sonnigem Wetter auf der Terrasse des Ruderclubs an der Alster statt.

Am nächsten Morgen hat Matthias Müller den CAD/CAM Fertigungsprozess einer Krone demonstriert. Hierzu hat er an einem Modell einen Defekt gescannt und die passende Krone am Rechner konstruiert. Die zur Fertigung notwendigen Daten wurden direkt an eine Fräse übertragen, wo innerhalb von 15 Minuten die Krone entstand, die er problemlos in das Modell eingliedern konnte. Die Teilnehmer konnten sich von der Passgenauigkeit der Krone überzeugen und waren beeindruckt von der Einfachheit des Workflows sowie dem geringen zeitlichen Aufwand, der bei analogen Methoden sehr viel höher ist.

Wir danken den beiden sehr für dieses wunderbare Wochenende an der Elbe und freuen uns auf baldige Vertiefung des Themas.

Dr. Pascal Marquardt

# Ankündigung: Neue Seminare

## ANMELDUNG für die Seminare (wenn unter dem Seminar nicht anders angegeben):

Frau Anja Kaschub, Tel +49 211 - 66 96 73 - 40, E-Mail: apw.kaschub@dgzmk.de  
Akademie Praxis und Wissenschaft, Liesegangstraße 17 a, 40211 Düsseldorf  
Zentrale: Telefon: +49 211- 66 96 73 - 0, Fax: +49 211 - 66 96 73 - 31

## Bitte beachten Sie die Seminarankündigungen auf unserer Homepage: [www.neue-gruppe.com](http://www.neue-gruppe.com)



### Planung ist alles! - Teamkurs für ein individuelles, funktionell stabiles und ästhetisches Behandlungskonzept

DR. MARTIN GOLLNER

Fr., 21. Jan. 2022, 19:00 Uhr– Sa., 22. Jan. 2022, 20:30 Uhr

Praktischer Workshop - Kurs mit Live-Patienten –  
Teamkurs ZA + ZT

Dr. Martin Gollner und ZTM Simon Schömer

Klare Konzepte zur Planung, Umsetzung und Kalkulation sind die sichere Grundlage zur Beherrschung und Therapie von patientenindividuellen Fällen.

Außerdem kann hierdurch eine gleichbleibend stabile Auslastung der Praxis und des Zahnlabores mit hochwertigen Arbeiten erreicht werden.

Wie erkenne und filtere ich umfangreiche, komplexe Fälle, wie bin ich in der Lage, diese zu kategorisieren und in einzelne Schritte zu „zerlegen“. Welche Rolle spielt bereits in der frühen Planungsphase das Labor? Erkenne ich als Behandler die Wünsche des Patienten und kann diese jederzeit umsetzen und letztendlich auch erfüllen.

Bei der Planung einer prothetischen Restauration bzw. Neuanfertigung eines bestehenden Zahnersatzes wird bereits in der ersten Befundungs- und Planungsphase mit dem Patienten die enge Zusammenarbeit mit dem Zahntechniker gefordert, um die individuelle Ausgangssituation und die entsprechenden Wünsche und Erwartungen des Patienten zu würdigen.

Nach Beachtung aller ästhetisch und funktionell relevanten Faktoren liegt es nun am Behandlungsteam, eine maßgeschneiderte, für den Patienten individuell abgestimmte Behandlungsabfolge umzusetzen. Bei konsequenter Planung und Umsetzung der einzelnen Schritte lassen sich in der täg-

lichen Praxis ästhetische Gesamtergebnisse vorhersagbar individuell für jeden Patienten realisieren. Dies führt zu einem signifikanten Mehrwert für jede Praxis und ein strukturiertes erfolgreiches Behandlungskonzept.

Die Fälle zeigen einen Querschnitt aus der täglichen Praxis mit Veneer-Versorgungen, Schienendesigns, Testregistrare, Bisshebungen mit und ohne Implantate, Vollrekonstruktionen, Einzelzahnversorgungen, Langzeitprovisorische Versorgungen, ohne das Grundgerüst des Konzeptes aus den Augen zu verlieren.

#### Topics:

- Patientengespräch: Zuhören, einordnen, realisieren
- Fehler vermeiden: detaillierte Patienten- und Modellanalyse
- Visualisierung des „neuen Lächelns“, MockUps perfekt und aussagekräftig
- Patienten step-by-step: einzelne Behandlungssequenzen live demonstriert
- Komplexe Planungen in Einzelschritte zerlegen und kalkulieren
- Teamwork: Zahnarzt und Zahntechniker: gemeinsam zum Erfolg

#### Lernziele:

- Ästhetik: Welche Strukturen sind wichtig?
- Erkennen von Ursache – Kompensation – Therapie
- Optimierte Behandlungsabfolge: welcher Schritt erfolgt im Labor, welcher in der Praxis: Teamwork!
- Effektive Fotodokumentation – wer braucht was und wieviel?
- Systematische Umsetzung in den täglichen Workflow

Kursort: Dentalzentrum Bayreuth



## New Approach In Immediate Implant Rehabilitations Sealing Socket Abutment ( SSA) simplify Immediate molar implant treatment Strategy

Dr. Gary Finelle, Paris

Fr., 3. Juni 2022 09:00 Uhr – Sa., 4. Juni 2022 16:00 Uhr

### New Approach In Immediate Implant Rehabilitations

Dr. Gary Finelle, Paris

Molar replacement is the most frequent therapeutic modality in implant dentistry. However, many different clinical protocols are proposed and utilized in order to maintain volume stability after tooth extraction (including early placement, socket preservation and immediate implant placement). From patient standpoint, immediate protocols provide satisfying experience, but surgical manipulation for closure obtention may generate invasiveness and unpredictability. In this perspective, the goal of this day article is to describe a clinical workflow combining immediate implant placement on molar sites and prosthetic non invasive closure by the use of a customized healing abutment (SSA: Sealing Socket abutment). SSA concept (Sealing Socket Abutment), offers a minimally invasive solution for wound closure and a mechanical support for tissue stabilization during healing time. Based on the SSA (sealing socket abutment) Concept, the SSA Gingival Fit Abutment ( Biotech Dental, France) has been developed to provide a multi-functional, anatomical and directly customizable

solution. The use of anatomical healing abutment immediately after extraction and immediate implant placement for molar sites has the potential to improve treatment workflow from a surgical as well as prosthetic standpoint.

Learning Objectives:

1. Understand the benefits of the SSA workflow from patient experience standpoint
2. Understand the benefits of the SSA workflow from clinician standpoint
3. Introduction to digital and analog step by step workflow for SSA Workshop
4. Discussion emergence profile
5. Presentation of research and emerging evidence
6. Indication of SSA in Esthetic sites
7. Introduction of the innovative SSA Gingival Fit Abutment Workshop:
  1. Atraumatic Extraction
8. Immediate implant placement of Biotech Implant and/or Straumann Implant (to be confirmed) molar (BLT)
9. Chairside fabrication of SSA with CONVENTIONAL technique (flowable composite)
10. Manipulation and Use of the SSA-GF (for Biotech implant or Straumann implant)

**Kursort:**

Dental7 Paris

59, Avenue de la Bourdonnais, 75007 Paris



## Klinisch-parodontale Verfahren der PAOO Technik

Dr. Kevin Murphy, Baltimore,  
University of Maryland

Fr., 1. Juli 2022 09:00 – Sa., 2. Juli 2022 16:00

Der Umfang klinischer Forschung, die sich auf die Beschleunigung von Methoden zur Zahnbewegung konzentrieren, hat zugenommen. Während chirurgische und mechanische Eingriffe, die das Alveolarfach und die Zahnbewegung betreffen, seit über hundert Jahren beschrieben werden, besteht weiterhin die Forderung, die beste Methode zur Steigerung der Zahnbewegung mit den geringstmöglichen Nachteilen zu finden. Zweck dieses Seminars ist, die klinischen Techniken zu skizzieren, die historischen Perspektiven zu diskutieren und die vorgeschlagene biologische Grundlage für diese Techniken zu beschreiben. Eine umfassende Darstellung unseres aktuellen Kenntnisstands über das biologische Phänomen, das mit chirurgisch erleichterten Zahnbewegungen und Alveolarvergrößerungen verbunden ist, wird diskutiert.

Die Präsentation fokussiert auf die klinisch-chirurgischen Vorgehensweisen der Periodontally Accelerated Osteogenic Orthodontics (PAOO). Modifikationen des chirurgischen Protokolls, welche die Vorhersagbarkeit der Ergebnisse verbessern, einschließlich der Verwendung temporärer

Verankerungsvorrichtungen und Piezoinzision, werden diskutiert. In dem Verständnis, dass Patienten häufig sowohl kieferorthopädische als auch gingivale Augmentationsverfahren benötigen, wird auch die Kombination von gingivalen Augmentations- und PAOO-Verfahren demonstriert.

Im Hands-on Training des Kurses werden das Lappenmanagement, Knochenperforationsschemata, Knochentransplantationstechniken und Lappenverschlussstechniken demonstriert, die mit vorhersagbar positiven Ergebnissen verbunden sind.

**Lerninhalte:**

- Entwicklung eines Verständnisses für die Auswirkungen der Knochenheilungsdynamik auf schnelle Zahnbewegungen
- Vermittlung der bei PAOO eingesetzten parodontalen Operationstechniken
- Diagnostik der klinischen Situationen, in denen Weichgewebean augmentationen und PAOO-Verfahren kombiniert werden können
- Optimierung der Ergebnisse mit bestimmten Knochentransplantations- und Perforationsschemata

**Kursort:**

Institut für dentale Forschung und Lehre  
Steinbogenstraße 26, 87700 Memmingen



## 56. Jahrestagung der *NEUEN GRUPPE*

# Problemfälle und Misserfolge in der Zahnmedizin

– wie wir sie lösen und was wir von ihnen lernen können

**Donnerstag, 17. bis Samstag, 19. November 2022**

ORT: Hotel Vier Jahreszeiten Kempinski,  
Maximilianstraße, München

REFERENTEN:



### **Parodontologie:**

Prof. Dr. Maurizio Tonetti, Hongkong  
Dr. Pierpaolo Cortellini, Florenz, Italien



### **Traumatologie und Endodontie:**

Prof. Dr. Gabriel Krastl, Würzburg  
Dr. Jörg Schröder, Berlin



### **Restaurative Zahnheilkunde:**

Dr. Christian Ramel, Zürich, Schweiz



### **Implantologie:**

Dr. Ueli Grunder, Zollikon-Zürich, Schweiz  
Dr. Gerd Körner, Bielefeld



### **Korrekte Kommunikation und der Einfluß der „Human Factors“**

Prof. Dr. Sascha Bechmann, Düsseldorf  
Dr. Franck Renouard, Paris, Frankreich

ANMELDUNG: boeld communication GmbH  
Reitmorstraße 25  
80538 München  
congress@bb-mc.com  
Tel. +49 89 1890460  
Fax +49 89 18904616  
www.neue-gruppe.com

# Dr. Rüdiger Thümmel

\* 26.11.1925 Barth † 22.06.2021 Hamburg



**"Menschen, die wir lieben, bleiben für immer, denn sie hinterlassen Spuren in unserem Herzen."**

Rüdiger war ein sehr engagierter Zahnarzt. Er begann nach dem Studium in Frankfurt seine berufliche Tätigkeit ebendort. Er eröffnete mit seiner Frau, die er im Studium kennengelernt hatte, in Frankfurt eine Praxis. Da die Verbindung nach kurzer Zeit scheiterte, zog er nach Bad Soden und eröffnete dort erneut eine Praxis. Auf einer Reise nach Swampscott erzählte er mir dies alles. So hat er seine spätere Frau Ingeborg in Genf auf dem Flughafen kennen gelernt. Sie stand da mit ihren beiden Kindern an den Händen und wartete auf den Anschlussflieger nach Hamburg. Rüdiger half ihr natürlich.

Aus dieser Begegnung entstand dann die Verbindung für sein Leben. Er unterstützte sie wo er konnte, finanzierte die Ausbildung der beiden Kinder und sorgte umfassend für die Familie. Ich habe bis kurz vor seinem Tode regelmäßig mit ihm telefoniert, was oft schwierig war, da er massive Hörproblemen hatte. Sein täglicher Lebensablauf richtete sich auch nach seinem geliebten Hund, mit dem er natürlich täglich "Gassi" ging. So war das für ihn in seiner Bescheidenheit ein erfülltes Leben..

JOCHEN GIESELER UND ECKBERT SCHULZ



# EIN STARKES NETZWERK

Hier erhalten Sie umfangreiche Infos zur **NEUEN GRUPPE** im Allgemeinen sowie die aktuellen Termine zu unseren Veranstaltungen und Seminaren.

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



SCAN ME

## Liebe Freunde der **NEUEN GRUPPE**,

auch wir als **NEUE GRUPPE** sind bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten unserer Mitglieder, Kandidaten und Youngster zur Einhaltung der in der DSGVO festgelegten Bestimmungen verpflichtet!

Für den Umgang mit den Mitgliederdaten gilt, dass jeder Funktionsträger diese nur zu dem Zweck verwenden darf, zu dem sie die Vereinigung erhoben hat und den sie entsprechend ihrer Satzung verfolgt.

In jedem Umfeld, in dem persönliche Daten erhoben werden, müssen technische und organisatorische Maßnahmen die Einhaltung der in der DSGVO festgelegten Vorgaben sicherstellen. Das bedeutet vor allem, dass die Personen, um deren Daten es geht,

- ihre Zustimmung geben müssen
- Widerspruch einlegen können
- Einsicht in die Daten verlangen können
- den Verwendungszweck erfragen können
- die Daten berichtigen oder unter Umständen sperren lassen können

Daher haben wir in Zusammenarbeit mit der Firma Schafflhuber alle Prozesse, die mit der Erfassung, Speicherung und Verwendung der persönlichen Daten der Mitglieder, Kandidaten und Youngster zu tun haben, überprüft und die u. g. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung erstellt, damit die Neue Gruppe ihren rechtlichen Pflichten nachkommen kann.

Wenn bitte alle Mitglieder bis zum 20.12.2021 die Aktualität Ihrer Daten überprüfen und die Einwilligung zur Datenverarbeitung (DV) unterschrieben per pdf namentlich in der bevorzugten Form – Einwilligung DV Vorname Nachname – an meine Emailadresse – [rupp@praxis-rupp.de](mailto:rupp@praxis-rupp.de) – senden oder faxen unter **0049-7631 172526**, alternativ, wenn nicht anders möglich - traditionell per Post schicken, würde das unsere Arbeit sehr erleichtern.

Die Einwilligung ist als PDF auf der Homepage zu finden. Vielen Dank vorab!

Euer Christian Rupp  
Generalsekretär  
Vorstand **NEUE GRUPPE**

Dr. Christian Rupp – Moltkestr. 2a- 793797 Müllheim