

HEFT 22, Frühjahr 2003

Inhalt

Tinnitus und Otalgien bei Funktionsstörungen des Kauorgans

Kursberichte

Wolfgang Bengel, Aachen

Raphael Borchard, Münster

Clemens Bargholz und Horst Behring, Hamburg

Josef Diemer, Aalen

Unterstützung der Wissenschaft durch die Neue Gruppe

Neue Mitglieder

Laudatien

Die Neue Gruppe und die Medien,
wer braucht wen?

Editorial

Die Ausrichtung der 36. Jahrestagung der Neuen Gruppe in der Alten Oper Frankfurt mit dem Thema "Schöne Zähne" war für die Fachwelt ein besonderes Ereignis. An dem Wochenende vom 31. Oktober bis zum 3. November 2002 besuchten 1200 Teilnehmer diesen Kongress.

Die zunehmende Bedeutung der Ästhetischen Zahnheilkunde findet reges Medieninteresse, das sich in Zeitungen, Zeitschriften und besonders auch im Fernsehen zeigt. Es lag also nahe, rechtzeitig zu dieser Tagung eine Pressekonferenz einzuberufen. Mit größter Sorgfalt wurden 30 Pressemappen erstellt, deren Inhalt sich sowohl auf die Neue Gruppe als auch auf die Tagung bezog. War es persönliches Verschulden oder mangelndes Interesse einer großen Presseagentur, dass diese Konferenz nicht zustande kam? Hat dies womöglich etwas mit dem angeschlagenen Image der Zahnärzte zu tun? Dabei stellt sich folgende Frage: Braucht eine Vereinigung von Zahnärzten, ein großer Freundeskreis, der sich bereits 37 Jahre lang regelmäßig trifft und austauscht, überhaupt die Öffentlichkeit der Medien? Zu unserer Frühjahrstagung brauchen wir die Medien sicher nicht. Nur ein einziges Rundschreiben mobilisiert die ganze Gruppe (bis auf wenige Osterhasen!). Pressemanöver sind hierbei nicht vonnöten.



Zur Jahrestagung hingegen wird jedes Echo der Presse dankbar aufgenommen. An dieser Stelle gebührt dem Quintessenz-Verlag, dem VDZI und den Landes Zahnärztekammern Anerkennung für ihre Pressearbeit. Der Name "Neue Gruppe" ist erfreulicherweise in der Fachwelt zum Begriff geworden. Wie steht es jedoch mit der Neuen Gruppe in der breiten Öffentlichkeit? Was spricht dagegen, der Öffentlichkeit die Neue Gruppe durch die Medien nahe zu bringen? Qualitativ hochstehende Zahnheilkunde mit entsprechenden Therapieangeboten, wie sie dem Standard der Neuen Gruppe angemessen sind, könnten so einem breiten Publikum zugänglich gemacht werden. Dabei kann es nicht das Ziel sein, die Neue Gruppe als solche hervorzuheben, vielmehr stehen wir - steht jedes einzelne Mitglied - in der Verantwortung, unseren Patienten unser Verständnis einer den höchsten Anforderungen gerecht werdenden Zahnheilkunde zu vermitteln und so ganz entscheidend zu deren Wohlbefinden beizutragen.

Öffentlichkeit heißt auch Flagge zeigen, auch der politischen Öffentlichkeit gegenüber. Nicht staatliche Reglementierung, sondern optimierte Zahnheilkunde muss im Umgang mit den Medien unser Maßstab sein.

Wie ich aus eigener Erfahrung weiß, haben zwei Fernsehauftritte im Zusammenhang mit der letztjährigen Jahrestagung den regelrechten "Ruck" (wirtschaftspolitischer Maßstab - frei nach Roman Herzog) in meine Praxis gebracht. Könnte sich die Neue Gruppe vorstellen, bei Maybrit Illner zu Gast zu sein, um in ihrer Talkshow über gute Zahnheilkunde zu diskutieren?

Rose Marie Lohmiller

Tinnitus und Otalgien bei Funktionsstörungen des Kauorgans

von
Ingrid Peroz

Berlin

Nicht selten schildern Patienten mit Cranio-Mandibulären Dysfunktionen (CMD) Symptome, die dem HNO-Bereich zuzuordnen sind, wie Otalgie, Tinnitus, "verstopfte" Ohren, Hörverlust, Schwindel.

Ein typisches Beispiel hierfür ist eine 47jährige Patientin, die sich vor einiger Zeit in unserer Sprechstunde vorstellte. Der Anlass hierfür war zum einen ein Knacken im rechten Kiefergelenk, ergänzt durch rechtsseitige Ohrenscherzen. Da die Beschwerden zeitgleich mit einer "Amalgamsanierung" durch Neuversorgung mit Inlays und Teilkronen auftraten, brachte die Patientin diese hiermit auch ursächlich in Zusammenhang. Die daraufhin durchgeführte klinische Funktionsanalyse ergab den Verdacht auf eine anteriore Diskusverlagerung mit Reposition und gleichzeitiger Kompression im rechten Kiefergelenk. Dies stimmte mit dem Empfinden der Patientin überein, die neuen Rekonstruktionen seien rechts zu niedrig. Bei Seitwärtsbewegung nach links verringerten sich die Ohrenscherzen und das Kiefergelenkknacken blieb aus.

Für den behandelnden Zahnarzt wirft dies die Frage auf, ob diese oder ähnliche Ohrsymptome tatsächlich mit CMD zusammenhängen? Wie sind die Befunde zu diagnostizieren? Welche therapeutischen Möglichkeiten sind zu erwägen? Und wie ist letztlich die Prognose abzuschätzen?

1. Zusammenhänge zwischen Ohrsymptomen und CMD

Anatomische Strukturen

Der amerikanische HNO-Arzt *Costen* war einer der ersten, der HNO-Symptome und Symptome, die man heute CMD zuordnet, zu einem einheitlichen Syndrom zusammenfasste und damit eine Schnittstelle zwischen der HNO-Heilkunde und der Zahnmedizin herstellte. Er stützte die Theorie zur Entstehung dieses Krankheitsbildes auf anatomisch-neurologische Überlegungen. Aufgrund des Verlustes von Stützzonen könne der Unterkiefer dorsal bzw. dorso-kranial verlagert werden, so dass gelenknahe Strukturen wie die Chorda tympani, der N.auriculotemporalis und die Tuba Eustachii irritiert werden könnten.

Diese Theorie wurde bereits mehrfach widerlegt, da insbesondere die angegebenen Nerven aufgrund ihres Verlaufes keiner mechanischen Irritation zugänglich sind. Der Begriff *Costen-Syndrom* gilt heute als Vermischung von Krankheitsbildern und sollte daher nicht mehr verwendet werden (Lotzmann u. Kobes 1991, Türp 1997).

Eine weitere *anatomische* Erklärung für das Symptom des "verstopften" Ohres stellte 1947 *Goodfriend* auf. Demnach könnte durch eine Verlagerung des Unterkiefers die knorpelige Struktur der Tuba auditiva eustachii komprimiert werden, so dass der Druckausgleich zwischen Mittelohr und Nasen-Rachenraum nicht mehr stattfinden kann.

Andere anatomische Strukturen, die eine Verbindung zwischen den Strukturen des Ohres und dem Kauorgan herstellen wurden von *Pinto* und *Ash* gefunden. Dabei handelt es sich um embryonal nachzuweisende Ligamente, die vom medio-posterioren-superioren Anteil der Gelenkkapsel und des Discus articularis bis zum Hals des Malleus verlaufen. Sie werden daher als *discomalleoläres und sphenomandibuläres Ligament* bezeichnet und stellen eine direkte mechanische Verbindung vom Mittelohr zu Strukturen des Kiefergelenks dar. Gegenstand der Diskussion sind daher



mögliche Zugspannungen, die auf diese Ligamente übertragen werden könnten, wenn der Diskus im Kiefergelenk verlagert wird. Ob diese Zugspannung jedoch Auswirkungen auf das Innenohr haben können und wenn ja, welche, ist bislang nicht nachgewiesen. Ungeklärt bleibt vorerst auch die Frage, wie sich dadurch z.B. Tinnitus erklären lässt (Chan u. Reade 1994, Alkofide et al. 1997).

Neuromuskuläre Verbindungen

Aufgrund der gemeinsamen embryonalen Entwicklung werden die Muskeln M. tensor tympani, M. tensor veli palatini und M. levator veli palatini vom Nervus trigeminus innerviert. Dem M. tensor tympani kommt dabei die Aufgabe des "Trommelfellspanners" zu, der M. tensor veli palatini spannt das Gaumensegel und öffnet außerdem die Tuba auditiva eustachii aktiv, der M. levator veli palatini hebt das Gaumensegel an und öffnet damit passiv die Ohrtrompete (Lotzmann u. Kobes 1991, Chan u. Reade 1994).

Malkin et al. schlussfolgerten vor dem Hintergrund dieser Zusammenhänge, dass durch einen Hypertonus der Kaumuskulatur auch das Trommelfell eine stärkere Anspannung erfährt, gleichzeitig das Gaumensegel in seiner Anspannung gehemmt wird und sich daher die Tuba auditiva eustachii nicht öffnen kann. Daraus resultiert eine ungenügende Belüftung des Mittelohres und eine verringerte Schwingungsfähigkeit des Trommelfells. Beides führte zur Symptomatik des "verstopften" Ohres und eines reduzierten Hörvermögens (Chan u. Reade 1994).

Auch *Myrhaug* begründet seine Beobachtungen mit neuromuskulären Zusammenhängen. Er erklärt den objektiven, von einem Untersucher hörbaren Tinnitus als ein rhythmisches Öffnen und Schließen der Ohrtrompete, resultierend aus der Ermüdung der überreizten Mm. tensor veli palatini und tensor tympani. Im Gegensatz dazu gilt der subjektive, nur vom Patienten hörbare Tinnitus als alleinige Reaktion auf einen Tremor des M. tensor tympani (Chan u. Reade 1994). Die Thesen von *Myrhaug* konnten in neueren Untersuchungen allerdings nicht verifiziert werden (Penker u. Polanky 1998).

Analoge neuromuskuläre Verbindungen zwischen der mimischen Muskulatur und dem M. stapedius werden von *Frumker und Kyle* diskutiert. Die Innervation dieser Muskeln erfolgt jeweils durch den N. facialis (Chan u. Reade 1994). Nach dem Prinzip des eingangs skizzierten Erklärungsmodells könnten demnach alle muskulären Hyperaktivitäten der Kaumuskulatur und/oder mimischen Muskulatur über neuronale Verschaltungen des N. facialis bzw. N. trigeminus die Mittelohrmuskeln beeinflussen. Eine Studie von *Rubinstein et al.* bestätigt diese Theorie, indem sie Bruxismus und die häufig festgestellte Fluktuation von Tinnitus-Symptomen in Zusammenhang bringt (Rubinstein u. Erlandsson 1991).

Eine weitere Erklärung für das Symptom des "verstopften" Ohres basiert auf funktionellen Störungen des Kiefergelenks. So ist bei einer anterioren Diskusverlagerung ohne Reposition und bei muskulär bedingter Limitation die Mundöffnung deutlich eingeschränkt. Dadurch kann es auch zu einer Funktionsstörung der Ohrtrompete kommen (Ash et al. 1991).

Das Schmerzsymptom "Otalgie" wird häufig als Projektionsschmerz interpretiert. Die zugrundeliegende Vorstellung ist, dass

- zum einen aufgrund der direkten Nähe zum Kiefergelenk Schmerz-

reize im Gelenk oder Entzündungsvorgänge wie Arthritis, Kapsulitis oder Synovitis zum Ohr hin ausstrahlen, und

- zum anderen Schmerzreize aufgrund von Reizübermittlungen aus peripheren Muskelbereichen oder der Hals-Wirbel-Säule in Ganglien und sensiblen Endkernen entstehen (Lotzmann u. Kobes 1991).

Epidemiologische Aspekte

Cranio-Mandibuläre Dysfunktionen zeigen in epidemiologischen Studien eine hohe Prävalenz. Subjektive Symptome von Funktionsstörungen werden allerdings deutlich seltener angegeben, als sie objektiv feststellbar sind (Solberg et al. 1979)

Auch die eingangs genannten HNO-Symptome treten häufig auf. Betrachtet man z.B. die Prävalenz von Tinnitus, so ist von einer Häufigkeit von 14% bis 32% in der Normalbevölkerung auszugehen (Rubinstein 1990).

Es scheint daher zunächst nicht verwunderlich, dass beide Phänomene häufig gemeinsam vorkommen. Verschiedene Studien belegen jedoch folgende, darüber hinaus gehende Zusammenhänge:

- Tinnitus-Patienten weisen im Vergleich zur Normalbevölkerung häufiger CMD-Befunde auf (Rubinstein u. Erlandsson 1991)
- CMD-Patienten weisen im Vergleich zur Normalbevölkerung häufiger HNO-Befunde auf (Bush 1987, Chole u. Parker 1992, Kempf et al. 1993, Chan u. Reade 1994, Ciancaglini et al. 1994, Keersmaekers et al. 1996).

Zur Illustration ist die Prävalenz von CMD- und HNO-Symptomen in Tab. 1 dargestellt.

| Autoren | Jahr | Anzahl der Pat. | Otalgie | Tinnitus | Vertigo | Hör-verlust | "verstopftes" Ohr |
|---------------------|------|-----------------|---------|----------|---------|-------------|-------------------|
| Gelb et al. | 1983 | 200 | — | 36% | 40% | 25% | 48% |
| Wedel et al. | 1986 | 148 | — | 14% | 15% | 14% | — |
| Cooper et al. | 1986 | 476 | 50% | 36% | 40% | 38% | — |
| Bush | 1987 | 105 | 82% | 33% | — | — | — |
| Chole et al. | 1992 | 338 | 100% | 59% | 41% | — | — |
| Ciancaglini et al. | 1994 | 815 | 1,6% | 6,4% | 1,6% | — | — |
| Keersmaekers et al. | 1996 | 400 | 42% | — | — | — | — |
| Peroz | 2001 | 221 | 36% | 3,6% | — | — | — |

Tab. 1

Die erhebliche Streuung der Zahlen erklärt sich teilweise aus dem Versuchsdesign und dadurch, dass die einzelnen Studien von unterschiedlichen Symptomkombinationen ausgehen. Einige Aspekte verdienen, hervorgehoben zu werden:

- Patienten mit CMD und einer HNO-Erkrankung zeigen einen höheren Dysfunktionsindex als CMD-Patienten ohne otologische Befunde (Keersmaekers et al. 1996).



- Patienten mit CMD leiden häufiger an schwerem Tinnitus – mit Schlafstörungen – (17 %) und an schwerem Vertigo (20%) als andere (Chole u. Parker 1992).
- Zwischen dem Schweregrad einer Kiefergelenks-Dysfunktion sowie dem Auftreten von Taubheit und Schwindel besteht eine Korrelation (Ciancaglini et al. 1994).

Eigene Untersuchungen wiesen bei Tinnituspatienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant häufiger Druckdolenzen in der Kaumuskulatur, Hinweise auf Bruxismus, eine instabile Interkuspitation, insuffizienten Zahnersatz und Dysgnathien in Form der Angle-Klasse II nach (Peroz u. Kirchner 1999). Noch nicht abgeschlossene Studien an der Zahnklinik in Greifswald lassen ebenfalls häufiger Funktionsstörungen bei Tinnituspatienten vermuten als bei einer Kontrollgruppe.

Psychosomatik

Bei der Betrachtung neuromuskulärer Zusammenhänge wurde bereits auf den möglichen Zusammenhang zwischen Bruxismus und unterschiedlichen Ausprägungen des Tinnitus hingewiesen (Rubinstein u. Erlandsson 1991).

Ätiologisch kann Bruxismus offenbar nicht allein durch okklusale Störungen erklärt werden (Greene u. Laskin 1983, Seligman u. Pullinger 1991), auch wenn experimentell durch okklusale Veränderungen Hyperaktivität des Kauorgans oder Fehlhaltungen auslösbar sind. Indes, nicht jeder Patient mit derartigen Störungen entwickelt klinisch manifesten Bruxismus. Nach heutigem Verständnis ist daher primär von einer psychosomatischen Verursachung auszugehen.

Interessanterweise wird auch der Entstehungszeitpunkt des Tinnitus oder eine Zunahme der entsprechenden Symptome von Tinnituspatienten häufig im Zusammenhang mit belastenden Lebensphasen gesehen (Ash et al. 1991).

Möglicherweise kann emotionaler Stress sowohl Funktionsstörungen des Kauorgans als auch Tinnitus und Vertigo hervorrufen. Stehen die subjektiven Beschwerden den objektivierbaren Befunden unproportional gegenüber, wird dies als Excessive Somatic Concern Syndrom zusammengefasst (Chan u. Reade 1994).

2. Diagnostik

Da die Diagnostik sowohl der verschiedenen Formen von CMD als auch der genannten HNO-Symptome für sich schon komplex sind, verspricht deren Kombination eher noch komplexer zu werden. Hierzu trägt einerseits die Heterogenität der unter dem Begriff CMD zusammengefassten Funktionsstörungen bei, die ihrerseits durch klinische Parameter oft nicht eindeutig zu diagnostizieren sind und in der Ausprägung zudem fluktuieren können. Kommen HNO-Symptome hinzu, so fällt es ärztlicherseits schwer, angesichts der geschilderten neuronalen Verschaltungen und Reflexmechanismen den subjektiven Symptomen objektive Befunde zuzuordnen.

Die Tatsache, dass einige HNO-Symptome in ihrer Ätiologie und Pathogenese ebenso wie CMD nicht völlig aufgeklärt sind, erschwert zudem das Auffinden von Kausalzusammenhängen. Interdisziplinäre Sprechstunden, in denen sowohl HNO-Ärzte als auch funktionstherapeutisch

erfahrene Zahnärzte zusammenarbeiten und somit das Fachwissen beider Disziplinen zusammengetragen wird, sind zudem seltene Ausnahmen.

In der Praxis suchen Patienten daher in der Regel zuerst entweder einen Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (nachfolgend: "HNO-Arzt") – oder den Zahnarzt auf.

Konsultation eines HNO-Arztes

Sofern Patienten primär einen HNO-Arzt aufsuchen, sollte dessen otologische Untersuchung zusätzlich auch audiometrische Tests wie Reintonschwelle und dB (PN) und Impedanzuntersuchungen umfassen (Ash et al. 1991, Ganz u. Jahnke 1996).

Überweisung zum Zahnarzt

Die Notwendigkeit einer konsiliarischen Überweisung aus der HNO-ärztlichen Praxis zum funktionsanalytisch kundigen Zahnarzt hängt wesentlich vom Ergebnis der erweiterten otologischen Untersuchung ab. Demnach sollte der HNO-Arzt unbedingt eine solche konsiliarische Untersuchung durch den Zahnarzt veranlassen, sofern

- nach diesen Untersuchungsergebnissen keine otologisch bedingten Ohrenscherzen vorliegen,
- trotz normaler Audiogramme ein vermindertes Hörvermögen angegeben wird, oder
- Tinnitusgeräusche durch eine veränderte Unterkieferposition beeinflussbar sind.

Ein anderes Schema der Entscheidungsfindung haben *Vernon et al.* (1992) publiziert. Demzufolge wäre eine Indikation zur konsiliarischen zahnärztlichen Untersuchung gegeben, sobald aus einer Gruppe von sechs

Symptomen mindestens drei vorliegen (Tab. 2).

Indikation zur zahnärztlichen Untersuchung bei Vorliegen von
≥ drei der folgenden Symptome (nach *Vernon et al.*)

- Tinnitus und Ohrschmerz
- durch Unterkieferbewegungen beeinflussbarer Tinnitus
- Tinnitus und "verstopftes" Ohr
- Komplexer Tinnitus, aus zwei oder mehr Geräuschen
- Allmählich beginnender Tinnitus
- Tinnitus, der nicht durch Tinnitus-Masker verdeckt werden kann

Tab. 2

Differenziertere Entscheidungsbäume zur *hals-nasen-ohrenärztlichen Entscheidungsfindung* hat *Türp* (1998) in der HNO-ärztlichen Fachliteratur publiziert. Diese empfehlen dem HNO-Arzt, bei Fehlen positiver otologischer Befunde auf Basisuntersuchungen und weiterführende

otoskopische Diagnostik den Patienten an einen Zahnarzt zu überweisen, um dentogene Ursachen (bei Otalgie) und/oder CMD (bei Otalgie und Tinnitus) zu überprüfen.

Alle geschilderten Konzepte stellen bei der Frage nach der Indikation zur Überweisung die Möglichkeit eine Mitverursachung eines Tinnitus durch CMD in den Vordergrund. Dies vernachlässigt die Frage, ob es nicht ohnehin sinnvoll ist, bei unklaren otologischen Beschwerden eine konsiliarische zahnärztliche Untersuchung zu veranlassen. Dass die Überlegung begründet ist, legen Studien von *Kempf et al.* (1993) nahe. Diese konnten zeigen, dass bei 80% untersuchter HNO-Patienten, die wegen einer ätiologisch unklaren Innenohrerkrankung stationär behandelt wurden, zahnärztliche Probleme vorlagen.



Hierzu zählten

- Myoarthropathien (46%),
- Myopathien (36%),
- Parafunktionen (29%),
- "Herdgesehen" (20%),
- Prothesenprobleme (17%),
- retinierte Weisheitszähne (20%).

Daraus lässt sich schließen, dass den o.g. Kriterien eher der Charakter von Mindestanforderungen zukommt und im ätiologischen Zweifelsfall regelmäßig eine zahnärztliche Inspektion erfolgen sollte.

Konsultation eines Zahnarztes

Die konsiliarische Untersuchung durch einen Zahnarzt sollte in diesem Sinne einerseits prüfen, ob Karies oder deren Folgeerkrankungen sowie Parodontopathien vorliegen. Darüber hinaus sollte eine stufenweise funktionsanalytische Untersuchung erfolgen, die in diesem Zusammenhang primär auf die Beantwortung der konsiliarischen Untersuchungsauftrages abzielt.

An erster Stelle steht dabei nach heutigem Stand die bereits genannte Frage, ob eine Veränderung der Unterkieferlage die Ausprägung der HNO-Symptome beeinflussen kann. Sofern sich dieser Eindruck in der ersten zahnärztlichen Untersuchung bestätigt, ist eine differenziertere zahnärztliche Untersuchung erforderlich. (Tab. 3).

Ein Veränderung ergibt sich allerdings im Hinblick auf die Screening-Tests für die Beurteilung psychosomatischer sowie orthopädischer Einflüsse. Hier geht in die Bewertung mit ein, dass eventuell schon aus HNO-ärztlicher Sicht eine psychosomatische Untersuchung veranlasst wurde. Hinsichtlich der Notwendigkeit einer orthopädischen Konsultation kommt über die dargestellten Screening-Tests ein weiteres Kriterium hinzu:

Sofern auch Schwindel zur Symptomatik gehört, ist zusätzlich und regelmäßig eine orthopädische Konsiliaruntersuchung ratsam.

| | |
|---|--|
| 1. Kontrolle der Okklusion | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Störfaktoren in statischer Okklusion? (Vorkontakte, Infraokklusion) ● Störfaktoren in dynamischer Okklusion? (Gleithindernisse, Hyperbalancen, laterales Gleiten von der zentrischen Kondylenposition in habituelle Okklusion) | |
| 2. Kontrolle vorhandener prothetischer Versorgung | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Beidseits äquilibrierte Bißhöhe? ● weder überhöhte noch reduzierte vertikale Dimension? ● Ausreichende funktionelle Stabilität herausnehmbarer Prothesen? ● Kongruenz des Prothesenlagers und der Prothesenbasis? | |
| 3. Mobilität des Unterkiefers | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Maximale aktive und passive Mundöffnung ● Maximale aktive und passive Vor- und Seitwärtsbewegungen | |
| Hinweis: Dabei ist das Empfinden des Patienten für eine limitierte Beweglichkeit aussagekräftiger als metrische Bestimmungen. Der Patient sollte darauf achten, ob es eine Lagebeziehung des Unterkiefers zum Oberkiefer gibt, in der die Ohrsymptome deutlich geringer werden. | |
| 4. Muskulatur | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Palpation der Muskulatur (dient der Auffindung möglicher Triggerzonen, die auf eine muskuläre Hyperaktivität hinweisen) ● Isometrische Muskeltests (dienen zur Kontrolle funktioneller Muskelgruppen und zur erneuten Prüfung, ob bestimmte Haltungen des Unterkiefers die Symptomatik verringern) | |
| 5. Palpation oder Auskultation der Kiefergelenke | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Reibegräusche? (Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen der Gelenkflächen) ● Knackphänomene? (Hinweise für Diskusverlagerungen und/oder Kondylushypermobilität) | |
| 6. Hinweise auf Parafunktionen | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Fragen des Patienten nach Parafunktionen ● Inspektion der Mundhöhle um Hinweise für Parafunktionen zu finden wie Abrasionen, Zungenimpressionen, Lippenimpressionen. | |
| Hinweis: Parafunktionen sind stets verbunden mit muskulärer Hyperaktivität, die in Zusammenhang mit der Pathogenese sowohl CMD als auch verschiedener HNO-Symptome stehen können.1,6 | |

Tab. 3



3. Therapie

Die therapeutischen Maßnahmen zur zahnärztlichen Beeinflussung mit CMD verknüpfter HNO-Symptome entsprechen grundsätzlich dem Vorgehen in "typischen" zahnärztlichen Fällen. Bestimmend ist demzufolge zunächst das Ergebnis der *klinischen Funktionsanalyse*. Legt dieses eine direkte oder indirekte Beteiligung der Okklusion am Geschehen nahe, so ist zudem eine *instrumentelle Funktionsanalyse* erforderlich.

Nach der Bestätigung bzw. Verfeinerung der Diagnose erfolgt schließlich eine Festlegung der im Einzelfall angezeigten therapeutischen Maßnahmen.

In systematischer Hinsicht können diese in kausale und symptomatische Maßnahmen eingeteilt werden, wobei allerdings symptomatische Maßnahmen über die Beeinflussung neuromuskulärer Mechanismen indirekt auch kausal wirken können.

Unterteilt nach den therapeutischen Mitteln haben sich gerade im Zusammenhang mit HNO-Symptomen die nachfolgend beschriebenen Verfahren bewährt. Abweichend von der herkömmlichen Vorgehensweise bei der Therapie der CMD kommen in diesem Zusammenhang Situationen vor, in denen zahnärztlich-instrumentell zunächst keine Pathologie nachweisbar ist, die Beeinflussung der Unterkieferposition aber auf eine Besserungsmöglichkeit hindeutet.

Okklusale Therapie

Bestehen Unsicherheiten über einen möglichen kausalen Zusammenhang zwischen den HNO-Symptomen und CMD, können zunächst reversible Maßnahmen in Form von Aufbißschiene gewählt werden. Neben der Äquilibrierung der Okklusion ermöglichen sie die Erprobung neuer okklusaler Konzepte, wie eine Vertikalisierung, eine Front-Eckzahnführung oder die Eliminierung möglicher Hyperbalancen. Zudem wird ein muskelrelaxierender Effekt durch Aufbißschiene vermutet, der aufbauend auf neuromuskuläre Zusammenhänge zwischen Ohrsymptomen und CMD einen kausalen Therapieansatz darstellt.

Liegen eindeutig CMD vor, so ist die Therapie kausal auf diese Funktionsstörung auszurichten. Als Standard in der Therapie von CMD gilt dabei die initiale reversible Behandlung mit Okklusionsschiene. In der Regel bestehen diese einleitend aus einer Relaxationsschiene in zentrischer Kondylenposition. Bei Diskusverlagerung mit Reposition können Repositionsschiene zum Einsatz kommen, die eine protrusive Lage des Unterkiefers gewährleisten (McNeill 1993).

Erst nach ausreichend langer Stabilisierung eines Therapieerfolges über 3 - 6 Monate hinweg, der in einer Reduktion der Beschwerden oder Beseitigung funktioneller Beeinträchtigungen bestehen kann, sind definitive Maßnahmen zu erwägen. Diese bestehen heute seltener in subtraktiven Einschleifmaßnahmen; statt dessen kommen häufiger additive aufbauende prothetische Rekonstruktion und/oder kieferorthopädische Maßnahmen zum Einsatz.

Hat die Überprüfung der Okklusion tatsächlich Fehler ergeben, so sollten diese unmittelbar und definitiv nur in zwingenden Fällen beseitigt werden,



wie z.B. der Unterfütterung einer mangelhaft abgestützten oder infraokklusalen Prothese, das Beheben eindeutiger Störkontakte in statischer oder dynamischer Okklusion oder die Korrektur einer zu hohen vertikalen Dimension.

Physiotherapie

Bei muskulärer Beteiligung am dysfunktionalen Geschehen (Myopathie) sollte zudem frühzeitig eine systematische physiotherapeutische Untersuchung und Mitbehandlung erfolgen.

Wurden Parafunktionen festgestellt, gilt es durch Selbstbeobachtung Habits bewusst zu machen, um Zusammenhänge zu erkennen und die Fehlfunktion zu verhindern.

Psychosomatik und Psychotherapie

Patienten mit CMD und/oder HNO-Symptomen zählen nicht selten zu den chronischen Schmerzpatienten. Dieser Dauerschmerz kann zu einer psychosomatischen Erkrankung werden, aber auch deren Folge sein und daher eine ergänzende psychotherapeutische Behandlung erfordern. Die verschiedenen psychosomatischen Therapieformen können speziell die Einstellung zum Tinnitus, seine Akzeptanz und Verarbeitungsstrategien positiv beeinflussen und damit den Leidensdruck erheblich reduzieren (Greimel u. Biesinger 1999).

Pharmakotherapie

Medikamentöse analgetische Therapie ist nur initial angezeigt, wobei insbesondere bei vorliegendem Tinnitus darauf geachtet werden muss, dass unter anderen folgende Medikamente Tinnitus verursachen oder verschlimmern können:

- nicht-steroidale, entzündungshemmende Analgetika (NSAIDs), wie Salicylsäure, Ibuprofen, Naproxen, Indomethacin
- tricyclische Antidepressiva (Imipramin, Doxepin, Amitriptyline, Nortriptylin)
- Antibiotika (Kanamycin, Amikacin, Gentamycin, Neomycin, Streptomycin, Vancomycin, Amphotericin B, Erythromycin)
- spezielle Lokalanästhetika (Lidocaine, Mepivacain, Bupivacain)

Daher ist es ratsam, jede medikamentöse Therapie mit dem behandelnden HNO-Arzt abzustimmen.

Spezielle Behandlungsverfahren

Weitere flankierende Maßnahmen, die jedoch eine spezifische Kenntnis oder Apparate erfordern sind Hypnose, Akupunktur, Transkutane Elektro-Neuro-Stimulation (TENS), Entspannungstherapie wie Biofeedback und autogenes Training (Chan u. Reade 1994).

4. Prognose

Generell ist die Prognose, HNO-Symptome bei gleichzeitig bestehender CMD reduzieren oder beseitigen zu können, um so wahrscheinlicher, je mehr Zusammenhänge zwischen dem auditiven und sensorisch-motorischen – System vorliegen. In ihrer Studie konnten *Wright u. Bifano* eine



Liste von Charakteristika zusammenfassen, die CMD-Patienten identifizieren, deren gleichzeitig bestehender Tinnitus um so wahrscheinlicher reduziert oder gar beseitigt werden kann, je mehr Charakteristika für einen betreffenden Patienten zutreffen (Tab. 4).

| Charakteristika |
|---|
| Der Tinnitus tritt selten auf (eher in monatlichen Intervallen als ständig) |
| Der Tinnitus dauert nur kurze Zeit an (Sekunden). |
| Das Hörvermögen ist normal. |
| Schmerzen im ipsilateralen Ohr. |
| Tinnitus setzte im Zusammenhang mit den CMD-Symptomen ein. |
| Tinnitus verschlimmert sich wenn sich auch die CMD-Symptome verschlimmern. |
| Tinnitus scheint stressabhängig zu sein. |
| Tinnitus lässt sich durch Unterkieferbewegungen in seiner Charakteristik verändern. |
| Tinnitus ist unbeeinflusst durch laute Geräusche. |
| Tinnitus lässt sich auslösen oder verschlimmern durch Pressen auf die Backenzähne. |

Tab. 4

Intermittierende oder leichte Formen des Tinnitus sind dabei prognostisch günstiger zu werten als eine bereits langandauernde, permanente, schwere Tinnitusausrprägung (Bush 1987). Können bei zahnärztlich-funktionsanalytischen Maßnahmen keine Funktionsstörungen bestätigt werden, ist ein Erfolg zahnärztlicher Maßnahmen wenig wahrscheinlich.

Auswirkung auf HNO-Symptome

Die Auswirkungen dieser zahnärztlicher Funktionstherapie auf vorhandene HNO-Symptome wurden insbesondere bei Tinnitus- und Otalgie-Patienten in verschiedenen Studien nachuntersucht. Fünf wegweisende Studien mit jeweils unterschiedlicher Patientenstruktur in den Versuchsgruppen geben einen Überblick über die klinisch zu erwartenden Ergebnisse (Tab. 5).

| Autoren | Jahr | CMD-Patienten | | | Therapieergebnis | | | |
|-----------------------|------|---------------|------------|-----------|------------------|-----------------------------|-------------------|------|
| | | gesamt | & Tinnitus | & Otalgie | symptomfrei | Besserung | keine Veränderung | in % |
| Rubinstein & Carlsson | 1987 | 376 | 61 | — | — | 26 | 31 | 42% |
| Chan & Read | 1993 | 23 | 23 | — | 4 | 11 | 4 | 65 % |
| Keersmaekers & al. | 1996 | 400 | — | 167 | 70 | 54 | 43 | 80 % |
| Bush | 1987 | 105 | 35 | 85 | 11 | 19 | 5 | 86 % |
| Peroz | 2001 | 221 | 9 | 80 | 72 (Otalgie) | 8 (Otalgie) 1 (Tinnitus) | 8 (Tinnitus) | 90 % |

Tab. 5

Danach liegt der Anteil jener Patienten, deren Tinnitus vollständig beseitigt oder zumindest gelindert werden konnte, zwischen 42% - 86% . Die hierfür notwendigen zahnärztlich-funktionstherapeutischen Maßnahmen bestanden in der Regel aus einer entsprechenden Beratung, Okklusionsschienentherapie, Muskelübungen und Einschleifmaßnahmen. Leider geben diese Studien keine Auskunft über die Wirkungsweise der einzelnen Therapieansätze auf den Tinnitus oder andere HNO-Symptome. Für die



Kombination CMD + Tinnitus allein ergibt sich somit eine gute Chance, aber keine sichere Verbesserung. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings das für die Patienten vergleichsweise belastende Krankheitsbild sowie die Tatsache, dass eine zahnärztliche Funktionstherapie in der Regel zumindest einleitend auf reversible, nichtinvasive Maßnahmen beschränkt bleibt und praktisch schmerzfrei ist.

Bei näherer Betrachtung der Einzelergebnisse fällt hinsichtlich der Otalgien deren vergleichsweise erheblicher Rückgang auf. So konnten *Keersmaekers et al.* mit Hilfe zahnärztlicher Funktionstherapie bei 80% ihrer Patienten deren nicht-otologisch bedingte Ohrschmerzen beseitigen oder zumindest deutlich abmildern. *Busch* fasst die Therapieerfolge für Tinnitus und Otalgie mit 86 % zusammen (*Bush 1987, Keersmaekers et al. 1996*).

Eigene Untersuchungen zeigten, dass durch funktionstherapeutische Maßnahmen bei 90 % der CMD-Patienten mit nicht otologisch bedingter Otalgie die Ohrschmerzen völlig beseitigt werden konnten und bei 10 % eine deutliche Abmilderung zu erzielen war. Patienten mit Osteoarthrose und anteriorer Diskusverlagerung ohne Reposition waren diejenigen, die am häufigsten Otalgie angaben und deren Ohrschmerzen eher therapieresistent blieben (*Peroz 1999*).

Die zahnärztliche Therapie der eingangs geschilderten Patientin erfolgte übrigens mittels Äquilibrierungs- bzw. Relaxationsschiene in zentrischer Kondylenposition, wobei durch Erhöhung der Okklusion auf der Seite des vermuteten Kompressionsgelenks dieses zusätzlich leicht distrahiert wurde. Begleitet wurde die Schienentherapie durch physiotherapeutische Maßnahmen in Form von Wärmeapplikationen und Entspannungsübungen. Nach 14 Tagen Behandlungsdauer wies die Patientin eine Disklusion auf der Seite der neuen Restauration auf, während die Gegenseite gleichmäßige Kontakte zeigte. Die Ohrgeräusche hatten sich deutlich vermindert, das "verstopfte" Gefühl im Ohr bestand nicht mehr (*Abb. 1 bis 4*). Letzteres kann nicht als Otalgie bezeichnet werden, sondern ist als ein eigenständiges Symptom zu werten.



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

1. Alkofide, E.A.; Clark, E.; El-Bermani, W.; Kronman, J.H.; Mehta, N.: The incidence and nature of fibrous continuity between the sphenomandibular ligament and the anterior malleolar ligament of the middle ear. *J Orofac Pain* 11; 7 - 14, 1997.

2. Ash, M. A.; Ash, C. M.; Ash, J. L.; Ash, G. M.: Kiefergelenk und Gehörsymptome - Möglichkeiten der Therapie. *Phillip J* 5, 287 - 290, 1991.

3. Bush, F. M.: Tinnitus and otalgia in temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent* 58, 495 - 498, 1987.

4. Chan, S.W.Y.; Reade, P.C.: Tinnitus and temporomandibular pain-dysfunction disorder. *Clin Otolaryngol* 19, 370 - 380, 1994.

5. Chole, R.A.; Parker, W.S.: Tinnitus and Vertigo in patients with temporomandibular disorder. *Arch Otolaryngol Head neck Surg* 118, 817 - 821, 1992.

6. Ciancaglini, R.C.; Loreti, P.; Radaelli, G.: Ear, nose and throat symptoms in patients with TMD: The association of symptoms according to severity of arthropathy. *J Orofac Pain* 8, 293 - 296, 1994.

7. Cooper, B.C.: Recognition of craniomandibular disorders. *Otolaryngol Clin North Am* 25, 867 - 887, 1992.

8. Ganz, H.; Jahnke, V.: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. 2. Auflage de Gruyter, 1996.

9. Greene, Ch. S.; Laskin, D.M.: Long-term evaluation of treatment for myofascial pain-dysfunction syndrome: a comparative analysis. *J Am Dent Assoc* 107, 235 - 238, 1983.

10. Greimel, K.V.; Biesinger, E.: Psychologische Prinzipien bei der Behandlung von Tinnituspatienten. *HNO* 47, 130-134, 1999.

11. Keersmaekers, K.; De Boever, J. A.; Van Den Berghe, L.: Otalgia in patients with temporomandibular joint disorders. *J Prosthet Dent* 75, 72 - 76, 1996.

12. Kempf, H.-G.; Roller, R.; Mühlbradt, L.: Über die Beziehung von Innenohrstörungen und Kiefergelenkerkrankungen. *HNO* 41, 7 - 10, 1993.

13. Lotzmann, U; Kobes, L. W. R.: Funktionsstörungen des Kauorgans und Hals-Nasen-Ohren-Symptome. *Dtsch Stomatol* 41, 414 - 417, 1991.

14. McNeill, Ch: Temporomandibular Disorders - Guidelines for Classification, Assessment, and Management. Quintessenz, 1993.

15. Penker, K., Polansky, R.: Die EMG Aktivität des M. masseter und M. tensor veli palatini bei Patienten mit Funktionsstörungen des stomatognathen Systems und Tinnitus. Vortrag bei der 31. Jahrestagung der AGF, 27.11 bis 28.11.98 in Bad Homburg.

16. Peroz, I.: Otalgie und Tinnitus bei Patienten mit craniomandibulären Dys-

funktionen. Vortrag bei der Jahrestagung des IAZA, 09./10.01.1999 in Mainz.

17. Peroz I.; Kirchner, K.: Prävalenz craniomandibulärer Dysfunktionen bei Tinnituspatienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Vortrag bei der Jahrestagung der AGF, 26./27.11.1999 in Bad Homburg.

18. Rubinstein, B.; Axelsson, A.; Carlsson, G. E.: Prevalence of Signs and Symptoms of Craniomandibular Disorders in Tinnitus Patients. *J Craniomandib Disord* 4, 186 - 192, 1990.

19. Rubinstein, B.; Erlandsson, S.I.: A stomatognathic analysis of patients with disabling tinnitus and craniomandibular disorders (CMD). *Br J Audiol* 25, 77 - 83, 1991.

20. Seligman, D.A.; Pullinger, A.G.: The Role of Intercuspal Occlusal Relationships in Temporomandibular Disorders: A Review. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain* 5, 96 - 105, 1991.

21. Solberg, W.K.; Woo, M.W.; Houston, J. B.: Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. *J Am Dent Assoc* 98, 25 - 34, 1979.

22. Türp, J.C.: Myoarthropathien des Kausystems – mehr als nur ein zahnmedizinisches Problem. *Dtsch med Wschr* 122, 483 - 487, 1997.

23. Türp, J.C.: Zum Zusammenhang zwischen Myoarthropathien des Kausystems und Ohrenbeschwerden (Otalgie, Tinnitus). *HNO* 46, 303 - 310, 1998.

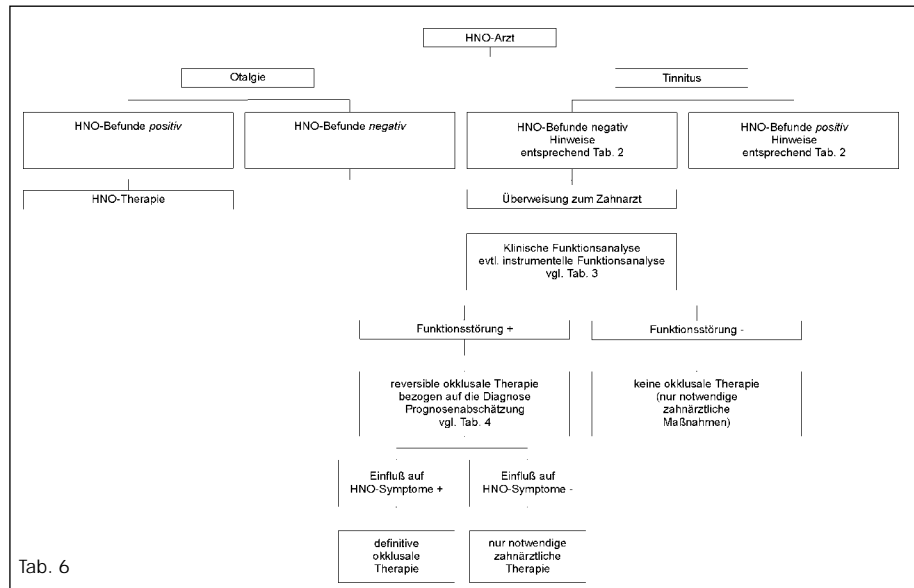
24. Vernon, J.; Griest, S.; Press, L.: Attributes of tinnitus associated with the temporomandibular joint syndrome. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 249, 93 - 94, 1992.

25. Wright, E.F.; Bifano, S.L.: Tinnitus improvement through TMD therapy. *JADA* 128, 1424 - 1432, 1997.

O. Ahlers, H. Jakstat
Arbeitsbuch klinische
Funktionsanalyse
Interdisziplinäres Vorgehen

mit freundlicher Genehmigung:

dentaConcept Verlag
www.dentaconcept.de



5. Zusammenfassung

Die Tab. 6 fasst die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und HNO-Arzt zusammen und verweist noch einmal auf Tabellen, die Hinweise auf spezielle Entscheidungsfindungen geben.

Als vorläufige Schlußbetrachtung ist festzuhalten, dass es durchaus sinnvoll erscheint, Patienten mit HNO-Befunden, wie Tinnitus und nicht-otologisch bedingter Otalgie einer zahnärztlichen Untersuchung zuzuführen. Zeigt sich bei der ersten orientierenden Untersuchung, dass die Ohrsymptome durch eine Lageveränderung des Unterkiefers zu beeinflussen sind, ist eine differenzierte funktionsanalytische Untersuchung anzuschließen.

Sofern diese eine Funktionsstörung bestätigt, ist die zahnärztliche Funktionstherapie auf die gestellte Diagnose auszurichten. Primär sind dabei reversible Maßnahmen angezeigt. Erst nach Stabilisierung eines für den Patienten verifizierbaren Therapieerfolgs über einen ausreichend langen Zeitraum hinweg sollten definitive okklusale Maßnahmen erfolgen.

Die therapeutischen Ansätze zielen dabei insbesondere auf eine Relaxierung muskulärer Hyperaktivität, Entlastung der Kiefergelenksstrukturen durch Distraction und/oder Protrusion des Unterkiefers, Repositionierung des Diskus-Kondylus-Komplexes und eine Verbesserung eingeschränkter Unterkieferbewegungen ab.

Zeitgemäße dentale Fotografie

von
Torben Hennies

Göttingen

Am 7. Dezember fand in den schönen Räumlichkeiten der Praxis Sven Hertzog in Aachen der Kurs "Zeitgemäße dentale Photographie" statt. Als Referent für diesen Praxis-Kurs konnte Wolfgang Bengel gewonnen werden, den "Goodfather" der dentalen Fotografie. Mit dabei waren Georg Busche, Dina Chatzipetros, Klaus Karge, Christian Möller, Torsten Renneberg, Guido Singer sowie Britta und Hartmut Wengel.

Nach intensiver Einführung in die Materie und in die Entwicklung der



dentalen Fotografie stand das Thema der digitalen Technik im Mittelpunkt. Herr Bengel erklärte uns technische Grundlagen der Bildaufzeichnung, der Speicherung in der Kamera und der Übertragung der Daten auf den PC, wo wir im praktischen Teil auch gleich unsere eigenen Erfahrungen sammeln konnten.

So konnte im Verlauf des Kurses die zentrale Frage beantwortet werden, ob es zeitgemäß ist, dem allgemeinen Trend der Digitalisierung zu folgen und in der Zahnarztpraxis von der konventionellen zur digitalen Fotografie umzusteigen.

Bei dieser Entscheidung ist wichtig abzuklären, zu welchem Zweck die Aufnahmen dienen sollen: Zur allgemeinen Dokumentation in der Praxis, zur Archivierung z.B. eigener Fälle oder zur Verwendung in Dia-Präsentationen vor einem Auditorium oder einfach die Freude am Umgang mit neuen computergestützten Technologien.

Der entscheidende Vorteil der digitalen Fototechnologie ist, dass die Bilder unmittelbar nach der Aufnahme digitalisiert in relativ hoher Qualität vorliegen. So können Digitalbilder sofort zum Techniklabor oder zur Kollegin oder zum Kollegen per E-Mail gesendet werden. Kann hingegen auf die sofortige Verfügbarkeit der Bilder verzichtet werden, könnte man weiterhin konventionell fotografieren und die Bilder dann mit einem Scanner digitalisieren. Werden nur Dias benötigt, ist die konventionelle Fotografie vorzuziehen.

Die Verwendung digitaler Dokumente setzt folgende Hilfsmittel voraus: Kamerakorpus mit digitalem Speichermedium, Computer mit Bildbearbeitungs- und Archivierungssoftware, optional Fotodrucker.

Hat man sich für die digitale Fotografie entschieden, muss man sich zwischen der Gruppe der semiprofessionellen oder professionellen Kameras entscheiden.

Stellt man allerdings an die digitale Fotodokumentation ähnlich hohe Qualitätsansprüche wie an die konventionelle Technologie, so ist dies nur mit professionellen Kameras möglich. Es handelt sich hierbei um Spiegelreflexkameras mit Wechselobjektiven. Ein wesentlicher Vorteil bei der Umrüstung eines bereits vorhandenen Systems ist die Möglichkeit der Weiterverwendung des Zubehörs (z.B. die Wechselobjektive und Blitzsysteme). Ein Vorteil, der allerdings trotzdem kostspielig ist. Die Preise beginnen bei etwa 2000,- Euro aufwärts.

Besonders reizvoll war die Möglichkeit, im Kurs einige aktuelle Kameras zu testen, die Herr Bengel und Sven für uns organisiert hatten. Bei gegenseitigen Übungen konnten wir unsere fotografischen Fähigkeiten ausreizen und uns im Anschluss über Videobeamer auf der Leinwand mit den Profiaufnahmen von Herrn Bengel messen.

Es war ein durchweg interessanter und lehrreicher Kurs, der uns einen umfassenden Überblick über das Notwendige und Mögliche in der dentalen Fotografie in sehr netter Atmosphäre verschaffte.

Zum Abschluss möchte ich mich ganz herzlich im Namen aller Kursteilnehmer für ein sehr gelungenes Fortbildungswochenende und den zünftigen Begrüßungsabend bedanken, insbesondere bei Wolfgang Bengel und Sven Hertzog mit seinem Praxisteam.

**Aktuelle parodontale und
periimplantäre Chirurgie
Praxiskurs
24. und 25. Januar 2003**

von
Gerhard Mütter

Düsseldorf

Münster ist immer eine Reise wert

Unter der wohlwollenden Schirmherrschaft unseres hochgeschätzten Heinz Erpenstein begleitete Raphael Borchard 16 Kursteilnehmer auf eine Rundreise durch die aufregenden Landschaften der Parodontologie und Implantologie.

Gemeinsames Reisegepäck:

der einvernehmliche Konsens über die strategischen Ziele der systematischen Parodontalthherapie.

- Reduktion von Sondierungstiefen
- Beseitigung von intraossären Defekten
- Hygienefähige Umgestaltung parodontaler Strukturen unter Berücksichtigung ästhetischer Aspekte

Erstes Reiseziel: Die Umsetzung des Zero - Pocket - Konzeptes

Indikation für offene operative Interventionen nach durchgeführtem Scaling und Root-Planing:

- Aktive Resttaschen größer gleich 5mm
- Intraossäre Defekte
- Furkationsbefall Grad II. und Grad III
- Ungünstige Gingivaarchitektur mit schmaler keratinisierter Gingiva

Unterlegt mit eindrucksvollem und praxisnahem Bildmaterial werden der reponierte Mukoperiostlappen mit sulkulärer und paramarginaler Schnittführung, der apikale Verschiebelappen sowie Spezialformen papillenerhaltender Lappen präsentiert.

Zur Auflockerung der Rundreise: kleine Erfrischungen

Hierzu servierte uns der Gastgeber Patientenfälle:
Klinische Ergebnisse nach erfolgreich abgeschlossener perioprothetischer-implantologischer Behandlung.

Umfangreichere implantatgestützte Suprakonstruktionen werden von Raphael Borchard ausnahmslos verschraubt.
Auch wenn diese Art der Versorgung dem Behandler und seinem Zahn-techniker einen großen Gestaltungsrahmen bieten, so ergeben sich bei den Reiseteilnehmern in der anschließenden Diskussion unterschiedliche konzeptionelle Auffassungen.

Zwischenstop bei der membrangestützten Heilung (MHE)

Ziel der membrangeschützten Heilung von Extraktionswunden ist der zweidimensionale Kammerhalt und der Erhalt der keratinisierten Gingiva.

In einem Kurzreferat stellt Raphael Borchard sowohl das geschlossene, als auch das offene Operationsverfahren ohne primäre Deckung vor.
Membranabdeckungen der Alveole als kammprophylaktische Maßnahmen können in den meisten Fällen ohne Füller durchgeführt werden.
Sie sind insbesondere bei Mund- Antrumverbindungen eine exzellente Möglichkeit, spätere prothetische Rekonstruktionen im Sinne des Kammerhaltes problemfreier durchführen zu können.



Weiterfahrt zur Kronenverlängerung

Nach klinisch-praktischer Demonstration einer Membranentfernung und einer Kronenverlängerung in Kombination mit einer Tuboplastik werden diese Operationsverfahren im Rahmen eines Vortrages detailliert erläutert.

Ziele der chirurgischen Kronenverlängerung:

- Schaffung ausreichender Retentionsfläche bei anatomisch kurzen klinischen Kronen oder Zuständen nach fortgeschrittenem Zahnhartsubstanzverlust
- Freilegung subgingivaler Defekte (Wurzelkaries, subgingivaler Perforationen)
- Verbesserung der Hygienefähigkeit und Ästhetik.

Unter Berücksichtigung der biologischen Breite von ca. 3 mm sollte eine konsequente präoperative Diagnostik hinsichtlich folgender Bewertungskriterien vorausgehen:

- vorhandene Kronenlänge
- erforderliche Kronenlänge
- subgingivale Ausdehnung von Defekten / Restaurationen
- Lage der Furkation
- Dicke und Breite der keratinisierten Gingiva
- Verlauf der marginalen Gingiva

Eine zweite mikrochirurgische Live - Operation mit Demonstration einer chirurgischen Kronenverlängerung in Kombination mit einer bindegewebsunterlegten Kammaugmentation schließt diesen Bereich ab.

Münsters gute Stube

Welcher Reisende erfreut sich nicht im Kreise von Freunden und in gemütlicher Atmosphäre an gutem Essen und Trinken? Dazu ist Münsters gute Stube gerade gut genug.

Im „Großen Kiepenkerl“ wird uns als Gästen eine deftig - westfälische Küche serviert. Beeindruckend, für den einen oder anderen neu, auf jeden Fall sprichwörtlich umwerfend: das „Münsterländer Herrengedeck“.

Der zweite Tag der Reise startet früh

Winterliche Außentemperaturen können unsere weiteren Reisepläne nicht durcheinanderbringen.

Der Tag beginnt mit einem frischen Vortrag über die umfangreichen Möglichkeiten der Hart- und Weichgewebsaugmentation.

Hartgewebsaugmentationen sind ausschließlich in Zusammenhang mit implantologischen Therapieansätzen erforderlich.

Im Rahmen der konventionellen Prothetik sind die Möglichkeiten der Weichgewebsaugmentation ausreichend, zumal sie funktionell und ästhetisch besser zu handhaben sind. Goldener Standard im Rahmen der Hartgewebsaugmentation ist nach wie vor der autologe Knochen.

Im Zusammenhang mit Implantatbehandlungen wird hier das systematische Prozedere bei der Knochenentnahme aus unbezahnten Bereichen retro-molar und aus dem Kinnbereich dargestellt.

Die Aufbereitungsmöglichkeiten der Hartgewebe mittels Knochenmühlen und die Adaptionenvarianten von Membranen werden erläutert.

Als weiteres Einsatzgebiet für Knochentransplantate werden die Sinusbodenelevation und Sinusbodenaugmentation mit lateraler Fensterung sowie die Osteomtechnik beschrieben.

Besichtigungstour zum klassischen Implantatfall

In der ersten großen Besichtigungstour des heutigen Tages präsentiert uns Raphael Borchard den klassisch - typischen Implantatfall: einseitige Freiendsituation in Kombination mit reduziertem Knochenangebot.

Unterstützt durch sein kompetentes Team von umsichtigen und hochmotivierten Mitarbeiterinnen führt uns Raphael Borchard als Kurs- und Reiseleiter souverän durch die vielfältigen Landschaften der Implantologie. Zielsicher entnimmt er dem retromolaren Bereich autologen Knochen, umsichtig setzt er die Fixtoren, geschickt augmentiert er mit einer titanverstärkten Membran das reduzierte Knochenlager.

Zwischenstop

Nach einer kurzweiligen und gemütlichen Mittagspause legen wir einen kurzen Zwischenstop bei diversen perioprothetisch, interimistisch und definitiv versorgten Fallbeispielen ein.

Neue Horizonte in Sicht?

Raphael Borchard diskutiert mit uns die ästhetischen Aspekte im Rahmen der Implantologie.

Gemeinsame Erkenntnis:

Die auf dem Markt befindlichen Implantattypen entsprechen in vielen Fällen noch nicht unseren hochgesteckten Erwartungen. Diese Feststellung bezieht sich vornehmlich auf den Oberkieferfrontzahnbereich.

Bemängelt wird die Inkongruenz zwischen der flachen und planen Implantatschulter zu dem in vielen Fällen ausgeprägten Niveauunterschied der umlaufenden Schmelzzementgrenze am natürlichen Zahn.



Abschluss unserer Rundreise

Das letzte Ziel unserer Rundreise ist erreicht: Die praktische Demonstration einer Implantatfreilegung in Kombination mit Membranentfernung und interimplantärer Papillenrekonstruktion.

Reisen bildet

Reisen - auch zu schon vielleicht vertrauten Zielen - eröffnet häufig neue Perspektiven, die dem Besucher bislang verborgen waren.

Nicht nur unter diesem Aspekt hat sich der gelungene Praxiskurs in Münster für alle Teilnehmer gelohnt.

Vielen Dank für die fachlich exzellente und herzliche Betreuung.

“ENDODONTISCHE KONZEPTE” - ein praktischer Arbeitskurs zur Aufbereitung und Füllung von Wurzelkanalsystemen“ lautete der Titel des Kurses der Drs. Clemens Bargholz und Horst Behring, zu dem wir uns am 14. und 15. Februar in Hamburg trafen.

Endodontische Konzepte

von
Norbert Mack

Düsseldorf

Die Kurseröffnung war zunächst noch wenig spektakulär und befasste sich mit den allgemein gültigen Voraussetzungen wie: Zielen der Wurzelkanalaufbereitung, Indikationen und Kontraindikationen einer Wurzelfüllung, Betrachtungen zur Anatomie, Spüllösungen und Instrumentenkunde.

Wenngleich hier allerdings die Häufigkeit von zusätzlichen Kanälen z.B. beim 2. oberen Molaren (4. Kanal in 60 - 70% der Fälle) oder beim Unterkieferprämolaren (2. Kanal in 50 - 60% der Fälle) erwähnenswert sind. Diese Prozentzahlen waren zumindest höher, als ich sie aus meiner bisherigen Erfahrung bei den v.g. Zähnen erwartet hätte.

Auch beim Thema Spüllösungen gab es, wie die prompt einsetzende Diskussion zeigte, offensichtlich für einige Kursteilnehmer schon einiges “Neues” zu erfahren.

So lässt sich, wie wir erfuhren, die Liste der benötigten Spüllösungen auf: NaOCl und EDTA beschränken (wobei der Einsatz oder Nichteinsatz von EDTA abhängig von der Wahl des Sealers ist). H₂O₂ zur Blutstillung sowie Alkohol zur Kanaltrocknung runden das Sortiment ggf. mit einem Gleitmittel für die Handaufbereitung ab.

Auch die Bedeutung einer suffizienten Spülung sowie die Steigerung der Effektivität durch Anwärmen des NaOCl und die Verwendung von Ultraschall beim letzten Spülgang wurden ausführlich erläutert.

Spätestens mit der dann folgenden Einführung in die Prinzipien der Präparation der Zugangskavität mit dem “Endo-Z Bohrer”, der Kanaleröffnung mit der scout-file und der maschinellen Aufbereitung der koronalen Kanalabschnitte mit Gatesbohrern (“Preflairing”), kam dann aber wohl für alle Teilnehmer der Punkt, an dem sich der Kurs klar in Richtung “Neuland” bewegte.

Eindrucksvoll waren hier vor allem die Aufnahmen der Zugangskavitäten und die damit dokumentierte Lageveränderung der Wurzelkanaleingänge vor und dann nach der “Entfernung aller Überhänge”.

Wichtig auch die regelmäßigen Spülungen mit NaOCl + Kontrolle der Kanaldurchgängigkeit (Rekapitulation) mit der scout-file!

Das nächste Kapitel beschäftigte sich dann mit der Längenbestimmung, ihrer Bedeutung und ihren Problemen sowie der weiteren maschinellen Aufbereitung mit rotierenden NiTi-Instrumenten.

Es wurden verschiedene Instrumentensätze exemplarisch kurz erläutert und die Probleme und Schwächen der NiTi-Instrumente (Frakturen etc.) im Allgemeinen und der einzelnen Typen im Speziellen erläutert. Die Bedeutung der Verwendung geeigneter, individuell auf die jeweiligen Instrumente abgestimmter Drehzahlen und Drehmomente und die deshalb notwendige Verwendung geeigneter Motoren (Endo Stepper) zur Vermeidung von Instrumentenfrakturen, wurde ausführlich dargestellt und besprochen.

Die Aufbereitungsgeometrie in Abhängigkeit vom gewählten Wurzelfüllverfahren sowie die heute gängigen Wurzelfüllverfahren wurden ebenfalls kurz dargestellt.

Anschließend erfolgte dann die ausführliche Darstellung der von den Kursleitern favorisierten Aufbereitungstechnik, die im Rahmen des Kurses als



Behandlungskonzept vorgestellt und von den Teilnehmern erlernt werden sollte:

- die oben bereits beschriebene Erstellung einer geeigneten Zugangskavität,
- das Preflairing mit Gates-Bohrern,
- die manuelle Aufbereitung mit Flexofeilen bis mind. Iso 20,
- die zylindrische Aufbereitung mit Lightspeed bis zur "master apical rotary" (mind. 35),
- die konische Erweiterung mit der ProFile,
- die Wurzelfüllung mit Masterpoint und Obturation mittels erwärmter Guttapercha.

Mit einem kurzen "Abriss" zu den Themen: medikamentöse Einlage und adhäsiver Verschluss / Aufbau endete, nach einer abschließenden Diskussion zur Frage der Einlagen und nach dem Sinn oder Unsinn von Stiftaufbauten, der fachliche Teil des ersten Kurstages.

Beim anschließenden gemeinsamen Abendessen in der "alten Schule" in Rade gab es dann bei gutbürgerlicher, regionaler Küche in gemüthlicher Atmosphäre ausreichend Gelegenheit zum Kennenlernen und Diskutieren.

Der 2. Tag stand dann ganz im Zeichen des "praktischen Arbeitens".

Nach kurzer Zusammenfassung der am Vortag vorgestellten Grundlagen und Arbeitsschritte (bei der Clemens Bargholz sich aufgrund seiner erkältungsbedingt nachlassenden Stimme etwas zurückhalten musste), ging es dann "in medias res".

Nach einer ersten Röntgendarstellung des Zahnes wurden zunächst die Erstellung der Zugangskavität und das Entfernen aller Überhänge bei den mitgebrachten, extrahierten Zähnen geübt.

Nach einer Kurzeinweisung für die Einstellung der Mikroskope wurde dann anschließend, unter mikroskopischer Kontrolle, ein "Probebohrgang" im "Plexikanal" mit dem Lightspeed System durchgeführt um die kraftlose, tippende Arbeitsweise zu erlernen.

Nach der Mittagspause und Stärkung mit leichter italienischer Kost kam dann das Highlight der Veranstaltung:

Präparation der mitgebrachten Zähne mit lightspeed und ProFile, Anpassung des Masterpoints und radiologische Kontrolle, Wurzelfüllung mit Masterpoint und Obturation mittels erwärmter Guttapercha sowie erneute Röntgenkontrolle.

Es ist schon faszinierend unter dem Mikroskop zu verfolgen wie die Kanäle durch die o.g. Arbeitsschritte schrittweise erweitert und geglättet werden, so dass man letztlich fast bis zum Apex schauen und die Aufbereitung damit visuell kontrollieren kann, und wie homogen und dicht dann die eingebrachte Wurzelfüllung in der Röntgenkontrolle zur Darstellung kommt!

Leider verging der Nachmittag wie im Fluge und so manch einer der Kursteilnehmer hätte sicherlich, so wie auch ich, gerne noch ein bis zwei weitere Zähne "behandelt".

Das vorgestellte Konzept erwies sich somit nicht nur als theoretisch in sich schlüssig und leicht nachvollziehbar, sondern offensichtlich auch als praktisch gut umsetzbar, auch wenn das Arbeiten am extrahierten Zahn sicherlich bedeutend einfacher ist als z.B. an einem oberen 7-er eines Patienten.



Fazit dieses Kurses, der augenscheinlich nicht nur den Teilnehmern neue Erkenntnisse beschert sondern sowohl Teilnehmern als auch Referenten viel Spaß gemacht hat, ist, jedenfalls für mich, eine Umstellung meines Konzeptes (manuelle Aufbereitung + laterale Kondensation) im Sinne des hier vorgestellten Konzeptes einer maschinellen Aufbereitung mit rotierenden Instrumenten und einer Wurzelfüllung mit erwärmter Guttapercha. Also mal wieder ein Kurs mit direkten Auswirkungen für den Praktiker und auf den Praxisalltag!

Vielen Dank Clemens Bargholz und Horst Behring



Clean Shape Pack mit Josef Diemer in Aalen/ bei Schwäbisch Gmünd vom 14.- 15.03.2003.

Ein Kurs mit viel Schwabenpower – frei nach dem Motto: " wir können alles – außer Hochdeutsch".

Unser Freund Josef Diemer hat sich bei diesem ausgebuchten Kurs mächtig ins Zeug gelegt. Die Kursteilnehmer waren alles erfahrene Kolleginnen und Kollegen, die teilweise die mikro-



Das Zeiss Microdentistry Trainings Center der Firma Jadedent in Aalen bei Schwäbisch Gmünd

Clean Shape Pack

von
Andreas Röhrle

Schwäbisch Gmünd

skopische Endodontie schon in ihren Praxen betreiben. So wurde in einem ersten Sondieren der Erwartungen der Teilnehmer die Latte für Josef Diemer schon relativ hoch gelegt.



Die Rahmenbedingungen im neu gegründeten "Microdentistry Training Center" der Firma Jadent in Aalen/Baden Württemberg waren excellent. 15 technisch hervorragend ausgestattete Arbeitsplätze mit dem kompletten Equipment für den Endofreak (Zeiss Mikroskop Pico, ATR-Motor, Ultraschall mit Spartan-Spitzen, Obtura II und System B). Aber nicht nur die Hardware wurde zur Verfügung gestellt. Für jeden Teilnehmer lagen Maillefer Feilen, ProTapers, Plugger und alle anderen Details bereit, die man für die Endodontie State of the Art nach Josef Diemer benötigt.

Die Begrüßung und Einführung übernahm Gastgeber und Jadent-Geschäftsinhaber Klaus Janik. In einem Kurzvortrag erläuterte er die Entstehung und Entwicklung optischer Hilfsmittel in der Medizintechnik. Die Vorteile des Kepplerschen Bauprinzips gegenüber dem Gallileischen bei den Lupenbrillen (Arbeitsabstand, hohe Vergrößerung, randscharfes Sehfeld) und wiederum die Vorteile des Mikroskopes gegenüber den Lupen in der Endodontie (Gewicht, Ausleuchtung, Vergrößerung, Sitzhaltung, ermüdungsfreies Arbeiten) wurden rekapituliert.

Danach übernahm Josef Diemer die Regie.

Zunächst wurde im theoretischen Teil auf die Ursachen endodontischer Probleme oder Misserfolge eingegangen. Die höchst evidente Aussage, dass der endodontische Erfolg wesentlich vom Eliminieren der Bakterien unter maximalem Substanzerhalt des Zahnes und Verhindern der Rekolonisierung mit Bakterien (Leakage) abhängt, macht die Zielsetzung eines erfolgreichen Endokzeptes relativ einfach.

Durch die unendlich erscheinende Datenbank seines NoteBooks, zeigte uns Josef sein clean-shape-pack Vorgehen. Schön war, dass zu allen Details auch viel Zeit zur Diskussion war. So wurde z.B. die substanzschonende Zugangspräparation verschiedener Morphologien sehr anschaulich dargestellt, aber gleichzeitig auf die Unmöglichkeit der konstanten Perfektion hingewiesen, bedingt durch die primäre Unkenntnis der exakten Ausdehnung der Pulpenkammer. Wie, wie lange, womit und wozu gespült wird ist genauso wichtig wie die Fragen nach der Aufbereitungslänge (elektromerisch zu 98% richtig, röntgenologisch nur zu ca. 70%), Aufbereitungsform, Verhindern von Längenverlust und Patency.

Das richtige Instrumentarium ist essentiell. Ohne Mikroskop, Schall- und Ultraschallspitzen, rotatorische maschinelle Aufbereitungssysteme aus NickelTitan (z.B. ProTaper), vertikaler Kondensation mit warmer Gutta-perchatechnik ist "State of Endoart" heutzutage nicht denkbar. Bei der Frage ob sich bei einem tiefzerstörten Zahn eine aufwändige endodontische Sanierung lohnt, entscheidet die Rückwärtsplanung. Was bleibt vom Zahn übrig? Ist Ferrule-Effekt erreichbar?



Die Ausstattung der Kursplätze lässt keine Wünsche offen.

Im praktischen Kursteil konnten wir uns am Plexiglas-Modell davon überzeugen, wie schwer und aufwändig es ist, mit Gates Glidden und Handaufbereitung einen sauberen und perfekt geformten Wurzelkanal zu erreichen. Im Gegensatz dazu waren die Ergebnisse mit der maschinellen Aufbereitung mit ProTaper beeindruckend. Voraussetzung ist allerdings, dass man sich beim Handling dieser Instrumente streng an die Vorgaben des Herstellers bzw. Entwicklers (Cliff Ruddle) bezüglich Reihenfolge, Druckanwendung und Handhabung hält.

Am Abend konnten sich die Kursteilnehmer im nahe gelegenen Wellness & Accomodation Center - den Limesthermen in Aalen – Thermalbad mit großzügiger Saunalandschaft und einem erstklassigen Abendessen im dazugehörigen Hotel belohnen.

Am zweiten Tag dominierten Fallpräsentationen und Diskussionen das Geschehen. Josef konnte uns unzählige Fälle zeigen, in denen sehr fragwürdige Ausgangssituationen (Extraktion/Implantation) durch optimale Endodontie beeindruckende Regenerationen lieferte. Natürlich wurde an extrahierten Zähnen auch praktisch gearbeitet. Schwerpunkt war hier die 3D Obturation mit warmer Guttapercha.

In der abschließenden Bewertung der Kursteilnehmer wurde ausschließlich großes Lob ausgesprochen. Josef Diemer ist ein sehr engagierter Referent mit viel Know how und hervorragendem Bildmaterial. Die Rahmenbedingungen und Kursausstattung sind erstklassig. Erfahrene Endodontologen konnten vom Kurs ebenso profitieren wie endodontisch eher unbedarfte Generalisten. Der Kurs wird in Zukunft mehrfach wiederholt. Zu verbessern wären lediglich kleine Mängel bei der Beamerprojektion und ein Kursskript wäre wünschenswert
Trotzdem: Prädikat - unbedingt empfehlenswert!!

Am 23. November flogen Rolf Herrmann und Ulrich Gaa nach Bern, um dort einen Scheck in Höhe von achtausend Schweizer Franken an Professor Daniel Buser und PD Thomas von Arx zu überreichen. Mit dem Geld wird gemäß unserer Satzung nach einem Beschluss unserer Mitgliederversammlung wissenschaftliche Forschung unterstützt. Im folgenden Artikel wird beschrieben, welches Forschungsprojekt der Universität Bern von uns gefördert wird.

Laser-Doppler-Flowmetry (LDF)

Die LDF-Methode wird in der Medizin seit ca. 15 Jahren zur Bestimmung der Gewebedurchblutung angewandt. Seit einiger Zeit wird LDF auch in der Zahnmedizin zur semi-quantitativen Analyse der pulpalen Vaskularisation eingesetzt. Dabei wird eine Lasersonde auf die vestibuläre Zahnfläche aufgesetzt. Der emittierte Laserstrahl durchdringt die Zahnhartsubstanz bis zur Pulpa. Trifft das Laserlicht auf sich bewegende Erythrozyten, wird es von diesen reflektiert, wobei die Lichtfrequenz verändert wird (sogenannter Doppler-Shift). Die Größe der Frequenzänderung ist abhängig von der Anzahl und der Geschwindigkeit der sich bewegenden Partikel. Das reflektierte Licht wird von der gleichen Sonde aufgenommen und als Ergebniskurve am LDF-Gerät dargestellt. Zur Datenanalyse werden die gespeicherten Messkurven anschliessend ausgedruckt.

Unterstützung der wissenschaftlichen Forschung durch die Neue Gruppe:

Laser-Doppler-Flowmetry (LDF)

von
Thomas von Arx

Bern

Universität Bern
Zahnmedizinische Kliniken

Klinik für Oralchirurgie
und Stomatologie
Direktor
Prof. Dr. D. Buser

Die Messungen werden gemäss Studienprotokoll wiederholt.

An unserer Klinik wird die LDF-Methode zur Zeit im Rahmen von zwei klinischen Forschungsprojekten angewandt.

LDF zur Vitalitätsprüfung nach Frontzahntrauma bleibender Zähne

Dislokationen und/oder Frakturen bleibender Zähne führen häufig zu einer Beeinträchtigung der Pulpa mit möglichem Nekrosesrisiko. Da die klinische und radiologische Symptomatik nach Pulpanekrose nicht immer eindeutig ist und die zur Verfügung stehenden Tests mit CO₂ bzw. elektrischem Strom nur die Sensibilität, nicht aber die eigentliche Vitalität des Zahnes widerspiegeln, besteht eine gewisse Unsicherheit in der Diagnostik. Mit der Testung der eigentlichen Vaskularisation der Pulpa könnte hier ein grosser Fortschritt erzielt werden:

- keine unnötigen Wurzelbehandlungen ("overtreatment")
- rasche Einleitung einer WB, wenn diese doch nötig sein sollte, dadurch:
 - o Vermeidung entzündlich bedingter, häufig rasch fortschreitender externer Wurzelresorptionen (infection-related external root resorption)
 - o Vermeidung periapikaler Läsionen
 - o Vermeidung von Fistelbildungen oder Abszedierungen

Als Kontrolle werden jeweils unverletzte, oder bereits trepanierte/wurzelbehandelte Zähne herbeigezogen. Der Befund wird mit den üblichen klinischen und radiologischen Daten verglichen. Verlaufskontrollen erfolgen alle 2 Monate.

LDF zur Vitalitätsprüfung der UK-Frontzähne nach Knochenentnahme am Kinn

Im Rahmen von Implantatversorgungen verwenden wir bei insuffizientem Knochenvolumen regelmässig die autogene Knochentransplantation mit Knochenentnahme aus dem Kinnbereich. Dabei kann es zu (temporären) Sensibilitätsstörungen im Kinnbereich bzw. der Unterkiefer-Inzisiven und

Canini kommen. Obwohl die radiologische Überprüfung einen ausreichenden Sicherheitsabstand zwischen Apices und Osteotomiestelle zeigt, finden sich in gewissen Fällen die erwähnten Hypästhesien. Aus diesem Grunde verwenden wir auch hier die LDF-Methode zur Verifizierung des klinischen Befundes. Im Unterschied zum Trauma-Projekt haben wir hier den Vorteil, dass Messungen schon präoperativ erfolgen können. Diese werden dann nach 10 Tagen, 3 Monaten und 6 Monaten wiederholt.



von links: Ulrich Gaa,
PD Thomas von Arx,
Rolf Herrmann,
Prof. Dr. Daniel Buser



Dr. Renate Bazin

Jahrgang 1951, geboren in Frankfurt/Oder

1958 - 1968 Besuch einer polytechnischen Oberschule in Frankfurt/Oder
 1968 - 1971: Zahntechnische Ausbildung mit Abschluss als Zahn-
 technikerin

1969 - 1971: Abitur an der Abendoberschule in Frankfurt (Oder)

1971 - 1976: Studium der Zahnmedizin an der Universität Rostock, Lei-
 terin Frau Prof. Sobkowiak mit dem Abschluss Dipl.-Med.

1976 - 1980: Assistentenzeit mit Weiterbildung zur Fachzahnärztin für
 Allgemeine Stomatologie mit Abschlusskolloquium.

1980 - 1987: Fachzahnärztin im ambulanten Gesundheitssektor, von
 1987 bis 1990 als Oberärztin tätig.

März 1991: Promotionsverteidigung und Niederlassung in eigener
 Praxis. Schwerpunkte in der eigenen Praxistätigkeit: Guß-
 füllungstechnik, Prothetik, Parodontologie und Prophylaxe.

Fortbildungen der letzten zwei Jahre:

Unter anderem Totalprothetik bei Prof. Gutowski, Intensiv-
 kurs über 1 Woche im Privatinstitut für Parodontologie
 München, Ästhetikfortbildung bei Frau Dr. Lohmiller.

Familienstand: verheiratet mit Wittich Bazin, Dipl. Ing. für Elektro-
 technik/Elektronik an der Universität Rostock

Kinder: Fanny Bazin, geb. am 06.03.1975

Hobbys: Alpines Bergwandern, Inlineskating, Lesen, Musik
 und Grünpflanzen

Dr. Michael Christgau

Jahrgang 1964, geboren in Regensburg

1984 - 1990 Studium der Zahnheilkunde am Klinikum der Universität
 Regensburg

1990 Staatsexamen und Approbation als Zahnarzt

1991 Promotion bei Prof. Dr. Dr. H. Niederdellmann

1990 - 1997 wissenschaftlicher Assistent in der Poliklinik für Zahner-
 haltung und Parodontologie (Direktor: Prof. Dr. G. Schmalz),
 Klinikum der Universität Regensburg

1992 - 1995 mehrere kurzzeitige Forschungsaufenthalte am Royal Dental
 College, University of Aarhus, Dänemark

1997 - 1999 DFG-Forschungsaufenthalt an der University of Texas at
 Houston Health Science Center, Houston, TX, USA:
 Department of Stomatology, Division of Periodontics
 (Direktor: Prof. Dr. Raul G. Caffesse) und Department of
 Basic Sciences (Prof. Dr. Rena N. D'Souza)

Neue Mitglieder

Kurze Abrisse der Vitae
 unserer neu aufgenommenen
 Mitglieder



- 1999 - 2001 wissenschaftlicher Assistent in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie (Direktor: Prof. Dr. G. Schmalz), Klinikum der Universität Regensburg
- 2000 Habilitation und Erteilung der Lehrbefugnis für das Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- 2000 Ernennung zum Oberarzt der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie (Direktor: Prof. Dr. Gottfried Schmalz), Klinikum der Universität Regensburg
- 2001 - 2002 Oberassistent, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie (Direktor: Prof. Dr. G. Schmalz), Klinikum der Universität Regensburg
- 2001 Ernennung zum "Spezialisten für Parodontologie" durch die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGP)
- seit 09/2002 Niederlassung als Partner in Gemeinschaftspraxis mit Prof. Dr. J. P. Engelhardt und Priv.-Doz. Dr. B. Thonemann in Düsseldorf-Oberkassel

Behandlungsschwerpunkte:

Parodontologie (regenerative und plastische Parodontalchirurgie), Implantologie, Knochenaugmentation, fest-sitzende Front- und Seitenzahnrekonstruktion
Wissenschaftliche Publikationen und Referententätigkeit national und international.
Mitgliedschaft in zahlreichen nationalen und internationalen Fachgesellschaften.

seit 1992 verheiratet mit Johanna Christgau, geb. Viehbacher
zwei Kinder: Lars (1994) und Julia (1999)

Hobbys: Golf, Skifahren, Joggen



Dr. Karl-Ernst Fischer

Jahrgang 1944, geboren in Bayrischzell

- 1964 - 1970 Studium der Zahnmedizin Ludwigs-Maximilians-Universität München
- 1970 Examen, Approbation und Promotion in München
- 1971 - 1972 Assistent in der prothetischen Abteilung bei Prof. Kraft in München
- 1972 Assistent in der kieferchirurgischen Abteilung bei Prof. Heiss in München
- 1974 Gründung eigener Zahnarztpraxis in Schongau
- Seit 1979 Mitglied APW
- Seit 1982 Mitglied DGP
- Seit 1983 Mitglied Kemptener Arbeitskreis
- 1994 / 1997 Kursleiter des APW-Folgekurses "Rationelle Teilkronenpräparation"
- 1991 - 2001 Mitglied der European Academy of Gnathology Berufliche Schwerpunkte: Generalist (= "Dinosaurier") mit Schwer-



punkten Funktionsdiagnostik, Parodontologie, Implantologie, mikroskopgestützt Endodontie

Ehepartner: Dipl. - Ing. univ. Andrea Fischer, Architektin
Geb: 18.05.1957

Kinder: Lorenz 1993

Hobbys: Regattasegeln (intern. Dracheklasse), Radeln, Skifahren
Italien, Kochen

Dr. Tomislav Kresic

Jahrgang 1956 geboren in Varazdin / Kroatien

- 1976 - 1982 Studium an der zahnmedizinischen Universität in Zagreb.
- 1982 Examen und Promotion
- 1985 - 1989 Assistent an der Universitätszahnklinik Witten/Herdecke, ab 1987 als Weiterbildungsassistent im Fachgebiet Parodontologie.
- 1989 Weiterbildungsjahr in der Praxis Dr. Wolfgang Westermann / Emsdetten.
- 1990 Niederlassung zusammen mit Ehefrau in Wallrabenstein.
- 1991 Fachzahnarzt für Parodontologie
- 1994 Kurzvortrag beim ersten Weltkongress der kroatischen Zahnärzte in Zagreb
- 1996 Kurzvortrag (Praktikerforum) bei Jahrestagung der DGP in Baden-Baden. Prüfung und Ernennung zum "Spezialisten der DGP". Studienwoche "Harvard Week" in Boston.
- 1997 Posterpräsentation. "Plastische Parodontalchirurgie", Europäisches Forum Zahnmedizin in Frankfurt
- 1998 Praktikerpreis "Peter Guldener"
- 2002 Vorstandsmitglied der deutschen Gesellschaft für Parodontologie

Veröffentlichungen erfolgten im Gebiet Parodontologie (1993 und 1999) und Endodontie (1994, 1997, 1998, 2002).

Verheiratet seit 1989 mit Ulrike Kresic

Sohn Luka ist elf und Tochter Karla sieben Jahre alt.

In seiner Freizeit spielt Tomislav Kresic gerne mit Luka Golf. Die Familie verbringt ihre Skiurlaube im Wallis. Istrien ist das Ziel für den Sommerurlaub.





Dr. Ulf Krueger - Janson

Jahrgang 1955, geboren in Berlin

- 1977 Abitur
- 1977 - 1979 Goldschmiedetechnik, 3 Monate - Hospitation im zahn-technischem Labor Lüscher & Ventre in der Schweiz
- 1979 - 1981 Zivildienst am Universitätsklinikum Frankfurt
- 1981 - 1982 Zahntechnische Mitarbeit im Labor Malherbe und Schönherr/ Weiterbildungs-Kurse
- 1982 - 1988 Studium der Zahnheilkunde in Frankfurt/ Main.
- 1988 Approbation
- 1988 - 1990 Assistenz Zahnarzt in der väterlichen Praxis mit Schwerpunkt Implantologie
- 1991 Übernahme der väterlichen Praxis. Derzeitiger Schwerpunkt in Parodontologie und vollkeramischer Rekonstruktion reduzierter Zahnhartsubstanz unter funktionellen Parametern
- 1991 Regelmäßige Durchführung von Fortbildungs- und praktischen Kursen im In- und Ausland. Publikation und Vorträge zum Thema vollkeramische Restaurationen.

Familienstand: Seit 1986 verheiratet mit der Romanistin Wulfhild Krueger-Janson.

Zwei Kinder Lea (15) und Helen (10), die beide mit Golf und Tennis spielen und auch Skilaufen. In der Freizeit jogge ich gerne und betätige mich im Garten



Dr. Britta Wengel

Jahrgang 1971, geboren in Düsseldorf

Staatsangehörigkeit: deutsch und österreichisch

- 1990 Zahnmedizinstudium Universität Hamburg
- 1990 - 1995 Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- 1995 Staatsexamen in Zahnmedizin
- 1996 - 1998 Assistenzzeit in Bonn in der Praxis Dr. Dr. Schmögner, Dr. Jordan & Dr. Rattay, einer chirurgisch und prothetisch ausgerichtete Praxis
- 1998 Niederlassung in der väterlichen Praxis in Leverkusen
- 1998 Promotion Thema: Die Basaliomtherapie im Gesichtsbe- reich mit Hilfe der fraktionierten histologischen Schnitt- randkontrolle.

Weiterbildung: Mitglied der APW (Akademie Praxis & Wissenschaft der DGZMK)

regelmäßige Teilnahme an Neue Gruppe – Tagungen nationale wie internationale Fortbildungen vor allem zu den Themen Parodontalchirurgie, Implantologie, ästheti- sche Zahnheilkunde und Endodontie.

Familienstand: ledig

Hobbys: Kunst, Musik, Reisen, Golf, Kochen



Lieber Hartmut, wir, Deine Freunde, gratulieren Dir zu diesem Geburtstag, der sich in guter deutscher Tradition von anderen Geburtstagen hervorzuheben scheint. Und doch ist dieser Geburtstag auch ein Tag, an dem ein wenig Innehalten, Zurückschauen, Reflektieren erlaubt ist. Auch für Außenstehende darf auf die Vita von Hartmut Wengel geschaut werden, skizziert sie doch eine Persönlichkeit, bei der fachlicher Respekt vor der Leistung als hochqualifiziertem Zahnarzt, dem Engagement in der Standespolitik mit dem lebenswürdigen und lebenswerten Mensch im Familienkreis und im Freundeskreis in glückhafter Weise, um im Fachjargon zu bleiben, amalgamiert sind.

Hartmut Wengel wurde am 20. Januar 1938 in Düsseldorf geboren. Durch die Kriegswirren kam der Zweijährige für knapp vier Jahre nach Nagold im Schwarzwald. Damit kam dem wissbegierigen kleinen Hartmut das seltene Glück zuteil, als Rheinländer akzentfreies Schwäbisch, seine erste Fremdsprache sprechen zu lernen. Zurück mit der Familie in Düsseldorf, Schulzeit und Abitur 1957, aus meiner Kenntnis: keine besonderen Vorkommnisse. Das Studium der Zahnheilkunde war für Hartmut Wunschstudium und, wenn man ihn im Studentenlabor erlebte, wie er mit Hingabe eifrig "fummelte", dann konnte man sehen, dass die zu einem ordentlichen Zahnarzt gehörende manuelle Geschicklichkeit, die Freude, etwas kreativ zu schaffen, von Hartmut verkörpert wurden. Vorklinik in Köln, klinisches Studium in Düsseldorf ab 1959, dort Examen 1962 sind Wegmarken zu einem Zahnarzt mit einer profunden fachlichen Basis. Es folgten verschiedene Assistentenstellen. Zweifelsohne prägend für den weiteren beruflichen Weg war die bei Dr. Charlie Przetak von 1964 – 1967, unterbrochen vom Grundwehrdienst bei der Bundeswehr. Bei Charlie Przetak lernte Hartmut Wengel Referenten aus der Schweiz und aus den USA kennen und wurde mit der damals für uns neuen amerikanischen Top- Zahnheilkunde konfrontiert. Hartmut Wengel verschloss sich dieser Herausforderung nicht, sondern erkannte die große Chance, die sich ihm bot. Mit der ihm eigenen Verve nahm er an den Seminaren und praktischen Arbeitskursen von Arne Lauritzen, Bob Lee, Bob Stein, Peter K. Thomas teil. Streben nach höchster Präzision und funktionsdeterminiertes Denken waren fortan bestimmend im Behandlungskonzept von Hartmut Wengel. Folgerichtig wurde er 1966 Gründungsmitglied der Neuen Gruppe, im übrigen zusammen mit Dr. Peter Beyer, der gleichsam zunächst die Bundeswehrlücke überbrückte, die der Assistent Wengel in der Praxis Przetak hinterließ, als er seinem Wehrdienst nachkam. Dass Hartmut Wengel in dieser extrem arbeitsintensiven Zeit vielfältiger, beruflicher Aktivitäten seine Dissertation "Abriebverhalten von harten und weichbleibenden Prothesenkunststoffen" bei Prof. Dr. Böttger an der Westdeutschen Kieferklinik in Düsseldorf zum Abschluß brachte, kann man bei einem so engagierten jungen Mann verstehen. Nahezu sprachlos mag man werden, dass er 1965 dann auch noch Zeit zum Heiraten fand. Doch, wer seine Frau Margit, später zwar, kennen lernen durfte, der kann den jungen Doktor Wengel verstehen. Es war wohl Liebe auf den ersten Federball-Blick, unwiderstehlich, unwiederholbar. Schon zwei Jahre später ließ sich Hartmut Wengel in eigener Praxis nieder. Die Töchter Ina, 1968, und Britta, 1971, machten das Familienglück vollkommen. Hartmut Wengel wagte 1976 den mutigen, aber auch konsequenten Schritt in die reine Privatpraxis, um eine Zahnheilkunde ausüben zu können, die er als optimal für seine Patienten erachtete und die er ohne die Reglementierungen und Restriktionen pseudosozialer Gesetzgebung im Rahmen der Sozialkassenverträge ausüben wollte. Konsequenter engagierte er sich als Gründungsmitglied in der Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands – PZVD

Laudatio für Hartmut Wengel zum 65. Geburtstag

von
Peter Engelhardt

Düsseldorf



für eine restriktionsfreie, ausschließlich an den Bedürfnissen des Patienten orientierten Heilkunde. Darüber hinaus hob er die European Academy of Gnathology mit aus der Taufe. Es gehört zum Selbstverständnis von Hartmut Wengel, Verantwortung für das Gemeinwohl zu übernehmen. Schon als Student arbeitete er im ASTA als stellvertretender Vorsitzender, 1970 stellte er sich als stellvertretender Kreisstellenobmann der Zahnärztekammer Nordrhein, ab 1998 als Kreisstellenobmann für den Bereich Leverkusen und Rheinisch Bergischer Kreis zur Verfügung. Von 1975 bis 1994 und seit 1998 ist Hartmut Wengel Delegierter der KZV-Nordrhein, von 1986 bis 1994 und seit 2002 a.o. Delegierter der VV der KZBV und schließlich wirkt er als a.o. Vertreter im Berufungsausschuss der KZV-Nordrhein. In den verschiedenen Fachgesellschaften, denen er angehört, weiß man seinen Rat zu schätzen. Heute? Hartmut Wengel hat nie aufgehört ein Wissbegieriger zu sein, Neues zu erfahren, neue Methoden zu prüfen, weiterzuentwickeln, umzusetzen, Beispiel Laseranwendung in der operativen Parodontologie. Tochter Dr. Britta Wengel trat 1998 als Partnerin in die Praxis ein, die jetzt als Gemeinschaftspraxis geführt wird. Vater Hartmut und Mutter Margit sind dort nach wie vor aktiv, aber sie können vertrauensvoll zunehmend Verantwortlichkeiten in die Hand der kompetenten, dynamischen Tochter legen und sich ein wenig Freiräume schaffen. Dabei kommt durch die Enkel Jan-Niclas und Tim-Alexander neues, quirliges Leben in das Haus Wengel, schon immer Zentrum der Familie, aber auch häufiger, von großzügiger Gastfreundschaft geprägter Treffpunkt für den großen Freundeskreis der Wengels. Sie feiern gern zu Hause und anderswo. Nicht umsonst gilt Hartmut, bei der Arbeit am Stuhl tiefenst und konzentriert, bei Partys als begehrt Tänzer und Unterhalter.

Hartmut, Deine Freunde wünschen Dir einen schönen Geburtstag und über den Tag hinaus Gesundheit, Erfolg in allem Tun, ungebremste Schaffenskraft, viele frohe, glückliche Stunden im Kreis Deiner Lieben und im Kreis Deiner Freunde, Zeit und Muße für die vielen Dinge, die beruflichen Ansprüchen stets nachgeordnet werden mussten.

Dein Peter Engelhardt

**Laudatio
für Harald Bartek
zum 65. Geburtstag**

von
Pit Beyer

Düsseldorf

Am 29. Januar 2003 feierte mein alter Freund Harald Bartek seinen 65. Geburtstag.

Wer hätte damals im Jahr 1956, als wir uns gemeinsam zum Studium der Zahnmedizin in Leipzig trafen gedacht, dass unsere Lebenswege oft parallel und durch die politischen Verhältnisse doch so unterschiedlich verlaufen sollten. Nach dem Physikum musste Harald Bartek sein Studium per Order in Dresden an der Med. Akademie Carl Gustav Carus vollenden. Nach Assistenzzeit in Torgau trafen wir uns 1963 in der Charite im damaligen Ostberlin wieder. Von 1964 bis 1972 blieb nur der überwachte telefonische und briefliche Kontakt.

Harald Bartek wurde Oberarzt, erhielt *Facultas docendi* und wurde 1979 Mitbegründer des Betriebsambulatoriums der Berliner Bühnen, wo er sich ganz besonders der Betreuung der Blasinstrumentalisten mit ihren speziellen Ansatzproblemen widmete.



Man kann sagen, dass er zu dem Experten auf diesem Gebiet wurde.

Viele Veröffentlichungen auf diesem speziellen Sektor stammen aus seiner Feder.

1970 erhielt er den Preis der Deutschen Gesellschaft für Stomatologie, war Gründungsmitglied der Gesellschaft für Prothetische Stomatologie der DDR und wurde 1989 Ehrenmitglied der Gesellschaft für Stomatologie und 1998 Ehrenmitglied der Gesellschaft für ZMK an der Humboldt-Universität Berlin.

Die Nähe zu den Künstlern der Berliner Bühnen kam seiner Neigung, nämlich der Liebe zur Klassischen Musik nicht ungelegen. Kaum eine Veranstaltung in der Deutschen Staatsoper, der komischen Oper oder ein Konzert hat er in dieser Zeit ausgelassen.

Eigentlich wollte er ja auch gar nicht Zahnarzt, sondern Toningenieur werden, wie er mir in einer stillen Stunde zu meinem Erstaunen einmal verriet.

Durch den Zusammenbruch der DDR ergaben sich neue Chancen. 1991, immerhin damals schon im vorgerückten Alter und eigentlich für die Niederlassung zu spät, eröffnete Harald Bartek seine Praxis in Berlin-Mitte. Die APW-Grundkurse wurden belegt und die Möglichkeit Kontakt zur Neuen Gruppe zu bekommen sofort genutzt und in seiner Praxis umgesetzt.

Harald Bartek ist ein Beispiel dafür, dass man auch in einem totalitären Regime ein ehrlicher, verlässlicher und treuer Freund bleiben kann. Er allein wusste von meinen Fluchtplänen 1964. Schon damals hatte ich uneingeschränktes Vertrauen zu ihm, nie wurde ich enttäuscht.

Wir, das sind die Freunde der Neuen Gruppe, wünschen noch viele glückliche Jahre zusammen mit seiner Familie.



Was macht den Menschen liebenswert? Sicherlich nicht beruflicher Erfolg, ein großes Bankkonto. Da wird man allenfalls bewundert, meist nur beneidet.

Sicher aber kleine und große Schwächen, viel Menschlichkeit, Bescheidenheit und viel Spaß am und im Leben.

Helge und ich haben uns im Phantomkurs von Alex Motsch in Freiburg kennengelernt, dessen Chef war Sigi Schreiber. Und da gehörten Arbeit, viel Arbeit und Spaß eng zusammen. Burgfeste, Schwarzwaldwochenenden und vieles mehr waren Teil des Ausbildungsprogramms. Zum Examen hin haben wir mit großen Zimmermannsnägeln Hängematten außerhalb der Fenster des 3. Stocks unserer Fachwerkhausbude befestigt und geglaubt, in der glühenden Sonne besser lernen zu können. Zum abendlichen Biertrinken waren wir wieder wach. Meist wusste Helge dann einen guten Film. Wie gut war der Helge eigentlich als Zahnarzt? Verdammt, das weiß ich gar nicht, weil der Helge in seiner Bescheidenheit nicht so viel von seinen Erfolgen berichtet hat wie wir anderen. Wir haben uns bei vielen Reisen auch lieber Indianergeschichten erzählt, in Arizonas Wüste Kakteen photographiert. Er war jedenfalls der Beste des Semesters. Vielleicht sollte ich noch erwähnen, denn dies wird ja für Zahnärzte aufgezeichnet, er hat alle Lauritzenkurse und PKT Kurse sehr früh absolviert.

Er ist auch verheiratet, sogar erfolgreich, seine Frau Aki hat ihm in seinem

Helge Richter zum 65. Geburtstag

von
Axel Bauer

Düsseldorf



Leben sehr viel Arbeit und Sorgen abgenommen und ihn bei mancher schönen Träumerei wieder auf den harten Boden des Lebens zurückgeholt. Und kräftig bei der Kindererziehung mitgeholfen, damit wird man ja auch nie fertig.

Nun wird er 65 Jahre, der Helge, wann wird man erwachsen? Alt schon, aber erwachsen? Alt dann, wenn einem die Träume ausgehen und man nicht mehr neugierig ist, nicht, lieber Helge?

Ich gratuliere Dir, dass Du es so gut geschafft hast.

Dein alter Freund Axel.

Laudatio für Hans Fischer zum 65. Geburtstag

von
Rose Marie Lohmiller

Frankfurt



Hans und ich kennen uns durch die Neue Gruppe. Schon 1968 war er mir Anfang April zu meinem ersten "Pyrmonter Wochenende" der Neuen Gruppe aufgefallen. Ein eher stiller, aber zielstrebigere Kollege, liebenswürdig und kameradschaftlich, mit dem man sich bei aller Begeisterung für die Zahnmedizin, auch über andere Dinge unterhalten konnte. Literatur, Kunst, Geschichte, Theater - Hans wusste Bescheid.

Der am 27.04.1938 in Berlin geborene Hans Fischer besuchte das Gymnasium in Düsseldorf, begann sein Studium der Zahnheilkunde in Freiburg und wechselte nach einem Jahr nach München. Nach dem Physikum 1963 ging er wieder zurück nach Düsseldorf, um dort sein klinisches Studium fortzusetzen und zu beenden. In Düsseldorf promovierte Hans Fischer an der Westdeutschen Kieferklinik bei Prof. Dr. Dr. Gerd Knolle mit einer Arbeit über „Quantitative Messungen zur Freisetzung von Quecksilberdämpfen bei verschiedenen Triturationsmethoden“.

Seine erste Assistentenstelle trat Hans Fischer bei dem renommierten Düsseldorfer Zahnarzt Dr. Schäfermeyer an. Nach einem Jahr wechselte er 1967 in die Praxis von Dr. Robert („Bob“) Leppert in Baden-Baden. Für die „Älteren“ unter uns ein Begriff, stand Dr. Leppert doch für wegweisende Zahnheilkunde, heute würde man sagen im Sinne der Neuen Gruppe. Leppert praktizierte ein klares, restauratives Konzept basierend auf einer damals gar nicht so selbstverständlichen, systematischen Parodontologie. Er hatte Kontakte in die Schweiz und in die USA, nahm seinen wissbegierigen, jungen Assistenten Hans Fischer zu den privaten Meetings mit und ermöglichte ihm, an Top-Fortbildungen teilzunehmen. So lernte er damals schon Peter Guldener, Charlie Przetak, Knud Schmidt-Diemel und Benno Singer kennen, konnte an Kursen von Dick Petralis, Paul Lustig, Bob Stein, Ralph Joudelis, später dann bei Arne Lauritzen, Charlie Stuart und Peter K. Thomas, weiter bei Willi Krough-Poulsen, Bob Lee und Rudi Slavicek teilnehmen.

Seit 1974 ist Hans Fischer Mitglied der Neuen Gruppe. In Rapallo wurde er 1972 Gründungsmitglied der European Academy of Gnathology (EAG), zu deren Vizepräsident er 1979 (Präsident: Dr. Paul Feinmann) ernannt wurde. 1986 wurde er Mitglied des International College of Dentists (ICD). Hans Fischer übernahm 1969 die Praxis von Paul Leppert, die er bis 1992 als reine Privatpraxis betrieb. Nach wie vor ist Hans Fischer dabei, wenn es um aktuelles Fachwissen und aktuelle Fortbildung geht.

Ausgleich findet Hans Fischer in seiner Neigung, sich mit Kunst, speziell



Malerei auseinanderzusetzen. Er reist gerne und weiß, auch dies kein Gegensatz, gutes Essen und guten Wein in fröhlicher Gesprächsrunde zu schätzen. Ein Einkaufsbummel mit ihm auf dem Baden-Badener Wochenmarkt zeugt von seiner Kennerschaft.

Hans ist äußerst großzügig und hat viele seiner Freunde unentwegt mit den schönsten Dingen verwöhnt, die im Alltag praktisch und hilfreich sind. Hans hat ein großes Herz!

Dir, lieber Hans, wünsche ich, zusammen mit Deinen Freunden der Neuen Gruppe, einen schönen Geburtstag. Unsere guten Wünsche begleiten Dich auch über den Tag hinaus.

Deine Rose Marie Lohmiller

„Pit“ (alias Dr. Richard Peter Beyer) wurde am 6. Mai 2003, 65 Jahre alt. Nach dem Studium der Zahnheilkunde von 1956 bis 1962 an der Universität Leipzig und Promotion zum Dr. med. dent. war Pit in den Jahren 1963 und 1964 Assistent in der Prothetik der medizinischen Fakultät, der Humboldt-Universität Berlin.

Im Oktober 1964 kroch Pit durch einen in monatelanger geheimer und gefährlicher Arbeit von Studenten hergestellten Tunnel von Ost- nach Westberlin in die Freiheit. Wenige Stunden nach seiner Flucht wurde der Stollen von der Volkspolizei entdeckt. Am Ende des Tunnels empfing ihn Kiki, seine spätere Ehefrau, die in Westberlin lebte und die Kontakte knüpfte. Bald darauf haben beide geheiratet. 1966 wurde Tochter Katja geboren, die in der Zwischenzeit eine erfolgreiche Tierärztin in eigener Praxis geworden ist.

Von 1964 bis 1969 war Pit Assistent in der Praxis von Dr. Przetak in Düsseldorf. Hier hatte er die einmalige Gelegenheit durch zahlreiche Kurse und Vorträge, amerikanischer und skandinavischer Zahnärzte aus Praxis und Hochschule moderne und fortschrittliche internationale Zahnheilkunde kennen zu lernen. Aus der fruchtbaren Kooperation zwischen Charly Przetak und Günter Wunderling entstand in Düsseldorf ein Kreis von hervorragend fortgebildeten Kollegen. Dieser Kreis war die Urzelle der Neuen Gruppe und Pit war 1966 als Gründungsmitglied in Frankfurt am Main dabei.

1969 lies sich Pit Beyer in der eigenen Praxis in Düsseldorf nieder. Von Anfang an bis heute hat Pit an unzähligen hochkarätigen Fortbildungskursen und Tagungen teilgenommen, so dass er immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Praxis war.

Dazu kamen ehrenamtliche Tätigkeiten und Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften:

- 1979 Ernennung zum „Fellow of the International College of Dentists“ (ICD)
- 1979 - 1995 Mitglied im Direktorium der Akademie Praxis und Wissenschaft in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- 1985 - 1991 Lehrer der Akademie Praxis und Wissenschaft
- 1980 - 1995 Vorstandsmitglied der Neuen Gruppe,

Pit Beyer zum 65. Geburtstag

von
Ralf Mutschelknauss

Stuttgart



Gründungsmitglied der European Academy of
Gnathologie
1998 Verleihung der Günter-Wunderling-Nadel
Er ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für
Parodontologie (DGP), der American Academy of
Periodontologie AAP und der American Equilibration
Society

Durch seine umfassende und unermüdliche Fort- und Weiterbildung hat sich Pit Beyer die Grundlage für eine erfolgreiche Privatpraxis in Düsseldorf geschaffen. Diese Praxis wird nicht nur von zahlreichen Prominenten sondern auch von zahnärztlichen Kollegen und Freunden frequentiert, die genau wissen wo Qualitätsarbeit zu finden ist.

Neben seinem beruflichen Engagement findet Pit Beyer jedoch auch viel Zeit für seine Familie und seine Freunde.

Es gibt wohl kein Mitglied der Neuen Gruppe, der so bekannt und beliebt ist und so viele Freunde in der älteren und jüngeren Generation hat, obwohl er andererseits auch seine Meinung unmissverständlich zum Ausdruck bringen kann.

Zu seinen Hobbys gehören die Förderung von Kunst und Kultur, insbesondere in seiner Heimat, dem Erzgebirge, das Gourmetkochen im Klub der kochenden Männer, Schifahren am liebsten auf blauen Pisten und Golfspielen auf exotischen Golfplätzen rund um den Globus. Bei den genannten sportlichen Tätigkeiten haben wir viele schöne gemeinsame Stunden verbracht.

Seit vielen Jahren organisiert Pit hochkarätige Kurse in Lembach im Elsass. Zum Beiprogramm gehören - wie könnte es bei Pit auch anders sein - Gourmetessen, Austern mit Champagner zum zweiten Frühstück und das von Pit persönlich variierte acht gängige Menue im Cheval Blanc.

Obwohl Pit in den letzten Jahrzehnten fast zum Rheinländer mutiert ist, war er immer seiner Heimat, dem Erzgebirge, durch seine Familie und zahlreiche Freunde stets eng verbunden. Augenscheinlich wurde dies für uns alle nach dem Fall der innerdeutschen Grenze.

Wenn wir mit Pit seinen 65sten Geburtstag feiern wollen, müssen wir uns auf eine weite Reise ins Erzgebirge einstellen. Doch wir tun dies gerne, weil wir mit ihm dieses besondere Fest begehen wollen. Wir wünschen Ihm noch einige Jahre etwas reduzierter Arbeitskraft in seinem geliebten Beruf und noch viele viele Jahre im Kreise seiner Familie und seiner Freunde bei guter Gesundheit in besinnlicher und fröhlicher Runde.

Glückwünsche

Ihren 90. Geburtstag feierten Siegfried Schreiber am 02. Februar und Ernst Helmut Pruin am 25. März. Zu diesen ganz besonderen Festtagen gratulieren die Freunde der Neuen Gruppe von ganzem Herzen und wünschen alles Gute.

Wir gratulieren Hans Hermann Hupe herzlich zu seinem 70. Geburtstag am 23. April.

65 Jahre wurden Gründungsmitglied und ehemaliger Schatzmeister Hartmut Wengel am 20.01., Harald Bartek am 29.01., Helge Richter am 21.02., Hans Fischer am 27.04. und Gründungsmitglied und langjähriger Beirat Pit Beyer am 06. Mai. Die besten Wünsche zu diesen Festtagen.

Rüdiger Butz hatte am 02.02. seinen 60. Geburtstag, zu dem die Neue Gruppe herzlich gratuliert. Zu seinem 55. Geburtstag am 16.11.2002 wünschen wir Beirat Jean Francois Roulet alles Gute.

Allen Jubilaren herzliche Glückwünsche!



Wie eigenartig, Uwe Werner verstarb am 31. Oktober 2002 mit 91 Jahren, genau an dem Tag, an dem die Mitglieder der Neuen Gruppe sich zu ihrer 36. Mitgliederversammlung in der Alten Oper Frankfurt trafen. Mir scheint es, als könnte dies kein Zufall sein.

Seine Verbundenheit mit der Neuen Gruppe fühlte ich deutlich, als ich ihn vor einem Jahr in Kassel besuchte. Es war etwas ganz Besonderes miterleben zu dürfen, wie die Erinnerungen an die Neue Gruppe und die Kolleginnen und Kollegen ihn erfreute. Als ich ihm das große Neue Gruppe Album zeigte, konnte er sich an die meisten seiner Freunde erinnern. Frau Kalthof, seine Lebensgefährtin, hat mir berichtet, wie glücklich er über die Laudatio in den Neue Gruppe Nachrichten zu seinem 91. Geburtstag war, die sie ihm mehrere Male vorgelesen hat.

Die Freunde der Neuen Gruppe denken an Uwe Werner. Er wird unvergessen sein.

Zum Tode von Uwe Werner

von
Rose Marie Lohmiller

Frankfurt



Impressum

Copyright 2003 **NEUE GRUPPE** Nachrichten. Herausgeber:
NEUE GRUPPE, wissenschaftliche Vereinigung von Zahnärzten.

Redaktionelle Leitung: Dr. Ulrich Gaa.

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

Internet Adresse: www.neue-gruppe.com

Email Adresse: dr.u.gaa@t-online.de

Satz und Druck: Systec Systemtechnik, Stuttgart