

cosmetic dentistry _ beauty & science

2²⁰¹¹

_Fachbeitrag

Minimal- und No Prep-Veneers
bei Amelogenesis imperfecta

_Spezial

Die Bedeutung der Lippen
für die orofaziale Ästhetik

_Lifestyle

Antarktis – die eisige Schönheit
des siebten Kontinents



DEMO-DVD

Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht

75€*

**Unterspritzungstechniken
jetzt auf DVD!**

*zzgl. MwSt. und Versandkosten



Hinweis:

Die Ware ist vom Umtausch ausgeschlossen.
Spieldauer: 60 Minuten

Kontakt

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com



BESTELLFORMULAR

per Fax an

03 41/4 84 74-2 90

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Hiermit bestelle ich die brandaktuelle **Demo-DVD** (bitte Zutreffendes ausfüllen)

Titel/Name/Vorname _____

Anzahl: _____

Praxisstempel

Datum/Unterschrift _____

E-Mail _____

Konzepte in der Zahnheilkunde

_Es vergeht kein Jahr, in dem nicht irgendwelche bahnbrechenden Innovationen den Markt zu erobern suchen. Kein Jahr, in dem die Industrie nicht neue Methoden, Werkstoffe oder Produkte an, mit und durch uns Zahnärzte, die Patienten mit eingeschlossen, austestet.

Die Aufgabe von uns Behandlern ist das Angebot zu filtern, um nützliches von sinnlosem oder gar gefährlichem zu trennen.

In den letzten zehn Jahren hat diese Innovationsvielfalt in der Zahnheilkunde durchaus hin und wieder für Verwirrung gesorgt. Interessant ist, dass die Zahl der „echten“ Innovationen oder erfolgreichen Konzepte dennoch sehr überschaubar geblieben ist. Zweifelsohne haben die 3-D-Navigation – oder vielmehr die 3-D-Diagnostik – mit dem routinemäßigen Einsatz von Zirkon den dentalen Markt am meisten beeinflusst. Die moderne Implantologie kommt ohne ausführliche und präzise Planung nicht mehr aus. Dank des raschen Preisrückganges und der großen Anzahl von Anbietern stehen DVTs mittlerweile im gesamten Bundesgebiet. Die Hauptprofiteure sind wir Behandler, weil wir endlich im Vorfeld erfahren, was genau uns während der Implantation erwartet, und natürlich die Patienten, die selbstverständlich Interesse an einer möglichst sicheren Implantation haben. Mehr noch als die schablonengeführte Implantation nutzt die intensive Diagnostik der Information, Vorbereitung und Verhinderung von „Blindflügen“.

Der selbstverständliche Einsatz des Zirkonoxids hat ebenfalls zu einer Vielzahl von Verbesserungen in der Behandlung beigetragen. Die Ästhetik, Erleichterung in der Zahntechnik und die hohe Präzision bei prothetischen Versorgungen haben hierdurch profitiert.

Eine der Herausforderungen in der modernen Zahnheilkunde ist also sicherlich die Kombination der uns zur Verfügung stehenden erfolgreichen Konzepte. Die Ansprüche der Patienten sind gestiegen. Es wird immer mehr Leistung in immer kürzerer Zeit erwartet. Aus diesem Grund greifen wir heutzutage immer mehr auf altbewährte Konzepte, wie zum Beispiel die Sanierung unter Vollnarkose, zurück. Das besondere dabei ist nicht die ITN, sondern die komplette orale Rehabilitation eines Patienten in so wenigen Sitzungen wie nur möglich.

Was letztendlich zählt ist aber die freie Kombinierbarkeit aller Techniken und Möglichkeiten in der modernen Zahnheilkunde und – nicht zu vergessen – das dazu adäquate Praxismarketing. Hier ist jeder Behandler frei, gemäß seinen eigenen Vorlieben, Fähigkeiten und Möglichkeiten zu agieren. Der freie Markt, der, wie wir wissen, immer freier wird, bietet uns hier immer mehr Möglichkeiten. Für das Jahr 2011 wird also auch Marketing in der Zahnarztpraxis ein immer wichtigeres Konzept auf dem Weg zum Erfolg werden.

Herzlichst
Milan Michalides



Milan Michalides



Die cosmetic dentistry ist auch als E-Paper mit vielen zusätzlichen Informationen auf www.zwp-online.info/publikationen verfügbar. Alle Anwendungen sind selbstverständlich auch iPad kompatibel.



| Editorial

- 03 **Konzepte** in der **Zahnheilkunde**
_Milan Michalides

| Fachbeiträge

- _Veneers
- 06 **Minimal- und No Prep-Veneers** bei **Amelogenesis imperfecta**
_Dr. Jürgen Wahlmann
- _Multifaktorielle Therapien
- 10 **Multifaktorielle Therapien** in der kosmetisch-ästhetischen Zahnheilkunde nach dem **Kaiserswerther Konzept**
_Prof. Dr. Marcel Wainwright
- _Vollkeramik-Restaurationen
- 14 **Vollkeramik im Frontzahnbereich – Mit Konzept zum Erfolg**
_ZA Florian Göttfert, Dr. med. dent. Marcus Striegel
- _Funktion und Ästhetik
- 20 **Function in Ballance:** Wiederherstellung einer ästhetischen Frontzahnrekonstruktion
_Prof. Dr. Axel Zöllner
- _White Spots Therapie
- 24 **Mikro-invasive Behandlung von post-orthodontischen White Spots** auf Glattflächen
_Marcio Garcia dos Santos, DDS, MS, PhD; Sillas Duarte Jr, DDS, MS, PhD; Dr. med. dent. Jin-Ho Phark, DDS
- _Implantologie
- 28 **KISS-Prinzipien der Ästhetischen Implantologie – Teil 2**
_Vis. Prof. Dr. Dr. Andreas H. Valentin, ZÄ Monika Brandl, Dr. Thilo Peters, Koautor_Fumihiko Watanabe, Professor & Chairman
- _Componeer
- 34 **Der Evolutionssprung** in der Frontzahnrestauration
_Dr. Mario Besek
- _Interdisziplinäre Therapiekonzepte
- 40 **Perfektion durch Kooperation im Netzwerk – Ein Fallbeispiel**
_Dr. Michael Visse, ZA Claus Theising, ZA Peter Elwert, ZT Manfred Läkamp

| News

- 42 **Marktinformation**

| Spezial

- _Lippenästhetik
- 44 **Die Bedeutung der Lippen** für die orofaziale Ästhetik
_Dr. Wolfgang Kuhl
- _Psychologie
- 48 **Der interessante Patient ...** den ich nicht mag – Teil VI:
_Dr. Lea Höfel

| Information

- _Internet
- 52 **Wie verändert das Internet** unseren **Praxisalltag?**
Innovative Kommunikationsstrategien als Erfolgsmotor
_Dr. Michael Visse
- _Internet
- 54 **ZWP online** – dritte Generation wurde zur IDS vorgestellt
- _Recht
- 55 **Brustimplantate, Bauch- und Oberarmstraffungen** vom MKG-Chirurgen
_Dr. med. Dr. iur. Susanne Listl

| Lifestyle

- _Modern Art
- 58 **Iceland's Dreaming** – Die mystischen Phantasiewelten von Katrin Olina
_Catharine Banach
- _Reisebericht
- 60 **Antarktis** – die eisige Schönheit des siebten Kontinents
_Priv.-Doz. Dr. Christian R. Gernhardt

| Impressum

- 66 Verlag, Redaktion



LUMINEERS®

beautiful smile. beautiful you.

LUMINEERS® SMILE PROGRAMM



- KEINE SPRITZE • KEINE PRÄPARATION
- KEIN PROVISORIUM • KEIN ENTFERNEN EMPFINDLICHER ZAHNSUBSTANZ

VERFÄRBUNGEN



VORHER

NACHHER

LÜCKEN UND ABSTÄNDE



VORHER

NACHHER

SCHIEFSTELLUNGEN



VORHER

NACHHER

ALTE KRONEN UND BRÜCKEN



VORHER

NACHHER

LUMINEERS BY CERINATE® ist ein Keramik-Veneer zur schmerzfreien Formkorrektur und dauerhaften Aufhellung des Lächelns Ihrer Patienten! Eine Haltbarkeit von über 20 Jahren ist klinisch erwiesen.

ZAHLREICHE VORTEILE FÜR IHREN PRAXISERFOLG

- Überregionale Werbung in Fach- und Konsumentenpresse.
- Kostenlose Informations-Hotline für Konsumenten.
- Unterstützende Marketingmaterialien, z. B. Displays, Informationsbroschüren, etc.
- Kompetente Ansprechpartner für die Unterstützung Ihres Praxisteam.
- Umfassendes Schulungsmaterial auf DVD und CD-ROM.
- Kostengünstiges Starter-Kit.

Fazit: Neupatienten und zusätzlicher Umsatz für Ihre Praxis!



HAMBURG

17.-18.06.2011



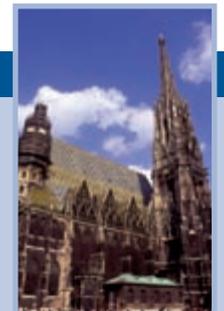
FRANKFURT

16.-17.09.2011



MÜNCHEN

14.-15.10.2011



WIEN

11.-12.11.2011

LUMINEERS® SMILE
DESIGN WORKSHOP

DEUTSCHLAND
ÖSTERREICH

MELDEN SIE SICH JETZT AN:

American Esthetic Design GmbH, Telefon: 081 06/300 500, Fax: 081 06/300 510

Minimal- und No Prep-Veneers bei Amelogenesis imperfecta

Autor_Dr. Jürgen Wahlmann

Entgegen der landläufigen Meinung eignen sich Minimal- und No Prep-Veneers nicht nur zur Verbesserung der ästhetischen Situation, sondern stellen inzwischen eine hervorragende Möglichkeit dar, auch medizinische Probleme hoch ästhetisch unter maximaler Substanzschonung zu lösen. Dass diese Technik selbst bei klinisch sehr ungewöhnlichen, in der täglichen Praxis extrem seltenen Krankheitsbildern eine hervorragende Therapiemöglichkeit darstellt, zeigt der folgende Fall:

Die 13-jährige Patientin stellte sich in unserer Praxis mit dem Wunsch nach einer ästhetischen Verbesserung ihrer Situation vor. Sie gab an, in der Schule wegen Ihrer „braunen“ Zähne massiv gehänselt zu werden. Klinisch bot sich das Bild einer generalisierten Amelogenesis imperfecta (Abb. 1 und 2). Die Erkrankung scheint autosomal dominant vererbt worden zu sein, da neben dem Vater auch alle weiteren

Geschwister betroffen sind. Die massive Ausprägung der Erkrankung macht insbesondere Abbildung 2 deutlich. Wie in der Literatur beschrieben fanden sich erhebliche Abrasionen zum Beispiel in der Unterkieferfront (Abb. 3). Insbesondere beim hypomaturischen Typ (Amelogenesis imperfecta Typ 2) wird bei ausgeprägten Formen ein häufiger Verlust der vertikalen Dimension beschrieben (Rateischak, 2000).

Da eine Versorgung mit indirekten Restaurationen zwingend erforderlich war, mussten die Vor- und Nachteile konventionell zu zementierender Gold- oder VMK-Kronen sowie ädhäsiv zu befestigender Komposit- oder Keramikrestaurationen gegeneinander abgewogen werden. Bei einer Amelogenesis imperfecta muss sicherlich mit einer Beeinträchtigung des Ätzmusters gerechnet werden (Schmidlin, 2005). Die von Seow und Amaratunge 1998 be-



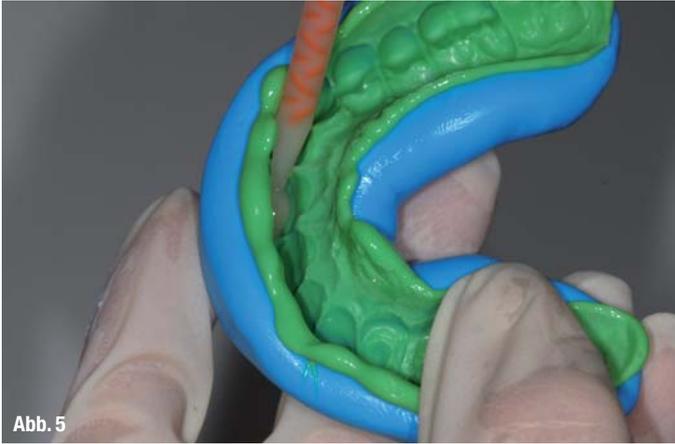


Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8

schriebenen möglichen Varianten des Ätzmusters erlauben oft dennoch ein adäquates Bonding (Gwinnett und Matsui 1967). Da der Haftverbund bei den vom Vorbehandler durchgeführten Kompositversorgungen in der Oberkieferfront ausreichend war, entschied sich der Autor für eine adhäsiv zu befestigende, langzeitprovisorische Versorgung mit Minimal- bzw. No Prep-Kompositkronen und Veneers.

Nach funktioneller Vorbehandlung erfolgte das Mock-up, um die ästhetische und funktionelle Planung zu überprüfen. Nachdem der Silikonwall im Sinne eines Korrekturabdruckes erstellt wurde, wird er mit Luxatemp Star befüllt (Abb. 5) und für drei

Minuten im Mund des Patienten belassen. Luxatemp Star eignet sich perfekt, da es aufgrund seiner hohen Biegebruchfestigkeit von 121 MPa nach 24 Stunden (geschichtete Feldspatkeramik weist hier nur Werte bis zu 100 MPa auf) dem Behandler die Möglichkeit gibt, dieses Mock-up für einen Zeitraum von bis zu zwölf Wochen im Mund des Patienten zu testen. Die Ausarbeitung des Mock-up's erfolgt im Mund des Patienten, da bei intraoraler Ausarbeitung die zur Verfügung stehende mechanische Retention maximal ausgenutzt werden kann und ein punktuelles Ätzen und Bonden nicht notwendig ist. Wenn das Mock-up länger als zwei Wochen getragen werden soll, ist es empfehlenswert, vor dem Einbringen des



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12

Silikonwalls mit Luxatemp Star eine dünne Schicht Optibond FL 2 (Kerr) auf die zu versorgenden Zähne aufzutragen, um Undichtigkeiten zu vermeiden. Abbildung 6 zeigt die Situation direkt nach Entnahme des Silikonwalls. Es wird deutlich, dass der zervikale Rand des Mock-up's nur noch minimal ausgearbeitet werden muss. Dies erfolgt am einfachsten mit dem sogenannten „Moskito“-Bur (Frank Dental). Besonderes Augenmerk muss auf die Papille gelegt werden. Hier ist es zwingend notwendig, die Papille, wie in Abbildung 11 ersichtlich, sorgfältig freizulegen, da diese Technik die Papille verdrängt und sonst nach der Entfernung des Mock-up's ein schwarzes Dreieck sichtbar wäre. Abschließend wird Luxatemp Glaze & Bond aufgetragen (Abb. 8), um eine hoch ästhetische, verfärbungsunempfindliche Oberfläche zu erzielen. Zwar scheint aufgrund der zum Teil extrem geringen Schichtstärke des Mock-up's an einigen Stellen die bräunliche Unterstruktur durch (Abb. 9), dennoch ist die ästhetische Verbesserung beeindruckend.

Bereits in der ersten Woche nach Erstellung des Mock-up's erhielt die Mutter der Patientin einen Anruf der Klassenlehrerin. Diese gab an, dass sich die Patientin plötzlich am Unterricht beteiligte und viel

selbstbewusster auftreten würde. Hier wird deutlich, wie sehr gerade Jugendliche unter einer derart massiven Verfärbung der Zähne leiden können und in welchem Umfang sich dies auch auf die schulische Perspektive auswirken kann.

Nach Ende der funktionellen und ästhetischen Testphase wurde das Mock-up zunächst im 2. und 3. Quadranten entfernt und in diesem Bereich eine Verschlüsselung mit Luxabite vorgenommen. Dadurch konnte sowohl die zentrische Position als auch die vertikale Dimension exakt übertragen werden. Soweit möglich wurde auf eine konventionelle Präparation vollständig verzichtet. Es erfolgte im Approximalbereich lediglich eine geringfügige Präparation, um die Kontaktpunkte aufzulösen und dadurch die vorhandene Zahnschicht vollständig fassen zu können. Zusätzlich musste vereinzelt die obere, extrem angegriffene Schmelzschicht entfernt werden.

Abbildung 10 zeigt die laborgefertigten Langzeitprovisorien auf dem Modell. Die aufwendige Schichtung erfolgte mit dem Kunststoff New Outline (anaxdent) in Dentin A1, Schneide High Value & Clear, die Individualisierung erfolgte mit Acryline Acryl Marker (anaxdent) white und yellow.

Nachdem das Mock-up entfernt wurde, erfolgte zunächst das Try-in. Es wurden verschiedene Try-in-Farben (Vitique, DMG) verwendet, um das beste ästhetische Ergebnis zu erzielen. Anschließend wurden die Zähne mit Ätzel angeätzt (Abb. 11) und anschließend mit Prime & Bond NT (DENTSPLY) sowie Vitique (DMG) in der zuvor ausgewählten Farbe A1 eingesetzt (Abb. 12).

_Fazit

Minimalinvasive Verfahren stellen eine hervorragende Möglichkeit zur substanzschonenden Versorgung auch schwierigster Fälle dar. Das ästhetische Ergebnis ist mehr als zufriedenstellend (Abb. 13). Nach Abschluss der Wachstumsphase kann die endgültige Versorgung mit einer vollkeramischen Restauration erfolgen.

_Kontakt cosmetic dentistry



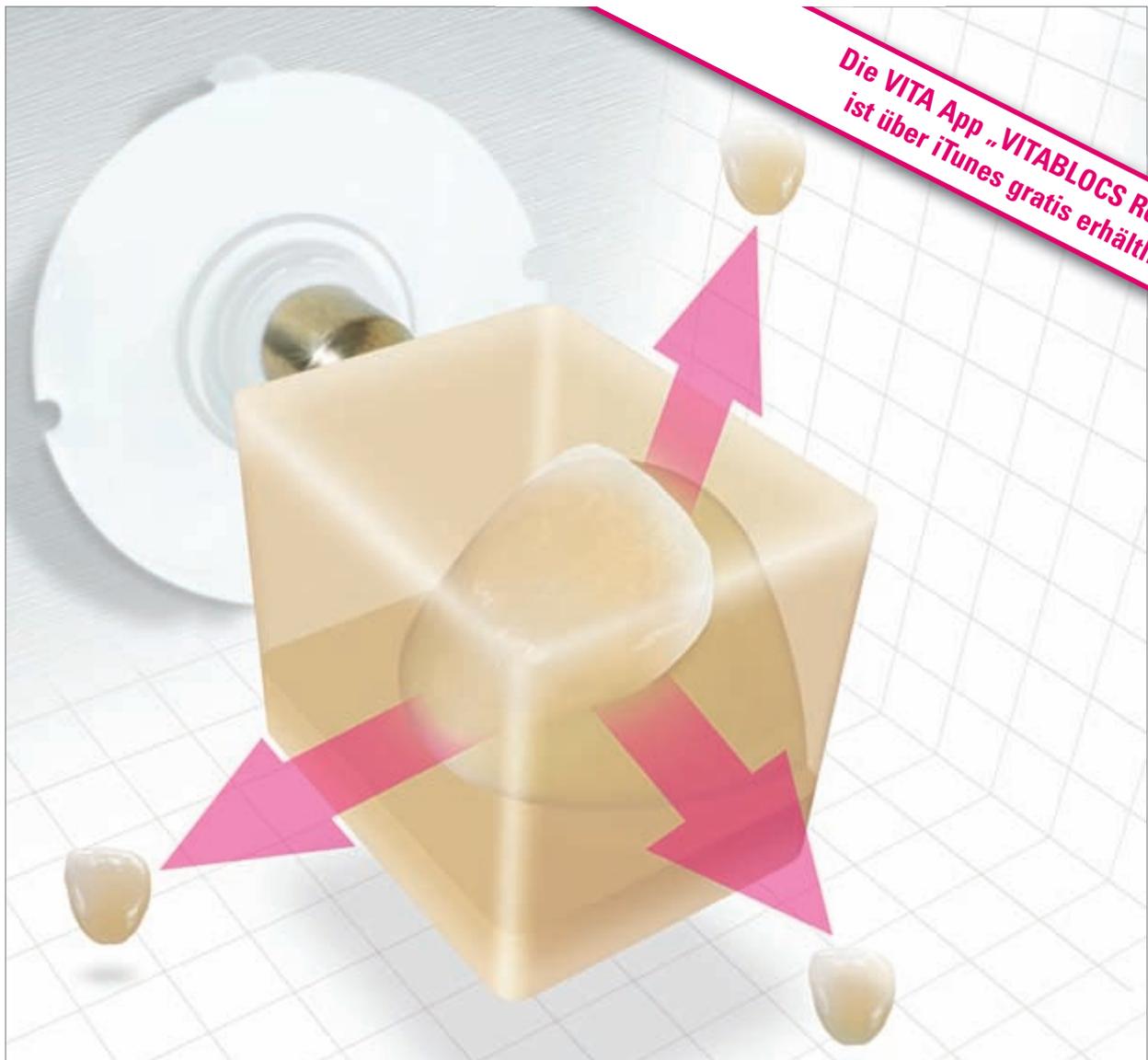
Dr. Jürgen Wahlmann
 Oldenburger Str. 13
 26188 Edeweicht
 Tel.: 0 44 05/40 50
 Fax: 0 44 05/55 38
 E-Mail:
 drwahlmann@gmx.de
 www.drwahlmann.de



Abb. 13

VITABLOCS RealLife® – genial 3-dimensional!

Einfach per Mausklick: Naturgetreue Frontzahnästhetik durch 3D-Dentinkern-Schmelzstruktur!



Die VITA App „VITABLOCS RealLife“ ist über iTunes gratis erhältlich!

34050



VITA SYSTEM



3D-MASTER

VITA

Die innovativen VITABLOCS RealLife for CEREC/inLab MC XL wurden speziell für hochästhetische Frontzahnversorgungen entwickelt. Die dreidimensionale Blockstruktur mit Dentinkern und Schmelzhülle imitiert entsprechend dem natürlichen Zahnaufbau den bogenförmigen Farbverlauf zwischen Dentin und Schneide. Die VITABLOCS haben sich millionenfach klinisch bewährt.

Fax: +49 (0) 7761 / 562-233

Tel.: +49 (0) 7761 / 562-890

Bitte senden Sie mir Info-Material zu!

Bitte vereinbaren Sie mit mir einen Beratungstermin!

Praxis/Labor, Ansprechpartner: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____



Multifaktorielle Therapien in der kosmetisch-ästhetischen Zahnheilkunde nach dem Kaiserswerther Konzept

Autor_ Prof. Dr. Marcel Wainwright

Moderne kosmetisch-ästhetische Zahnheilkunde beinhaltet für den progressiv eingestellten Zahnarzt heute mehr als das Legen von ästhetischen Composite-Füllungen und das Einkleben von Veneers. Der Patient muss heute vor allem ganzheitlich und damit weit über die „normale“ Zahnmedizin hinaus aufgeklärt, beraten und therapiert werden.

_Einleitung

Immer mehr Patienten haben das Verlangen nach Jugendlichkeit, Wellness und Ästhetik. Die Schönheitsindustrie boomt, Spas verzeichnen Besucherrekorde und zunehmend mehr ältere Menschen trotz dem Prozess des Altwerdens mit Sport, aktivem Leben und gesunder Ernährung. Der Patient in der ästhetisch orientierten Zahnarztpraxis ist (selbst-)kritischer und hat eindeutig höhere Ansprüche an sein Äußeres als auch an das Behandlungsergebnis. Demzufolge kommt einer intensiven Beratung, einer lückenlosen und forensisch korrekten Aufklärung über Alternativen, Risiken und Nebenwirkungen eine immense Bedeutung zu. Der kritische Zahnarzt ist sich durchaus bewusst, dass nicht alle Patienten ausnahmslos durch eine

zahnmedizinische Therapie zufriedenzustellen sind und dass die Erwartungshaltung ein Konglomerat aus dem individuellen psychologischen Status quo, der Compliance und nicht zuletzt der finanziellen Möglichkeiten des Patienten ist. Hier ist die besonders feinfühligste Kommunikation vor, während und oft auch nach der Behandlung des Zahnarztes gefragt. Die Bereitwilligkeit des Patienten, das Behandlungsergebnis als nicht befriedigend zu empfinden und einen Anwalt zurate zu ziehen, verhält sich reziprok zu dem oben aufgeführten Konglomerat. Der gewissenhafte und informierte (Zahn-)Arzt erkennt psychologisch auffällige Patienten und lehnt eine Behandlung im Einzelfall auch einmal ab. An dieser Stelle möchte ich auf eine notwendige Sensibilisierung für psychologisch auffällige Patienten hinweisen und die Publikationen von Frau

Abb. 1a_ Deutlich zu erkennender knöcherner Defekt in Regio 14–16 (gespiegelt).

Abb. 1b_ Zu palpierender Defekt von extraoral.



Abb. 1a

Abb. 1b

Dr. Lea Höfel aus Garmisch-Partenkirchen nicht unerwähnt lassen, da hier ein großer Aufklärungsbedarf für die gesamte Zahnärzteschaft besteht. Ein Screening vor Behandlungsbeginn, beispielsweise durch entsprechend erweiterte Anamnesebögen, kann Ärger auf beiden Seiten vermeiden. Das im folgenden vorgestellte Konzept basiert auf eine gesamtheitliche Betrachtung des Patienten, ohne die Reduktion desselben auf Zähne.

Einsetzung von Hyaluronsäure zur Volumenbehandlung im extraoralen Bereich bei ossären Defekten und zur Lippenaugmentation

Im ersten beschriebenen Fall stellte sich eine 41-jährige Patientin in unserer Praxis mit dem Wunsch vor, einen sichtbaren Volumendefekt im Bereich der rechten Wange augmentieren zu lassen. Die Anamnese der Patientin war unauffällig und es wurde ein Beratungsgespräch über Alternativen, Risiken und Nebenwirkungen durchgeführt. Visuell und palpatorisch war ein Volumendefekt im Bereich des Processus alveolaris maxillaris darstellbar (Abb. 1b). Nach oraler Befundaufnahme war der Defekt Regio 14–16 deutlich sichtbar (Abb. 1a). Die Patientin trug hier eine Cerconbrücke von 14–17, welche im Bereich der ersetzten Zähne Regio 15 und 16 im Zuge der Alveolarfortsatzatrophie durch ossären Funktionsverlust einen Defekt aufwies. Die Wichtigkeit der Bedeutung der oralen knöchernen Restitutio ad integrum wird an diesem Beispiel besonders deutlich. Die Patientin störte massiv die dadurch bedingte Asymmetrie ihres Gesichtes. Abbildung 2 zeigt in der Schwarz-Weiß-Darstellung deutlich den Volumendefekt. Nach Volumenaugmentation mit einem hochvernetzten Hyaluronsäurepräparat (Teosyal Ultra Deep Lines®, Fa. Teoxane) im Sinne der Fächertechnik subkutan mit einer 25G1" Kanüle war unmittelbar die erfolgreiche Augmentation festzustellen. Auf eine Lokalanästhesie hat die Patientin auf eigenem Wunsch verzichtet. Nach Behandlung wurde die Patientin angehalten, für zwei Wochen keine Saunagänge und Solarienbesuche zu absolvieren und den augmentierten Bereich nicht zu palpieren. Nach einer Woche erfolgte eine Wiedervorstellung und Beurteilung der Augmentation, welche vonseiten der Patientin als sehr zufriedenstellend empfunden wurde (Abb. 3). Im zweiten Fall störte eine langjährige Patientin der Bereich der Oberlippe und Mundwinkel. Hier war eine ausgeprägte Kommissur beidseits (sogenannte Marionettenfalte) vorhanden (Abb. 4). Durch den Volumenverlust wirkte die Faltengebung auf die Patientin und ihrem Umfeld, als wenn sie schlecht gelaunt wäre. Zusätzlich störte die Patientin die ausgedünnte Lippe im lateralen Oberlippenbereich, welche von ihr als zu schmal empfunden



Abb. 2



Abb. 3

wurde. Nach Befundaufnahme und Aufklärung wurde nach Lokalanästhesie der Lippe beidseits ca. 5 mm lateral des Mundwinkels unter palpatorischer Kontrolle im Sinne der linearen Technik (Teosyal® Kiss, Fa. Teoxane) mit einer 27G1/2" Kanüle augmentiert. Die Augmentation erfolgt hier in der tiefen Dermis mit einem mittelgradig vernetzten Hyaluronsäurepräparat. Ein unmittelbares Massieren und Komprimieren des Bereiches und ausgiebiges Kühlen reduziert eine mögliche Hämatombildung im augmentierten Bereich erheblich. Die Patientin wurde wie bereits oben im ersten Fall beschrieben angehalten, sich entsprechend zu verhalten. Augmentationen im Lippenbereich erfordern vom Behandler Fingerspitzengefühl und das Splitten in mehreren Behandlungseinheiten macht hier zur Vermeidung einer Überkonturierung mit etwaigen „Schlauchbootlippen" Sinn, weniger ist hier eindeutig mehr. Die zweite Sitzung zur Augmentation wurde eine Woche später abgehalten und das Endergebnis war für die Patientin sehr zufriedenstellend (Abb. 5).

Ästhetik folgt der Funktion bei Veneerversorgungen

Insbesondere bei Veneerrestorationen im Frontzahnbereich ist die funktionelle Betrachtung des Patienten mit entscheidend für den langzeittherapeutischen Erfolg.

Vor Behandlungsbeginn sollten sämtliche Störfaktoren oder dysfunktionelle Eigenschaften eliminiert werden. Hier ist beispielsweise das Herstellen einer für den Patienten funktionellen Okklusion und die Elimination bzw. Kompensation von Habits (Bruxismus, Pressen) entscheidend. Die häufig ge-

Abb. 2_ Erkennbarer Weichteildefekt von extraoral bei s/w-Darstellung.

Abb. 3_ Erfolgreich augmentierter Bereich mit Hyaluronsäure.

Abb. 4_ Schmales Lippenprofil im Mundwinkelbereich und Ausbildung von sogenannten Marionettenfalten.

Abb. 5_ Sehr zufriedenstellendes Ergebnis nach zweifacher Augmentation mit Hyaluronsäure.



Abb. 4



Abb. 5

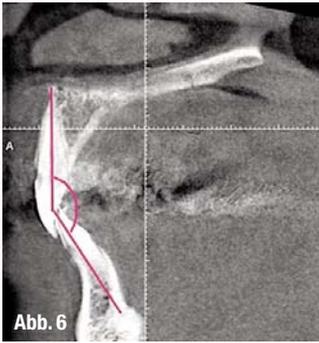


Abb. 6

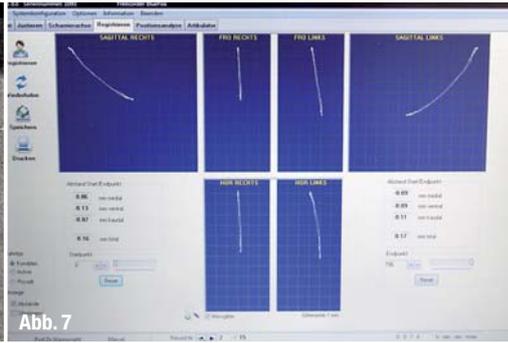


Abb. 7

Abb. 6_ DVT-Analyse des Interinzisalwinkels.

Abb. 7_ Auswertung der Latero- und Protrusionsbewegungen mithilfe des Freecorder Blue Fox (optometrische 3-D-Analyse in Echtzeit).

forderte Front-Eckzahnführung kann beim erwachsenen Patienten nachteilig sein, da das adulte Gebiss durch natürliche Abrasion meist eine Gruppenführung ist. Eine reine Front-Eckzahnführung bei Oberkiefer-Frontzahnveneers kann mitunter bei dem dysfunktionellen Patienten zum Verlust oder Bruch der Veneers führen. Der dysfunktionelle Patient braucht eine entsprechende Freiheit zum Durchführen der Dysfunktion, ohne die Veneers zu schädigen, da therapeutisch diese nur kompensierbar, jedoch häufig nicht auf Dauer eliminierbar sind. Eine präzise Befundaufnahme und funktionsanalytische Diagnose sind hier unabdingbar (Abb. 7). In unserem Therapiekonzept ist die computerbasierte optometrische Funktionsanalyse mittels des Freecorder®Blue Fox (Fa. DDI) zur Vermessung der Translations- und Rotationsbewegungen mit einer Präzision von einem Mikron berührungsfrei möglich. Nach Vermessung können die Modelle in einem Kausimulator unter Bildschirmkontrolle analog der Messergebnisse für die Veneerherstellung montiert werden. Die Stellung der Frontzähne zueinander, insbesondere der Interinzisalwinkel (Ricketts Norm 135°) sind hier von großer Relevanz (Abb. 6) für die laborseitige Herstellung der Veneers. Patienten mit Bruxismus-Problematik sollten, in unserem Behandlungskonzept jeder Veneerpatient, eine Aufbisschiene tragen.

dig, das spätere Behandlungsergebnis zu visualisieren. Mock-ups werden in unserem Konzept mittels Tiefziehtechnik und einem autopolymerisierenden Material auf Bys-Acryl Basis (Luxatemp Automix Plus, Fa. DMG) hergestellt (Abb. 8). Intraoral wird das Mock-up anschließend konturiert. Wichtig ist hier die ständige Überprüfung seitens des Patienten, da dieser klar kommunizieren kann, was ihm gefällt und was nicht (Abb. 9). Der Behandler kann nun die entsprechenden Dinge am Mock-up verändern. Erst dann, wenn der Patient sagt, dass ihm das Mock-up gefällt, erfolgt das Finish mit Polierern und einer Oberflächenvergütung mit Luxatemp Glaze (Fa. DMG). Diese Situation wird nun fotografisch dokumentiert und mit einem Polyäther-Material abgeformt. Damit hat der Techniker nun die klare Vorgabe, wie die Veneers zu gestalten sind und vereinfachen den Arbeitsablauf. Der Patient kann mit dem Mock-up nach Hause gehen und den „Prototypen“ der späteren Versorgung tragen. Im Einzelfall kann ein Nachpräparieren des Mock-ups am nächsten Tag notwendig sein. Wenn dem Patienten das Mock-up dann zuspricht, wird dies schriftlich dokumentiert und von Patient und Behandler gegenzeichnet, womit man forensisch ebenfalls abgesichert ist.

Non-Prep Veneers als minimal-invasive Alternative zur kosmetischen Rehabilitation

Bei vielen Patienten besteht der Wunsch nach ästhetisch restaurativen Versorgung, die nichtinvasiv sind. Ebenso wie in der ästhetischen Chirurgie das Bedürfnis nach Rehabilitationen der facialen Strukturen mit nichtinvasiven Mitteln zunimmt (Filler, Botulinumtoxin), ist dieser Trend in der Zahnmedizin auch zu beobachten. Mithilfe von Non-Prep Veneers ist dieses Therapieziel sicher zu erreichen. Am Beispiel unserer Prophylaxe-Helferin soll dies erläutert werden. Diese hatte eine lückig stehende Ober- und Unterkieferfront, welche z.T. mit alten Composite-Füllungen restauriert war. Gleichzeitig imponierten die Zähne als zu gelblich und zu kurz (Abb. 11 und 13). Nach Aufklärung und entsprechender Planung wurde mithilfe von geschnitten Modellen eine 3-D-Planung der Veneers vorgenommen und am Computer erstellt (Abb. 10). Nach Herstel-

Abb. 8_ Tiefziehschiene mit einem Autopolymerisat-Kunststoff auf Bis-Acryl Basis in situ.

Abb. 9_ Präparation des Mock-ups zur Herstellung der gewünschten Ästhetik.

Abb. 10_ Computersimulation der Non-Prep Veneers bei BriteVeneers.

Visualisierung des Behandlungskonzeptes und Kommunikation mithilfe von Mock-ups bei Handcrafted Veneers

Neben Programmen zur Visualisierung von ästhetischen Behandlungen ist es für den Patienten und den Zahnarzt vor einer Veneerversorgung notwen-



Abb. 8



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12



Abb. 13



Abb. 14

Abb. 11_ Situation vor Einsetzen der Non-Pep Veneers.

Abb. 12_ Non-Prep Veneers in situ.

Abb. 13_ En Face-Bild der Patientin vor der Behandlung.

Abb. 14_ En Face-Bild der Patientin nach der Behandlung mit Verbesserung der Ästhetik.

lung der BriteVeneers® (Fa. BriteSmile) wurden diese nach Konditionierung mithilfe eines Trays komplett im Ober- und Unterkiefer adhäsiv eingesetzt. Das Ergebnis (Abb. 12 und 14) zeigte eine deutliche Verbesserung der Ästhetik und veränderte die Patientin sehr positiv. Sicherlich ist die gewissenhafte Patientenselektion auch hier maßgeblich für den Erfolg von entscheidender Bedeutung. Non-Pep Veneers stellen bei korrekter Planung und Durchführung eine Bereicherung in der kosmetischen Zahnheilkunde dar, welche meiner Meinung nach immer minimalinvasiv erfolgen sollte, da es sich hier um eine Wahlleistung auf nicht medizinisch notwendiger Basis handelt.

Der dargestellte Non-Prep Veneerfall wurde von unserer Kollegin Frau Dr. Kentsch durchgeführt.

_Fazit

Das Behandlungsfeld des ästhetisch-kosmetisch tätigen Zahnarztes wird zunehmend größer. Minimalinvasive Techniken zur Herstellung einer orofazialen Ästhetik sind mithilfe von Fillern und Botulinumtoxin durchaus möglich, ebenso der Einsatz von Prep- und Non-Prep Veneers. Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz und ein beiderseitiges Zufriedenstellen ist die gewissenhafte Patientenselektion, fachmedizinisches Können und die Berücksichtigung sozio-psychologischer Faktoren. Nur ein ganzheitlicher Betrachtungswinkel und eine ethisch korrekte Berufseinstellung können hier Behandlungsfehler und Probleme vermeiden. Wohl dosiert eingesetzt sind diese therapeutischen Wege durchaus eine Bereicherung in der Zahnmedizin. _

Literatur beim Verfasser.

_Autor

cosmetic
dentistry



Prof. Dr. Marcel Wainwright

Dental Specialists und
WhiteLounge Kaiserswerth
Kaiserswerther
Markt 25–27
40489 Düsseldorf
www.dentalspecialists.de

Kurzvita

Jahrgang 1969
Studium der Zahnmedizin an der RWTH Aachen
Implantologe und Active Member der ESCD
Mitglied der DGKZ (Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin)
Fellow der IADFE (International Academy for Dental and Facial Esthetics)
Professor für Ultraschallchirurgie und Implantologie an der staatlichen Universität Sevilla, Spanien
Gastdozent im Institut für Anatomie und Neuroanatomie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Mitentwickler von OP-Techniken und Instrumenten für Ultraschall-Chirurgie
Begleit-Zahnarzt des BEGO Teams bei der Olympiade 2008 in Peking
Mitglied der DGI, DGZI, DGZMK, IAUSI, AAID und weiteren Fachgesellschaften
Mitglied der TKW Research Group, Leiter des Ausbildungszentrums für Implantologie und Ultraschallchirurgie Kaiserswerth
Internationaler Referent, Autor, Vorträge und Kurse weltweit

Vollkeramik im Frontzahnbereich – Mit Konzept zum Erfolg

Autoren_ZA Florian Göttfert, Dr. med. dent. Marcus Striegel

Ein zeitgemäßes Konzept einer funktionellen und patientenfreundlichen Zahnmedizin basiert im Wesentlichen auf den Grundprinzipien der biologischen Integration, um durch minimalinvasive Behandlungstechniken optimale ästhetische Erfolge zu erzielen.

Eine ganzheitliche Betrachtung der Gegebenheit und ein daraus entwickeltes Behandlungskonzept gelten als Grundvoraussetzung, die ästhetischen Wünsche des Patienten vorhersehbar umsetzen zu können.

Neben kieferorthopädischen Behandlungsmöglichkeiten sind wir in der Lage, durch vollkeramische Restaurationen, wie Veneers, Eckzahnchips, Tabletops und auch Vollkronen, die weiße Ästhetik hervorragend wiederherzustellen. Selbst komplexere Situationen, wie beispielsweise ein Gummy Smile, verursacht durch einen Deckbiss oder eine hohe Lachlinie, lassen sich heutzutage problemlos minimalinvasiv lösen.

Auch Zahnfehlstellungen oder eine ungenügende alte prothetische Restauration können rote orale Harmonie empfindlich stören. Optimale ästhetische Lösungen lassen sich allerdings nur erzielen, indem man die Komplexität der oralen Situation des Patienten erkennt und behandelt. Ohne Beachtung der roten Ästhetik und einer eventuellen funktionellen

Problematik sind die erzielten Ergebnisse weder langlebig noch ästhetisch.

Beginnen Sie also bei Ihrer ästhetischen Analyse das gesamte Display zu betrachten und nicht nur einen Teil davon!!

Um sich über die Komplexität des Einzelfalles ein Bild machen zu können, empfiehlt es sich, den Fall nach folgender Einteilung zu beurteilen, denn Perfektion in der Ästhetik kann nur durch die Anwendung funktioneller Maßstäbe und die Einbeziehung plastischer Parodontalchirurgie erreicht werden.

Tabelle: Die Ästhetikklassen

Klasse 1: Korrekturen nur in der weißen Ästhetik erforderlich

Klasse 2: Korrekturen in der Funktion und in der weißen Ästhetik erforderlich

Klasse 3: Korrekturen in der weißen und roten Ästhetik erforderlich

Klasse 4: Korrekturen in der Funktion, der weißen und der roten Ästhetik erforderlich

Klasse 5: Kieferorthopädische oder Kieferchirurgische Vorbehandlung erforderlich

Abb. 1 _ Ausgangssituation.

Abb. 2 _ Ästhetisch kompromierte Ausgangssituation.

Abb. 3 _ Kronenpräparation 11,12 – Präparationsgrenze isogingival zur Schonung der biologischen Breite.





„Mich hat die
Zahnähnlichkeit
von GrandioSO
überzeugt!“

Dr. H. Gräber

DEM ZAHN AM NÄCHSTEN

In der Summe seiner physikalischen Eigenschaften ist Grandio®SO das **zahnähnlichste Füllungsmaterial weltweit.*** Das bedeutet für Sie: **Langlebige, zuverlässige Restaurationen und vor allem zufriedene Patienten.**

- Für höchste Ansprüche im Front- und Seitenzahnbereich universell einsetzbar
- Natürliche Opazität für zahnähnliche Ergebnisse mit nur einer Farbe
- Intelligentes Farbsystem mit neuen, sinnvollen Farben ^{VC}A3.25 und ^{VC}A5
- Geschmeidige Konsistenz, hohe Lichtbeständigkeit, einfache Hochglanzpolitur

* Fordern Sie gern unsere wissenschaftliche Produktinformation an.

GrandioSO



Abb. 4 und 5_ Vollkeramikkronen (e.max) nach dem Einsetzen.

Abb. 6_ Harmonisches Gesamterscheinungsbild und ein glücklicher Patient.



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

Dennoch wird auch heute noch viel zu oft der Eingriff in die rote Ästhetik gescheut oder gar dessen Wertigkeit (Displayanalyse!!) für ein schönes ästhetisches Ergebnis gar nicht erst erkannt.

Im folgenden Patientenfall wird eine derartige ästhetische Kombinationsbehandlung der Ästhetikklasse 3 vorgestellt.

Vor geraumer Zeit stellte sich in unserer Praxis ein Patient mit dem explizierten Wunsch nach einem schöneren Lächeln vor (Abb. 1).

Es offerierte sich eine vollkeramische, ästhetisch ungenügende Vorversorgung aus Metallkeramik in Regio 11, 21. Farblich erwiesen sich die Kronen als mangelhaft. Zudem waren deutliche Rezessionen (11, 21, 13) zu erkennen und eine Chippingfraktur der Keramikverblendung der Krone 21. Eine falsch gewählte Präparationsgrenze mit einem daraus resultierenden fehlerhaften Längen-/Breitenverhältnisses der Kronen, einem zu großen Overbite und einem unharmonischen Gingivaverlauf vervollständigten das ästhetisch katastrophale Ergebnis (Abb. 2).

Von großer Wichtigkeit war es zu beachten, dass die Rezessionen keineswegs durch ein Nichtbeachten der biologischen Breite bei der Präparation entstanden sind. Die biologische Breite ist ein Teil des dentogingivalen Komplexes, befindet sich ca. 2–2,5 mm oberhalb des Limbus alveolaris und ist zusammengesetzt aus bindegewebigen und epithelalem Attachment. Wäre die biologische Breite verletzt worden, wäre die Gingiva durch eine Abwehrreaktion des Körpers deutlich entzündet gewesen. Die Problematik war allerdings funktioneller Genese. Die leichte Deckbissituation mit Palatinalinklination der Oberkiefer-Molaren und die singuläre funktionelle Überbelastung der ersten Inzisivi durch die überproportionierte prothetische Restauration waren in diesem Fall ursächlich für diese parodontale Problematik.

Es galt eine Lösung zu finden! In Zusammenarbeit mit dem Patienten wählten wir ein sicheres und Erfolg

versprechendes Behandlungskonzept. Die Motivation war hervorragend und die Behandlung konnte begonnen werden.

- 1) Mock-up chairside
- 2) In-Office-Bleaching der Firma BriteSmile
- 3) Funktionell ästhetisches Wax-up
- 4) Entfernen der alten Prothetik und minimalinvasive Kronenverlängerung der Zähne 11, 21
- 5) Injektion einer niedrigvernetzten Hyaluronsäure als Heilungsbooster
- 6) Vollkeramikkronen aus e.max Presskeramik
- 7) Funktionelle Kiefergelenkdiagnostik und Schienentherapie.

1) Für die ästhetische Analyse für Behandler und Patient ist ein Mock-up nahezu unverzichtbar. Die Schneidekante wurde optisch mit einem schwarzen Filzstift gekürzt, die Kronen mit Kunststoff über den Zahnhals hinaus verlängert. Diese einfache Vorgehensweise gibt dem Patienten eine Vorstellung der zukünftigen Situation. In diesem Fall war die Grundvoraussetzung für eine zusätzliche minimalinvasive Kronenverlängerung optimal. Eine Kronenverlängerung mit gleichzeitiger Kürzung der Schneidekante ist allerdings nur bei einem entsprechend großen Overbite möglich!

2) Schönheit liegt bekannterweise im Auge des Betrachters. Dennoch spricht man bekannterweise von „weißer Ästhetik“. Eine technisch hervorragende Arbeit verliert jeden ästhetischen Anspruch, wenn die Farbe nicht stimmt. In Kooperation von Behandler und Patient wurde vor Behandlungsbeginn die Zahnfarbe der endgültigen Versorgung bestimmt. Der individuelle Wunsch des Patienten hat in dieser Frage große Priorität.

Nach eingehender Beratung entschloss sich der Patient für ein In-Office-Bleaching der Firma

BriteSmile. Die einfache und sichere BriteSmile-Methode verwendet ein Lichtaktivierungs-System ohne Wärmeentwicklung. Kombiniert mit einem niedrig dosierten Wasserstoff-Peroxid-Gel (nur 15 % anstelle >30 % bei herkömmlichen In-Office-Bleachings) ist es eine sehr sichere und Erfolg versprechende Methode.

3) **Funktionell ästhetisches Wax-up**

Im Zuge der funktionellen und ästhetischen Vorbehandlung wurde zur Visualisierung des möglichen Endergebnisses ein Wax-up erstellt.

Neben einer qualifizierten Zahntechnik zur Umsetzung einer hoch ästhetischen Veneerversorgung im Frontzahnbereich gilt es weitere wichtige Parameter zu beachten. Stimmt die ästhetische Vorstellung von Zahntechniker und Patient überein? Und ist die gemeinsam erarbeitete Lösung wirklich ästhetisch? Um diese Fragen zu beantworten, ist ein funktionell ästhetischen Wax-up unumgänglich, um den Patienten nicht eine Arbeit einzusetzen, die seinen ästhetischen Vorstellungen evtl. nicht entspricht. Nach Duplierung des Wax-ups wurde eine Tiefziehschiene erstellt, die dann als Schablone der diagnostischen provisorischen Versorgung verwendet wurde. Anhand dieser Vorgehensweise wird dem Patienten die Möglichkeit geboten, die zukünftige Situation „Probe-

zutragen“. Dies gibt Zahnarzt und Zahntechniker die Möglichkeit, noch mögliche Wünsche und Änderungen des Patienten an der zukünftigen Restauration durchzuführen.

4) Vier Wochen nach der Zahnaufhellung konnte mit der Präparation begonnen werden. Dieser Zeitraum sollte immer eingehalten werden, da sich aufgrund von Rehydratationsprozessen die Zahnfarbe noch geringfügig ändert. Im Zuge der Präparation wurden Gingiva und Knochen minimalinvasiv konturiert. Die Präparationsgrenze wurde dabei isogingival platziert.

Die klassischen Methoden einer Kronenverlängerung erfordern hierbei neben einer Gingivakorrektur ein Freilegen des bukkalen Knochens und eine modellierende Osteoplastik unter Sicht, um die genetisch festgelegte biologische Breite wieder zu etablieren. Die Nachteile dieser offenen Methoden liegen in der hohen Techniksensitivität, der möglichen Narbenbildung und dem nicht geringen Patiententrauma. Gerade im Frontzahngebiet mit einer horizontal meist sehr dünnen bukkalen Knochenlamelle kann jedoch durch ein minimalinvasives Vorgehen die erforderliche Osteoplastik ohne Lappenbildung erfolgen. Dabei wird zunächst die Gingiva auf das gewünschte Niveau korrigiert. Mit dem speziell für das minimalinvasive Vorgehen entwickelte Instrument sfs120 von

ANZEIGE

A White Aesthetics and Function under your control
 Intensivkurs Funktion und Vollkeramik
 Diagnose-Planung-Erfolg

Inhalte

- Dieser Kurs handelt nicht nur eines Aspekts der Ästhetik ab, sondern zeigt eine Vorplanung, bei der die wichtigsten Bausteine einer Diagnostik systematisch in einem Konzept zusammengebracht werden. Diese sind die Ästhetik, funktionell, mit dem Sie nicht nur ideale Ästhetik-ergebnisse erreichen, sondern auch schnell und komfortabel zu einem wahrnehmbaren Ergebnis kommen können.
- Der Kurs wird von Praktikern für Praktiker gestaltet. Der Kursvortrag liefert „Wahrheit“ und ist „so viel wie Sie der“ Es werden Fälle und Methoden vorgestellt, die in der täglichen Praxis konstant umgesetzt werden können.

Themenübersicht

- Die Einheit: Ästhetik und Funktion
- Biomechanik und Präparation
- Fotoaufnahmen, wie und warum?
- Minimalinvasive Techniken
- Tipps und Tricks bei Kompositorrestaurationen
- Prothesenbildung und Restauration beim Bleaching
- Werkstoff
- Ästhetische Analyse und Smile Design
- Vorhersehbarer Erfolg durch ein Behandlungskonzept, funktionelle Behandlungskonzepte
- Wie kontrolliere ich den Behandlungsaufbau? (Planungsfähigkeit und Kommunikation)
- Funktionelle Versorgung und Langzeit-Behandlungsergebnisse
- Lokalisches und Total-Fit
- Tipps bei vertikalen Kiefergelenken
- Ästhetische Techniken
- Praktische Übungen, Planungstraining
- Preisvergleichs-Funktionskonzept

B Red Aesthetics under your control (plast PA Chirurgie)
 Intensivkurs Plastische PA Chirurgie
 Diagnose-Planung-Erfolg

Inhalte

- Dieser Kurs handelt nicht nur eines Aspekts der Ästhetik ab, sondern zeigt eine Vorplanung, bei der die wichtigsten Bausteine einer Diagnostik systematisch in einem Konzept zusammengebracht werden. Diese sind die Ästhetik, funktionell, mit dem Sie nicht nur ideale Ästhetik-ergebnisse erreichen, sondern auch schnell und komfortabel zu einem wahrnehmbaren Ergebnis kommen können.
- Die Behandler werden in lokaler und regionaler Ebene einen Kurs von Praktikern für Praktiker (die Kurstheorie) halten. „Wahrheit“ und ist „so viel wie Sie der“ Es werden Fälle und Methoden vorgestellt, die in der täglichen Praxis konstant umgesetzt werden können.

Themenübersicht

- Basics
- Ästhetische Analyse
- Das Lippen
- Funktionelle und ästhetische Gingiva
- Biologische Breite
- Die Ästhetikanalyse
- Mischsprache
- Klinisch relevante Problemstellungen
- Gingiva und / oder Implantat
- Gingivoplastik
- Kieferverlagerung klassisch
- Kieferverlagerung minimalinvasiv
- Alveoloplastik
- Grundlege (Lackel, Koll, Maynard, Alveoloplastik)
- Kieferverlagerungen
- Laterale verschobener Lippen
- Doppelte Lippen
- Frenum Schmalzhaarschnitt
- Frenum Schmalzhaarschnitt
- Envisiofacial
- Implantat für Transplantat + Envisiofacial



Referenten:
 Dr. Marcus Striegel
 Dr. Thomas Schwenk
 Spezialisten der Ästhetischen Zahnheilkunde DGÄZ

2011

B 27./28.05.2011 Nürnberg 745,- € inkl. MwSt.
Red Aesthetics under your control
 2 Tage Intensiv-Workshop (Theorie & Hands-on)
 Freitag 14:00 – 19:00 & Samstag 09:30 – 16:30

A 07./08.19.2011 Nürnberg 745,- € inkl. MwSt.
White Aesthetics under your control
 2 Tage Intensiv-Workshop (Theorie & Hands-on)
 Freitag 14:00 – 19:00 & Samstag 09:30 – 16:30

B 02./03.12.2011 Nürnberg 745,- € inkl. MwSt.
„Christkindlesmarkt-Kurs“
Red Aesthetics under your control
 2 Tage Intensiv-Workshop (Theorie & Hands-on)
 Freitag 14:00 – 19:00 & Samstag 09:30 – 16:30

Bei gemeinsamer Buchung von A und B Kursen beträgt der Preis 1.350,- €. Kursteile aus 1 und 2 können auch getauscht werden!

21./22.10.2011 Nürnberg 1050,- € inkl. MwSt.
Funktionskurs – Function under your control
 2 Tage Intensiv-Workshop mit live Patientenbehandlung
 Freitag 10:00 – 18:30 & Samstag 09:30 – 16:30

Kontakt/Anschrift:
 Dr. Marcus Striegel • Dr. Thomas Schwenk • Ludwigsplatz 1a • 90403 Nürnberg
 Tel.: 09 11/24 14 26 • Fax: 09 11/2 41 98 54 • E-Mail: info@praxis-striegel.de

Weitere Informationen unter:
www.2n-kurse.de

Komet, das sowohl zum Zahn als auch zur Gingiva hin glatt poliert ist und nur am dünnen krestalen Arbeitsende eine Diamantierung aufweist, kann eine kontrollierte Osteoplastik des bukkalen Knochens erfolgen, ohne hierbei den Zahn oder die angrenzenden Weichteile zu traumatisieren. Es wird der Knochen soweit abgetragen, bis die zu Behandlungsbeginn gemessene biologische Breite wieder feststellbar ist.

5) Um die Heilung der Gingiva zu stimulieren und zur Stabilisierung der dünnen Gingivasituation injizierten wir ein niedrig vernetztes Hyaluronsäureprodukt der Schweizer Firma Teoxane. Außerdem sollten weitere Rezessionen in Zukunft vermieden werden. Injiziert wurden 0,2 ml depotweise im Abstand von 2 mm apikal des Gingivaverlaufs. Wir verwendeten eine 30 Gauge Nadel. Weitere Depots wurden 0,5 cm weiter apikal gesetzt.

Hyaluronsäure ist ein natürlich vorkommendes Polysaccharid aus der Gruppe der Glykosaminoglykane. Sie ist ein wichtiger Bestandteil der bindewebigen Matrix der Gingiva. In Verbindung mit anderen Proteoglykanen und Kollagen trägt sie zur Stabilität und Elastizität der extrazellulären Matrix im Bindegewebe bei. Durch sie werden der Wassergehalt der extrazellulären Matrix im Bindegewebe und auch die Passage von Substanzen in das Interstitium reguliert. Dieser Effekt verhindert Ödeme, die leicht bei Entzündungen und Verletzungen entstehen. Außerdem hat Hyaluronsäure eine geweberegenerierende, heilungsfördernde und entzündungshemmende Funktion. Ebenfalls wird der Hyaluronsäure eine antiinfektiöse Funktion zugesprochen. Hyaluronsäure stimuliert Inhibitoren der Matrix-Metalloproteinasen, um eine Destruktion der extrazellulären Matrix der Gingiva zu vermindern.

Es folgte die Abdrucknahme mit Impregum. Anschließend wurde der Patient provisorisch in der zukünftigen Situation versorgt.

6) Vor dem Einsetzen erwies sich die gingivale Situation als reizlos (Abb. 3). Die Vollkeramikronen wurden im Labor aus e.max LiSi2 (Lithiumdisilikat) vollanatomisch hergestellt. Nach Einprobe wurden die Keramikronen einzeln und zur besseren Passung einzeln und unter Kofferdam mit Flowable Komposit rein lichthärtend befestigt (Abb. 4 und 5).

7) Um die funktionellen Störfunktionen zu beseitigen und um möglichen Frakturen an den keramischen Versorgungen vorzubeugen, wurde anschließend eine Aufbisschiene hergestellt. State of the Art ist eine Unterkiefer- oder Oberkiefer-Aufbisschiene mit einer Front-/Eckzahnführung. Voraussetzung für die optimale Passung der Schiene und einen Erfolg der Therapie ist eine in-

dividuelle Funktionsdiagnostik. Das zebris JMA-Registriersystem erlaubt eine optimale prothetische Versorgung und die Funktionsanalyse des Kiefergelenks dank seiner hochpräzisen Erfassung aller Freiheitsgrade des Unterkiefers.

Das System arbeitet berührungslos auf der Basis der Laufzeitmessung von Ultraschallimpulsen. Das leichte Handling und die präzise Auswertung der Messergebnisse mit exakten Artikulatoreinstellungen vereinfachen die Arbeit für Zahnarzt und Techniker.

Zusammenfassung

Wie bei vielen zahnärztlichen Behandlungen gilt es bei der vermeintlich einfachen Restauration einer prothetischen Versorgung im Frontzahnbereich die Komplexität der Gesamtsituation zu erkennen. Ein ästhetisches Ergebnis und die volle Zufriedenheit von Patient und Behandler kann nur erreicht werden, wenn verschiedene ästhetische Parameter berücksichtigt werden. Mögliche Fehlerquellen müssen schon zu Beginn der Behandlung vermieden werden. Somit gilt es, sich eine ganzheitliche Betrachtungsweise anzueignen. Ästhetik ist nicht einfach nur weiß! In vielen Fällen ist die rote Ästhetik entscheidend für den Behandlungserfolg. Vor allem in sensiblen Frontzahnbereich ist minimal gleich maximal! Vermeiden Sie Narbenbildungen und schonen Sie die parodontalen Strukturen durch ein minimalinvasives Vorgehen in jeglicher Hinsicht.

Der Erfolg wird Ihnen recht geben (Abb. 6)!_

Kontakt

cosmetic
dentistry



ZA Florian Göttfert

Studium an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen und Examen 2009, Assistenzarztstelle in Nürnberg – Zahnärzte am Ludwigsplatz – Dr. Schwenk, Dr. Striegel,

E-Mail: goettfert@edelweiss-praxis.de
www.edelweiss-praxis.de



Dr. Marcus Striegel

Ludwigsplatz 1a
90403 Nürnberg
Tel.: 09 11/24 14 26
Fax: 09 11/2 41-98 54
E-Mail:
info@praxis-striegel.de



NEU!

Hart, aber unwiderstehlich. Das neue Luxatemp Star.

Strahlend schöne Provisorien, die richtig was aushalten:

Das neue Luxatemp Star bietet Bestwerte bei der Bruch- und Biegefestigkeit! Die Weiterentwicklung des Topmaterials Luxatemp kann mehr: Extreme Stabilität,

höchste Passgenauigkeit und zuverlässige Langzeit-Farbtreue. Kein Wunder, dass es von Experten empfohlen wird. Testen Sie jetzt selbst. Mehr gute Argumente gibt es unter www.dmg-dental.com



 **DMG**
Dental Milestones Guaranteed

Function in Ballance:

Wiederherstellung einer ästhetischen Frontzahnrekonstruktion

Autor_Prof. Dr. Axel Zöllner



Abb. 9c

Abb. 9c _ Stabiles Gesamtergebnis zwei Monate nach Eingliederung.

_Fallbeschreibung

Die Patientin stellte sich mit dem verständlichen Wunsch nach einer verbesserten Frontzahnästhetik vor. Weiter klagte sie über eine sich in regelmäßigen Abständen lockernde Brücke im Oberkiefer-Seitenzahnbereich rechts. Leitsymptome einer Funktions-

störung wie Kiefergelenkgeräusche, Kiefergelenkschmerzen oder eine eingeschränkte Mundöffnung lagen nicht vor. In einem ersten Schritt wurde die Extensionsbrücke 14–16 entfernt, ein Langzeitprovisorium chairside erstellt und die weitere Planung vorgenommen.

_Klinische und radiologische Befunde, Behandlungsziel

Die klinische Befunderhebung (Abb. 1a) zeigte eine lückig stehende Front, insuffiziente Frontzahnkronen auf den Zähnen 11 und 21, einen erosionsähnlichen Schmelzdefekt an Zahn 22 sowie eine sich regelmäßig lockernde Extensionsbrücke auf den Zähnen 14,15 mit Extension 16. Die erste radiologische Darstellung mittels OPG zeigte einen ausgehenden Sinus maxillaris rechts im Bereich der Freundsituation.

Bei der Modellanalyse zeigte sich eine unharmonische Spee-Kurve (Abb. 1b).

Abb. 1 _ Anfangsbefund: lückiger Frontzahnstand, insuffiziente Kronen 11 und 21 (a) sowie unharmonische Spee-Kurve (b).

Abb. 2 _ DVT-basierte Planung (med 3D) (a), als Referenz ist in Blau ein Implantat (CAMLOG Durchmesser 5,0 mm und Länge 9 mm) (b).



Abb. 1a



Abb. 1b

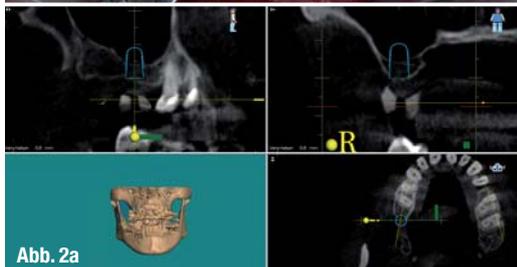


Abb. 2a

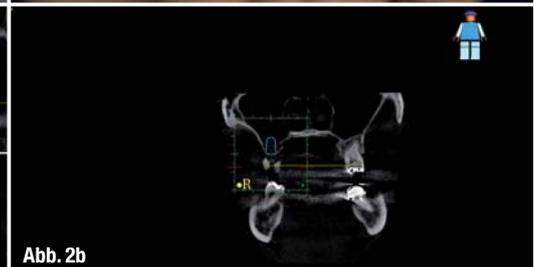


Abb. 2b

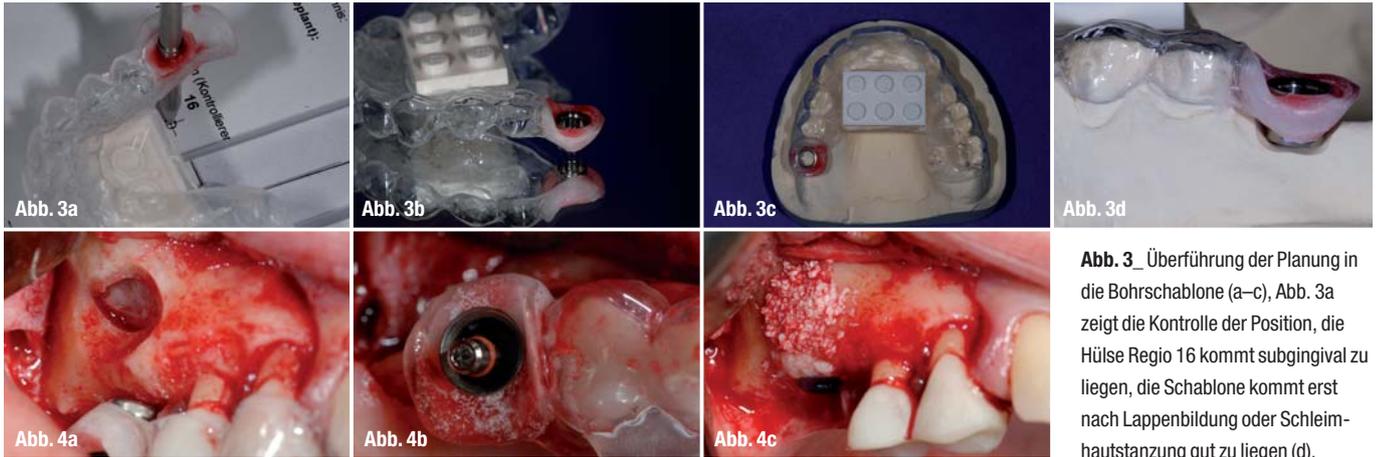


Abb. 3_ Überführung der Planung in die Bohrschablone (a–c), Abb. 3a zeigt die Kontrolle der Position, die Hülse Regio 16 kommt subgingival zu liegen, die Schablone kommt erst nach Lappenbildung oder Schleimhautstanzung gut zu liegen (d). (Schablonenerstellung und Planungs-vorschlag: Labor Löring, Witten.)

Abb. 4_ Darstellung der Schneider-schen Membran (a), geführte Insertion des Implantates (b) und Augmen-tation mit Bio-Oss und Bio-Guide (c).

Abb. 5_ Zustand nach Abnahme der Kronen und Vorpräparation (a), gelegtem ersten Faden und endgültiger Präparation (b), eingebrachter Ab-formpfosten und zweiter Faden (c) sowie Situation direkt vor der Abformung – der Erstfaden bleibt in situ (d).

Der Behandlungswunsch der Patientin war eine Verbesserung der kosmetischen Situation im Oberkiefer-Frontzahnbereich sowie eine Wiederherstellung der Kaufunktion im ersten Quadranten. Der Behandlungsvorschlag, nach entsprechendem Wax-up der Lückenschluss im Frontzahnbereich durch vollkeramische Einzelkronen, die Wiederherstellung einer regulären Okklusion durch Harmonisierung der Spee-Kurve mittels vollkeramischer Versorgungen der Zähne 14, 15, 46, 47 sowie die Therapie der Freundsituation 16 durch Sinuslift und geführte Implantation und spätere Einzelzahnversorgung.

Behandlungsplanung, 3-D-Diagnostik und OP-Schablone

Für die dreidimensionale implantologische Planung wurde mit einer entsprechenden radiologischen Schiene ein DVT (Galileos, Fa. Siemens) erstellt und in der med3D-Software eine implantologische Planung vorgenommen (Abb. 2a und b) und diese in eine Bohrschablone überführt (Abb. 3a–c). Hierfür wird ein zuvor erstelltes Wax-up in radiopaken Kunststoff überführt. Dieses wird mit einem Lego-Baustein, welcher als Referenzbeziehung benötigt wird, in die radiologische Schiene integriert. Nach



ANZEIGE



Roadshow 2011
„ÄSTHETIK TOTAL“
 23.07.2011 Düsseldorf
 10.09.2011 Berlin
 19.11.2011 Hamburg
 Infos und Anmeldung unter:
+49 (0)911-24 14 26

BRITE SMILE SM

**Strahlend weisse Zähne
 sicher - professionell
 in 60 Minuten**

Rufen Sie uns gebührenfrei an
0800 - 189 05 87

Besuchen Sie uns im Internet
www.britesmile.de

BriteSmile bietet neuen Praxen eine einzigartige Einstiegsmöglichkeit.

BriteSmile Paket 5

- BriteSmile LED Lichtgerät zur kostenlosen Leihgabe
- 5 BriteSmile Behandlungseinheiten inkl. Kit
- 5 BriteSmile Pflegesets GRATIS (1x Zahnpasta, 1 x Mundspülung) im Gesamtwert von € 225,50

Ihre Investition: € 875,00
zzgl. MwSt. und Installation

BriteSmile Paket 10

- BriteSmile LED Lichtgerät zur kostenlosen Leihgabe
- 10 BriteSmile Behandlungseinheiten inkl. Kit
- 10 BriteSmile Pflegesets GRATIS (1x Zahnpasta, 1 x Mundspülung) im Gesamtwert von € 450,00

Ihre Investition: € 1.600,00
zzgl. MwSt. und Installation

Die ersten 50 Besteller eines BriteSmile Paket 5 oder 10 erhalten eine Behandlungseinheit inkl. Kit gratis.

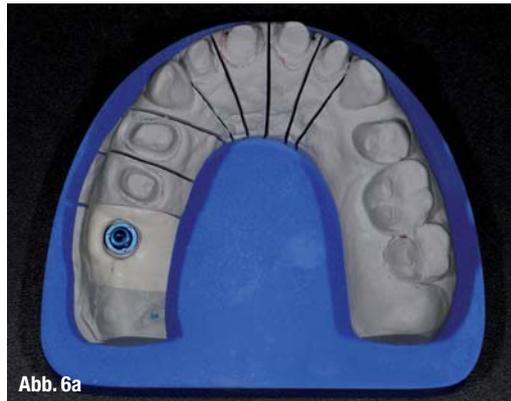


Abb. 6a

Auswertung und Planung der Lageposition des Implantates ergeben die ermittelten Daten die Position der Bohrhülse.

Die Position der Bohrhülse wird anschließend mit den vorhandenen Systemkomponenten überprüft (Abb. 3a).

Zu beachten ist, dass die eingebrachte Hülse für das CAMLOG Guide System mitunter teilweise unter Schleimhautniveau liegt (Abb. 3d) und die Schablone somit nur nach Lappenbildung oder Schleimhautstanzung exakt passt.

Sinuslift, geführte Implantation und Freilegung

Nach Lappenbildung, Anprobe der OP-Schablone und Ablösen der Schneiderschen Membran (Abb. 4a) wurde die Implantatposition geführt aufbereitet, mit Bio-Oss (Geistlich) der medial des Implantates gelegene Anteil des Sinus augmentiert, anschließend das Implantat geführt inseriert (CAMLOG 5,0 x 11 mm; Abb. 4b) sowie der laterale Anteil aufgebaut (Abb. 4c)

und mit einer Membran (Bio-Guide, Geistlich) abgedeckt.

Vier Monate post-OP wurde das Implantat mittels Rolllappen zur Verdickung der vestibulären Schleimhautanteile freigelegt. Drei Wochen nach Nahtentfernung erfolgte die eigentliche prothetische Rehabilitation.

Prothetische Rehabilitation, vollkeramischer Aufbau, Zirkonoxidkronen

Nach Abnahme der Frontzahnkronen und grober Vorpräparation (Abb. 5a) werden dünne Fäden (Größe 0, Stay-put, Roeko) gelegt, um bei der weiteren subgingivalen Ausdehnung der Präparation die Gingiva soweit als möglich zu schonen (Abb. 5b). Nach Abschluss der Präparation wurde der Abdruckpfosten für eine offene Abformung sowie ein zweiter Faden (Größe 1, Stay-put, Roeko) gelegt (Abb. 5c). Für eine gute Übersicht bei der Abformung werden die Wangen mittels eines Retraktors (Wangenhalter universal, Zepf Dental) abgehalten, bei der angewendeten Doppelfadentechnik wird zwar der größere Faden kurz vor der Abformung entfernt, der kleinere verbleibt jedoch im Sulkus, um eine gingivale Blutung zu vermeiden (Abb. 5d).

Nach Anfertigung des Sägemodells (Abb. 6a) wurde der vollkeramische Aufbau erstellt (Abb. 6b-e). Als Aufbau dient eine Titanklebebasis, auf der mittels Scanwachs (Dentona, ScanWax) die gewünschte Stumpfform modelliert wird (Abb. 6c und d). Diese wird als Wax-up eingescant und im CAD-Programm auf die Titanklebebasis gematcht. Die Fräseinheit setzt dieses Wax-up in Zirkoniumdioxid um. Der Aufbau wird mit Panavia auf die Titanklebebasis verklebt. Das so erstellte individuelle Abutment wird anschlie-

Abb. 6_ Fertiges Sägemodell (a) mit harter abnehmbarer Gingivamaske aus Polyurethan. Modellation des individuellen Aufbaus (b-d), mit Titanklebebasis verklebter Aufbau (e,f), virtuelle Modellation der Gerüste im Dental Designer® (g) (Labor Löring, Witten).



Abb. 6b

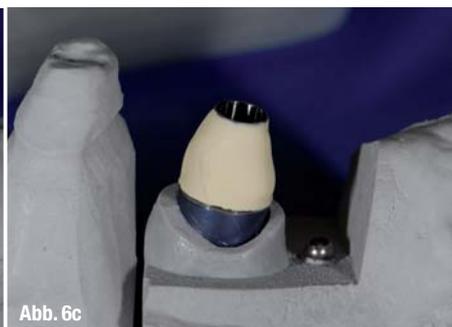


Abb. 6c



Abb. 6d



Abb. 6e



Abb. 6f



Abb. 6g

„Eingliederung und Nachkontrolle



Abb. 7a

Bend wie ein „normaler“ Stumpf behandelt (Abb. 6e). Für die Herstellung der vollkeramischen Gerüste wurden die Einzelstümpfe (Abb. 6f) mit dem 3Shape® Scanner eingescannt und mit dem Dental Designer® (CAD-Programm) gestaltet und als Zirkoniumdioxid-käppchen gefräst. Bei der Gerüstanprobe wurden die Käppchen mit Fit-Checker (GC) fixiert, die Kieferrelation registriert und eine Überabformung mit Impregum genommen. Die anschließende Verblendung (Noritake) der vollkeramischen Kronen (Abb. 7a und b) konnte somit auf ungesägten Modellen erfolgen.

Nach dem Einbringen des individuell gestalteten Keramikaufbaus (Abb. 8a–c) wurden die Restaurationen im Seitenzahnbereich definitiv mit einem Glasionomerzement (Ketac Cem, 3M ESPE) befestigt (Abb. 8d). Die Seitenansicht zeigt die Wiederherstellung einer regulären sagittalen Kompensationskurve (Abb. 8e) trotz funktionell unglücklicher Zahn-zu-Zahn Beziehung.

Im Frontzahnbereich stellt sich die Gingiva vor Zementierung entzündungsfrei und ohne Rezessionen dar (Abb. 9a). Bei der Einprobe (Abb. 9b) und zwei Monate nach Eingliederung zeigen sich stabile gingivale und nicht zuletzt auch okklusale Verhältnisse.

„Kontakt

cosmetic
dentistry

Prof. Dr. Axel Zöllner

Hörder Straße 352
58454 Witten
Tel.: 0 23 02/41 00 52
E-Mail: mail@profzoellner.de



Abb. 7b



Abb. 8d



Abb. 8a



Abb. 8e



Abb. 8b



Abb. 9a



Abb. 8c



Abb. 9b

Abb. 7_ Mit Noritake® verblendete Kronen (Labor Löring, Witten).

Abb. 8_ Zustand nach Freilegung des Implantates mittels Rollappentechnik (a), entzündungsfreie Weichgewebsverhältnisse nach Abnahme des Gingivaformers (b), Einbringen des individuellen vollkeramischen Aufbaus (c) und der vollkeramischen Krone (d). Eine reguläre Spee-Kurve ist wiederhergestellt (e).

Abb. 9_ Entzündungsfreie ginigvale Situation nach Abnahme der Provisorien (a), harmonische kosmetische Verhältnisse bei der Anprobe (b) und stabiles Gesamtergebnis zwei Monate nach Eingliederung (c).

Mikro-invasive Behandlung von **post-orthodontischen White Spots** auf Glattflächen

Autoren | Marcio Garcia dos Santos, DDS, MS, PhD; Sillas Duarte Jr, DDS, MS, PhD; Dr. med. dent. Jin-Ho Phark, DDS

Charakteristisch für kariöse Schmelzläsionen ist ein beachtlicher Mineralverlust unter einer scheinbar intakten Oberfläche. Die Porosität innerhalb des Läsionskörpers lässt diese Läsionen typischerweise weiß erscheinen, das sind die sog. White Spot Läsionen (WSL).¹ Kariöse Schmelzläsionen auf glatten Oberflächen sind eine häufige Nebenwirkung von kieferorthopädischen Behandlungen mit festsitzenden Apparaturen. Obwohl adhäsiv befestigte Brackets die kieferorthopädische Behandlung vereinfachen, erschweren sie doch eine sorgfältige Reinigung der umgebenden Zahnoberflächen und führen zu einer Plaque-Akkumulation und fördern die Bildung von kariösen Läsionen in diesen Bereichen.^{3,4} Wenn auch einer Progression dieser Läsionen nach der Entfernung der Klammern durch Präventivmaßnahmen wie z.B. der lokalen Fluoridierung entgegengewirkt werden kann, stellt das Fortbestehen der WSL in den sichtbaren Bereichen häufig eine schwere ästhetische Beeinträchtigung dar.⁴ Andere Risikofaktoren für die Bildung von Läsionen an glatten Oberflächen sind zum Beispiel eine unzureichende Mundhygiene, verringerter Speichelfluss oder Xerostomie.⁵ Die Standardbehandlung bei WSL sind beispielsweise die lokale Fluoridierung und die Verbesserung der Mundhygiene des Patienten, um die Remineralisierung des demineralisierten Zahnschmelzes zu unterstützen.^{6,7}

Aufgrund des besseren Zugangs zu den WSL auf glatten Oberflächen nach der Entbänderung zeigen diese nichtoperativen Maßnahmen gute Ergebnisse im Hinblick auf eine Einschränkung der Läsionsprogression. Dennoch wird insbesondere bei tieferen Läsio-

nen nur eine rein oberflächliche Remineralisierung erreicht. Diese Läsionen haben oftmals eine sehr ausgeprägte und mineralisierte Oberflächenschicht.^{8,9} Der Läsionskörper unter dieser Oberflächenschicht bleibt aber porös und somit bleibt das weiße Erscheinungsbild der Läsion bestehen.^{4,10} Während der Remineralisierungsphase können Pigmente aus der Nahrung, aus Getränken oder auch aus Tabakprodukten in diese Läsion eindringen, was zu dunklen oder braunen Verfärbungen bei der Läsion führt.⁹ Viele Patienten empfinden diese braunen Flecken als ästhetisch noch störender.

Unterschiedliche Methoden zur Behandlung dieser Läsionen werden mit unterschiedlichem Erfolg eingesetzt. Bei der Mikroabrasionstechnik werden oberflächliche Schmelzanteile mit einer wässrigen Mixtur aus 18%iger Salzsäure und Bimsstein entfernt.¹⁰⁻²² Leider müssen bei diesem Verfahren beachtliche Mengen an Zahnschmelz bis zu einer Tiefe von mehreren hundert Mikrometern geopfert werden, damit befriedigende ästhetische Ergebnisse erzielt werden können.¹³ Bei anderen invasiven Rekonstruktionstechniken wie z.B. Keramikveneers oder direkten Rekonstruktionstechniken müssen beachtliche Mengen von nichtkariösem Zahnschmelz entfernt werden, was für den Patienten sehr zeit- und kostenaufwendig ist.

Die Kariesinfiltrationsmethode ist ein neuer, alternativer Therapieansatz bei der Behandlung von WSL, der auf dem Konzept der „Versiegelung“ der Mikroporosität des Läsionskörpers basiert und somit den Nährboden kariogener Bakterien verringert, sodass Karies

Abb. 1 | Ausgangssituation.

Abb. 2 | Isolierung mit einem lichtgehärteten Kofferdam.



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3_ Konditionierung der Zähne 35–42 über zwei Minuten mit Icon-Etch.

Abb. 4_ Konditionierte Zähne nach der Trocknung mit Icon-Dry.

nicht weiter fortschreiten kann. Hierzu wird die hypermineralisierte Oberflächenschicht mit einem 15%igen HCl-Gel entfernt.¹⁴ Im nächsten Schritt wird ein speziell entwickelter, sehr fließfähiger Kunststoff auf die Läsion aufgetragen, um in diese über Kapillarkräfte zu infiltrieren.¹⁵ Da die Kapillaren in einer kariösen Läsion extrem dünn sind, ist eine Penetrationszeit von drei Minuten erforderlich, um eine komplette Infiltrierung der Läsion zu gewährleisten. Die Kariesinfiltration schafft eine Diffusionsbarriere für kariesfördernde Substrate innerhalb der Läsion, im Gegensatz zur herkömmlichen Versiegelungsmethode, bei der lediglich eine Barriere auf der Oberfläche gebildet wird. Das Verfahren verhindert die Bildung von oberflächigen Plaqueretentionsbereichen und die Bildung von Randspalten. Bevor der Infiltrant lichtgehärtet wird, muss überschüssiges Material entfernt werden.¹⁶ Positive Merkmale der Kariesinfiltration sind, dass die Zahnschmelzläsionen ihr weißliches oder bräunliches Erscheinungsbild verlieren und dass der ungünstige ästhetische Effekt neutralisiert bzw. maskiert wird. Wenn die Mikroporositäten gefüllt sind, passt sich das Lichtbrechungsverhalten an das des umgebenden Zahnschmelzes an. Das Lichtbrechungsverhalten wird über den Brechungsindex beschrieben [RI].

Der Brechungsindex bei gesundem Zahnschmelz [RI = 1,62] unterscheidet sich signifikant von dem der Lufteinschlüsse innerhalb der Läsion [RI = 1,00]. Dieser Unterschied resultiert in einer diffusen Lichtstreuung, die sich visuell über die oben genannten weißen Flecken zeigt. Durch die Füllung der Lufteinschlüsse mit dem Infiltrant [RI = 1,52] mit einem Brechungsindex, der dem von gesundem Zahnschmelz ähnelt, wird die diffuse Lichtbrechung eliminiert und die weißen Flecken werden entfernt. Braune Flecken können durch Ätzen beseitigt werden, wodurch die eingebetteten organischen Elemente entfernt werden. In-vitro- und In-vivo-Studien haben die Effektivität der Kariesinfiltration^{17,18} als schnelle und effek-

tive Behandlungsmethode bestätigt. Dabei wird das anorganische Gewebe erhalten und die ästhetischen Ergebnisse bei diesen Läsionen sind hervorragend.

Fallbericht

Behandlung der WSL nach einer kieferorthopädischen Behandlung mit dem Icon Kariesinfiltrant – vestibular.

Bei einem 17-jährigen Patienten, der im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung mit einer festsitzenden Apparatur über 24 Monate behandelt wurde, wurde nach erfolgreichem Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung und Entbänderung WSL diagnostiziert. Die Läsionen waren vier Wochen nach der Entbänderung unverändert vorhanden und verfärbten sich zusätzlich im Laufe dieser Zeit noch gelbbraun (Abb. 1). Diese ausgeprägten, verfärbten Läsionen beeinträchtigten das Lächeln des Patienten in starkem Maße. Es wurde entschieden, dass diese postorthodontischen Läsionen mit einer neuen Behandlungsmethode, der Kariesinfiltration, behandelt werden.

In einem ersten Schritt wurden alle Zähne mit einer fluoridfreien Polierpaste mit einem Gummikelch poliert. Anschließend wurden die zu behandelnden Zähne isoliert. Besonders bei WSL im zervikalen Bereich kann die Anwendung eines Kofferdams zu einer Überlappung führen, wodurch die Zugangsmöglichkeiten während der Behandlung erschwert werden. In diesen Fällen kann ein lichtgehärtetes Isoliermaterial verwendet werden (Opaldam, Ultradent, South Jordan, UT, USA) (Abb. 2). Dieses Verfahren wird häufig bei ambulanten Bleachingbehandlungen angewendet, da es sehr benutzerfreundlich ist und das Arbeitsgebiet effektiv isoliert. Um das Überlappen der WSL in den zervikalen Bereichen zu verhindern, wurde das Barrierematerial vorsichtig auf folgende Weise angebracht. Zunächst wurde durch Aussparen des Gingivalrandes die benachbarte Gingiva bis zur mukogin-



Abb. 5_ 1. und 2. Infiltrationsschritt mit Icon-Infiltrant (drei Minuten, eine Minute).

Abb. 6_ Lichthärtung über 40 Sekunden nach jedem Infiltrationsschritt.

Abb. 7_ Nach der Entfernung des flüssigen Kofferdams und des überschüssigen Materials.

Abb. 8_ Infiltrierte Läsion einen Monat nach dem Behandlungsabschluss.



givalen Grenzlinie mit dem lichterhärtenden Isoliermaterial mithilfe einer 20er Kanüle abgedeckt. Anschließend wurde das Isoliermaterial direkt am Gingivalsaum mit einer feineren 25er Kanüle appliziert und lichtgehärtet. So kann das Material präzise entlang des Gingivalsaumes angebracht werden, ohne dass die WSL überlappt werden. In einigen Fällen kann die zusätzliche Verwendung eines Retraktionsfadens sinnvoll sein, bevor das Isoliermaterial aufgebracht wird.

Nach der erfolgreichen Isolierung des Arbeitsfeldes folgte die Durchführung der Kariesinfiltration (Icon Kariesinfiltrant – vestibular, DMG, Hamburg, Deutschland). Beim ersten Schritt der Infiltrationsbehandlung wurde die pseudointakte Oberflächenschicht mit 15%igem HCl-Gel (Icon-Etch) erodiert (Abb. 3). Aufgetragen wurde das Gel mit einem Applikator, der speziell für die Anwendung an glatten Oberflächen entwickelt wurde und der an die Spritze mit dem Ätzelgell angeschlossen werden kann. In der Mitte des Applikators befindet sich eine Öffnung, durch die das Material abgegeben wird. Die Beflockung um diese Öffnung herum gewährleistet die gleichmäßige Verteilung des Ätzelgels oder Kunststoffes in den gewünschten Bereichen. In diesem Fall wurden die Zähne 35 bis 42 mit Icon behandelt. Zu Vergleichszwecken wurden die Zähne 43 bis 45 mit Fluoridlack behandelt. Der Ätzelschritt erforderte zur ausreichenden Entfernung der Oberflächenschicht eine Kontaktzeit von zwei Minuten. Bei älteren, eher inaktiven oder stark verfärbten Läsionen kann eine Wiederholung des Ätzelstrettes für weitere zwei Minuten erforderlich sein. Benachbarte Zähne, die nicht mit Icon behandelt werden, können mit einem Mylar Tape oder Teflon Tape geschützt werden. Damit ein homogenes Ätzmuster erreicht wird, wurde das Ätzelgel während der Kontaktzeit kreisend mit dem Applikator bewegt. Dann wurde das Ätzelgel sorgfältig mit Wasserspray abgespült und die Zähne wurden mit Luftspray getrocknet. Nun sollte die Oberfläche eine kalkartige, weiße Erscheinung haben, die mit dem Ätzmuster beim herkömmlichen Schmelz-Ätzelverfahren mit einem 37%igen H_3PO_4 -Gel vergleichbar ist. Nach der Ätzung sollten sämtliche Verfärbungen verschwunden sein.

Um das Wasser aus dem Inneren der Mikroporositäten zu entfernen, das die Penetration mit dem Infiltrat verhindern würde, wurde die Oberfläche mindestens 30 Sekunden lang mit 99%igem Ethanol (Icon-Dry)

benetzt und dann mit Luftspray getrocknet. Schon 5–10 Sekunden nach der Icon-Dry Anwendung waren die weißen Flecken unsichtbar oder weniger intensiv. Bei diesem Schritt hat man eine sehr gute Zwischenkontrolle des möglichen ästhetischen Ergebnisses der Infiltrationsbehandlung. Wenn allerdings die Verfärbung oder der weiße Fleck an diesem Punkt weiter bestehen sollte, sollten das Ätzen und das Trocknen noch einmal wiederholt werden. Mit der Verdunstung des Ethanol und der folgenden Lufttrocknung sollten die Läsionen wieder eine kalkweiße Erscheinung annehmen (Abb. 4). Insgesamt kann der Ätzelritt dreimal durchgeführt werden.

Dann wurde ein neuer Applikator auf die Icon-Infiltrant-Spritze aufgeschraubt und der Infiltrant aufgetragen. Das erfolgte in zwei Schritten. Beim ersten Infiltrationsschritt war eine Einwirkzeit von drei Minuten erforderlich. Danach wurden Überschüsse auf der Oberfläche vorsichtig mit Watterollen und Zahnseide entfernt. Dann wurde der Infiltrant 40 Sekunden lang lichtgehärtet (Abb. 5 und 6). Der Infiltrant wurde ein zweites Mal aufgetragen, nun aber nur für eine Minute (Abb. 5 und 6), abschließend folgte die Lichthärtung für weitere 40 Sekunden. Zweck dieses zweiten Infiltrationsschrittes ist die Optimierung der Oberfläche durch das Auffüllen von Unregelmäßigkeiten. Verbleibendes überschüssiges Material wurde mit einem Scaler oder mit einer sichelförmigen Skalpellklinge entfernt. Dann wurde die infiltrierte Oberfläche poliert (Abb. 7). Abbildung 8 zeigt ein perfektes ästhetisches Ergebnis einen Monat nach der Infiltrationsbehandlung (Abb. 8).

Zusammenfassung

Ästhetische Verbesserungen kariöser WSL basieren auf dem Maskierungseffekt dieser Schmelzläsionen durch eine Harzinfiltration, die das Erscheinungsbild der Läsionen optimal an den umliegenden gesunden Zahnschmelz anpasst. Aktive Läsionen oder WSL nach einer kieferorthopädischen Behandlung haben unmittelbar nach der Entfernung der festen kieferorthopädischen Apparaturen eine sehr dünne Oberflächenschicht. Diese Art von Läsionen ist deshalb besonders für die Infiltrationsbehandlung geeignet und ihr ästhetisches Erscheinungsbild kann einfach und effektiv verbessert werden.

Literaturliste beim Verlag erhältlich.

_Kontakt cosmetic
dentistry

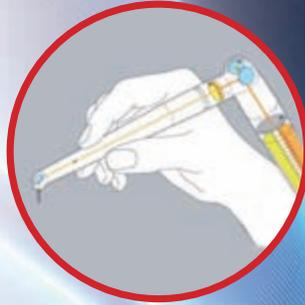
Dr. Jin-Ho Phark

Division of Restorative
Sciences
Herman Ostrow School of
Dentistry
University of Southern
California
Los Angeles, California, USA
E-Mail: phark@usc.edu

Die Laserrevolution für die moderne Zahnarztpraxis

LITETOUCH[®] – der Laser im Handstück

- Anwendungsstark
- Leicht transportabel
- Profitabel



LITETOUCH[®] kommt auch zu Ihnen –
unverbindlich und kostenfrei

Vereinbaren Sie einen Vorführtermin!

Informationen anfordern per Fax 089 – 610 89 387

Bitte Unterlagen für:

- Litetouch
- Kompaktdiodenlaser Wiser
- Diodenlaser D-Touch
- Spectra-Denta CO₂-Laser

Terminvereinbarung für:

- Unverbindliche Beratung
- Kostenfreien Demotermin

Praxis:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Email:

Homepage:



NMT München GmbH • Neue Medizintechnologien
Flurstr. 5, 82166 Gräfelfing • Tel.: 089-6108938-0 • Fax: 089-6108938-7
info@nmt-muc.de • www.nmt-muc.de • www.sanftelaserzahnheilkunde.de

KISS-Prinzipien der Ästhetischen Implantologie

Teil 2

Autoren_Vis. Prof. Dr. Dr. Andreas H. Valentin, ZÄ Monika Brandl, Dr. Thilo Peters

Koautor_Fumihiko Watanabe, Professor & Chairman

_Patientenfälle, die den Defektklassen II und III (siehe Teil 1, „cosmeticdentistry“ 1/2011) eingeteilt werden können, sind sicherlich am häufigsten in der Praxis anzutreffen. Lokale Knochenverluste entstehen regelmäßig bei Zahnextraktionen (Abriß des Septums oder der vestibulären Lamelle), nach Wurzelresektionen oder Defektheilungen. Allein das Deperiostieren kann insbesondere beim Biotyp II der Gingiva zu erheblichen Rezessionen oder Dehiszenzen führen und das prospektive Lagergewebe des Knochens kompromittieren. In weniger idealen Indikationsbereichen ist es daher umso mehr erforderlich, dass das Behandler team nicht nur implantieren und prothetisch versorgen kann, sondern auch in der Lage ist, alle denkbaren Komplikationen zu beherrschen.

Wenn Sofortversorgungen einer defekten Extraktionsalveole geplant werden, so ist die Primärstabilität ein wesentlicher Faktor des Erfolges. Die Primärstabilität (Eindreh torque) ist bei einigen Implantatmaschinen messbar und gilt als verlässlicher Parameter einer erfolgreichen Osseointegration. Ohne einen ausreichenden initialen Implantat-Knochen-Kontakt (IBIC = initial bone-to-

implant-contact) ist eine erfolgreiche Osseointegration nicht möglich. Dieser erste Eindrehwert sinkt patientenspezifisch nach vier bis sechs Wochen drastisch, in einer Phase, in der sich das Interface durch die makrophagozytäre Aktivität (z. B. Abtransport toter Zellen) „aufweicht“ und sich die neue extrazelluläre Matrix aufbaut. Dieses Phänomen des Absinkens des Eindreh torque-Wertes beschreibt den Übergang von Primär- zu Sekundärstabilität. Die Sekundärstabilität beschreibt als Remineralisierungsphase den eigentlichen Osseointegrationsvorgang und bedingt die Implantatfestigkeit.

Eine zu geringe Primärstabilität (< 5–10 Ncm) erhöht die Möglichkeit unphysiologischer Relativbewegungen (> 150 Mikron) in den ersten kritischen vier bis sechs Wochen und führt zu einer bindegewebigen Einscheidung mit Implantatverlust. Eine zu hohe Primärstabilität (> 60–70 Ncm) erhöht die Gefahr der traumatischen Lagerschädigung (Nekrose) und führt ebenfalls zu Implantatverlust durch eine thermisch-traumatische Schädigung mit Reduktion des partiellen Sauerstoffquotienten des Empfänger knochens. Die Mindest-

Abb. 1_Klinischer und röntgenologischer Ausgangsbefund.

Abb. 2_Zustand nach Entfernen der Kronen mit frakturierter Wurzel 12 (links) sowie Zustand nach vollständiger Wurzelentfernung Lagersäuberung (rechts).

Abb. 3_Zustand nach Implantatinsertion und transgingivaler Versorgung mit der Platform Switch Technik und lokaler Augmentation.

Abb. 4_Zustand nach Osseointegration des Implantates 12 nach drei Monaten. Deutlich ist in der OPG Aufnahme das Platform Switch zu erkennen.

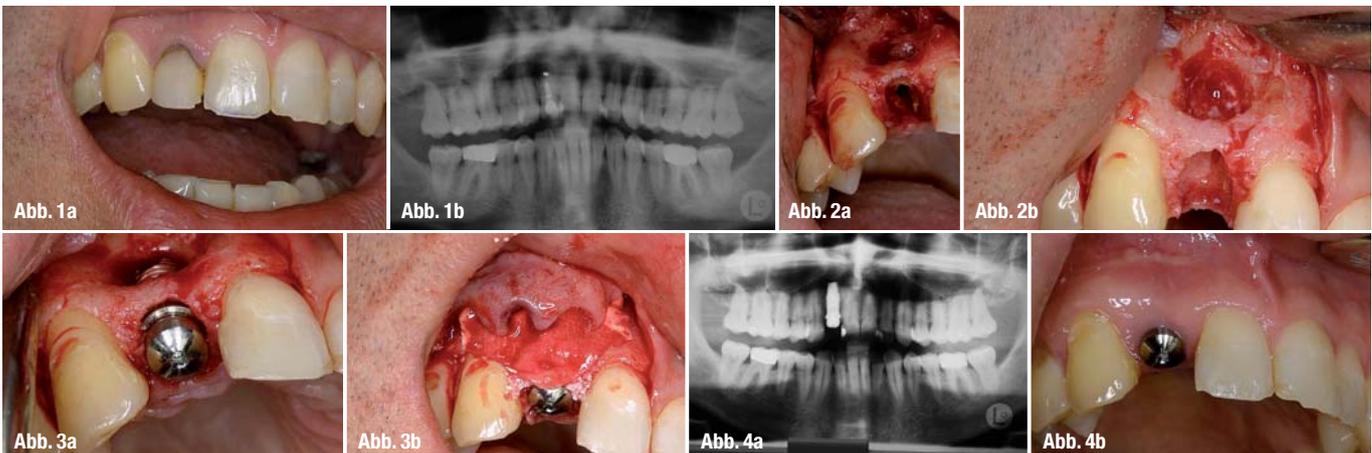




Abb. 5_ Das Implantat wurde mit einem Zirkonaufbau sowie einer Zirkonkrone metallfrei versorgt.

und Maximalwerte der Primärstabilität werden in der Literatur kontrovers diskutiert und sind letztendlich patientenspezifische Parameter. Letztendlich bleibt es der Evaluation des Behandlers überlassen, ob die Primärstabilität für eine Sofortimplantation ausreicht oder nicht.

Das zweite entscheidungsrelevante Kriterium ist die Frage, ob eine exakte dreidimensionale Platzierung des Implantates im ästhetischen Raum trotz knöcherner Defektsituation möglich ist. Hierbei muss beachtet werden, dass die Primärstabilität auch mit der prothetisch bedingten Versenkentiefe des Implantates korrelieren muss.

Fall 1: Biotyp I, Defektklasse II

Bei diesem 30-jährigen Patienten wurden am Zahn 12 mehrfach Wurzelspitzenresektionen erfolglos durchgeführt. Nach einem neuerlichen Rezidiv wurde die Entscheidung zur Zahnentfernung und Implantatversorgung getroffen. Der Zahn zeigte Mobilität 1–2 sowie einen sulkulären Fistelgang bukkal (Abb. 1).

Bei der vorsichtigen Zahnentfernung zeigte sich, dass die Wurzel eine zarte Längsfraktur aufwies. Aufgrund der mehrfachen Wurzelresektionen war der gesamte vestibuläre Knochen bis auf eine dünne zervikale Knochenbrücke resorbiert. Die Restwurzel wurde mit einer dünnen Lindemannfräse vorsichtig getrennt und die einzelnen Hälften entfernt (Abb. 2). Das Implantat wurde in diesem Falle subkrestal eingesetzt und mit einem plattformreduzierten Gingivaformer transgingival versorgt. Die Knochendefekte wurden mit ei-

nem bovinen Knochenersatzmaterial und einer Kollagenmembran lokal augmentiert, wobei die Augmentation bis an den Rand des individualisierten Zahnfleischformers ausgedehnt wurde.

Im Sinne der Sofortimplantation wurde eine leicht palatinal angulierte Implantatachse gewählt, sodass das Implantat die dünne Knochenbrücke nicht tangierte. Auf diese Weise konnte dieser Knochen zusammen mit der Augmentation erhalten bleiben. Das Implantat bezog seine Primärfestigkeit lediglich aus der Verankerung im apikalen Anteil (ca. 25 % der Implantatlänge), dies war aufgrund des selbstschneidenden Schraubendesigns jedoch ausreichend primärstabil (25 Ncm). Implantate sollten auch bei Sofortimplantationen stets 1–2 mm unterhalb der obersten Knochenkante des Alveolarfortsatzes eingesetzt werden.

Das Implantat wurde in diesem Falle subkrestal eingesetzt und mit einem durchmesserreduzierten Gingivaformer transgingival versorgt. Die Knochendefekte wurden mit einem bovinen Knochenersatzmaterial und einer Kollagenmembran lokal augmentiert, wobei die Augmentation bis an den Rand des Zahnfleischformers ausgedehnt wurde (Abb. 3).

Die Wundheilung gestaltete sich komplikationslos. Der Patient trug während der dreimonatigen Osseointegrationszeit des Implantates eine Mini-plastschiene zum temporären Ersatz des Zahnes 12. Das Implantat wurde nach erfolgreicher Osseointegration mit einem Zirkonaufbau sowie einer verblendeten Zirkonkrone metallfrei versorgt. Abbildung 5 zeigt ein im Vergleich zum Ausgangsbefund zufriedenstellendes Ergebnis.



Abb. 6_ Klinische Ausgangssituation bei jugendlicher Patientin mit Biotyp II.

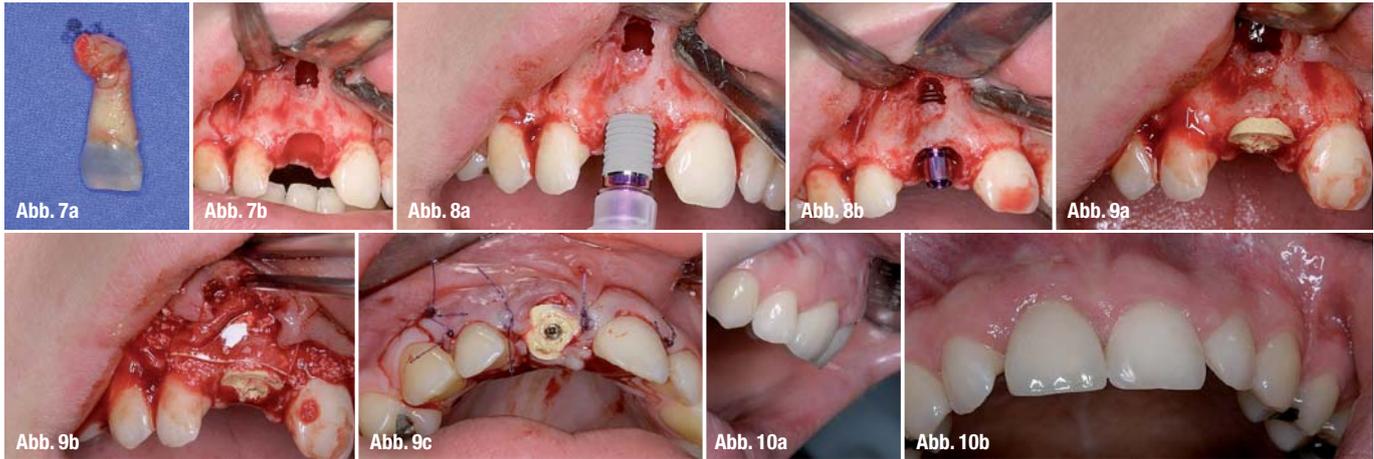


Abb. 7 Nach Extraktion des Zahnes 11 sind die apikale Osteolyse und die fragilen Knochenverhältnisse zu erkennen.

Abb. 8 Das Implantat wurde ca. 2 mm subkrestal gesetzt. Es hat sich gezeigt, dass diese Insertionstiefe in Kombination mit Platform Switch und lokaler Augmentation eine optimale Erhaltungstechnik der Crista alveolaris darstellt.

Abb. 9 Einsetzen des plattformreduzierten individualisierten Gingivaformers in Kombination mit lokaler Augmentation bovines Ursprungs. Die Wundversorgung erfolgte mit Einzelknopfnähten und resorbierbarem Nahtmaterial.

Abb. 10 Langzeitergebnis nach fünf Jahren prothetischer Tragezeit. Der Weich- und Hartgewebserhalt ist offensichtlich.

Abb. 11 Klinische Anfangssituation nach Entfernung der Zähne 11 und 21 nach endodontischem Misserfolg. Deutlich ist der Totalverlust der bukkalen Lamelle bei 21 zu erkennen.

_Fall 2: Biotyp II, Defektklasse II

Das Bild der 18-jährigen Patientin zeigt den Zustand nach Wurzelbehandlung und zweifacher Wurzelresektion (Abb. 6). Der klinische Ausgangsbefund zeigt den Zustand nach schmerzhaftem apikalen Rezidiv, im röntgenologischen Ausgangsbefund ist keine nennenswerte Pathologie zu erkennen. Die lückenhafte Zahnstellung als auch die kariesfreie Nachbarbeziehung legen eine implantologische Versorgung nahe. Insbesondere bei dem dünnen Phänotyp (Biotyp II) ist die Entscheidung für oder gegen eine Sofortversorgung oft schwierig und es gibt hierfür keine einheitlichen Empfehlungen in der Literatur. Auf der einen Seite weiß man um das sehr schnelle Resorptionsverhalten des Biotyp II nach Extraktion, auf der anderen Seite gibt es viele Berichte über intraoperative Komplikationen wie z. B. Schleimhauteinrisse beim Präparieren des Lagerbettes, partielle Knochenfrakturen, Wundheilungsstörungen etc.

Lediglich ca. 15% der implantologischen und implantatprothetischen Behandlungsmaßnahmen mit externer Evidenz sind ausreichend basiert, die Mehrzahl der getroffenen Entscheidungen und Behandlungsprotokolle müssen daher nach dem persönlichen Erfahrungshorizont und individuellen Können getroffen werden (interne Evidenz). In Be-

zug auf die Behandlung von Biotyp II-Fällen muss ein besonders schonungsvolles Prozedere an den Tag gelegt werden.

Vor der Extraktion des Zahnes wurden die zervikalen Ligamente mit einem Periotom durchtrennt, der Zahn wurde langsam mobilisiert und entfernt. Nach Deperiostierung zeigte sich eine kirschkerngroße Osteolyse im apikalen Bereich mit einer stark ausgedünnten bukkalen Kompakta (Abb. 7). Aufgrund des tief liegenden apikalen Defektes wurde als Eröffnungsschnitt ein sog. „Trap Door Design“ gewählt. Als knochenerhaltende Maßnahme wurde eine subkrestale Platzierung des Implantates in Kombination mit Platform Switch, lokaler Augmentation und transgingivaler Einheilung gewählt.

Hierbei wurde das Implantat (Durchmesser 5,5 mm) mit einem individualisierten Gingivaformer (Plattform-Durchmesser 4,5 mm) versorgt, wobei hierdurch auch gleichzeitig ein prothetisch ansprechendes Emergenzprofil durch Unterstützung der Papillenarchitektur gesichert wurde (Abb. 8 und 9). Nach dreimonatiger Einheilzeit wurde das Implantat mit einer konventionellen VMK-Krone versorgt. Die Abbildung 10 zeigt die Versorgung fünf Jahre später in der Frontal- und Seitenansicht, die Hart- und Weichgewebemorphologie hat sich nicht geändert und ist langzeitstabil. Insbesondere ist im Profil der Erhalt der knöchernen Struktur zu erkennen.



DAS PLUS FÜR SIE!

BEAUTIFIL Flow Plus

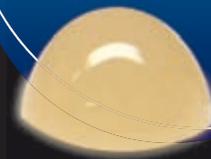
Injizierbares Komposit
für den Front- und Seitenzahn

- Geeignet für alle Kavitätenklassen
- Übertreffende physikalische Eigenschaften
- Einfache Anwendung und schnelle Politur
- Innovatives Spritzendesign
- Natürliche Ästhetik über wirksamen Chamäleon-Effekt
- Hohe Radiopazität
- Fluoridfreisetzung

F00
Zero Flow



F03
Low Flow



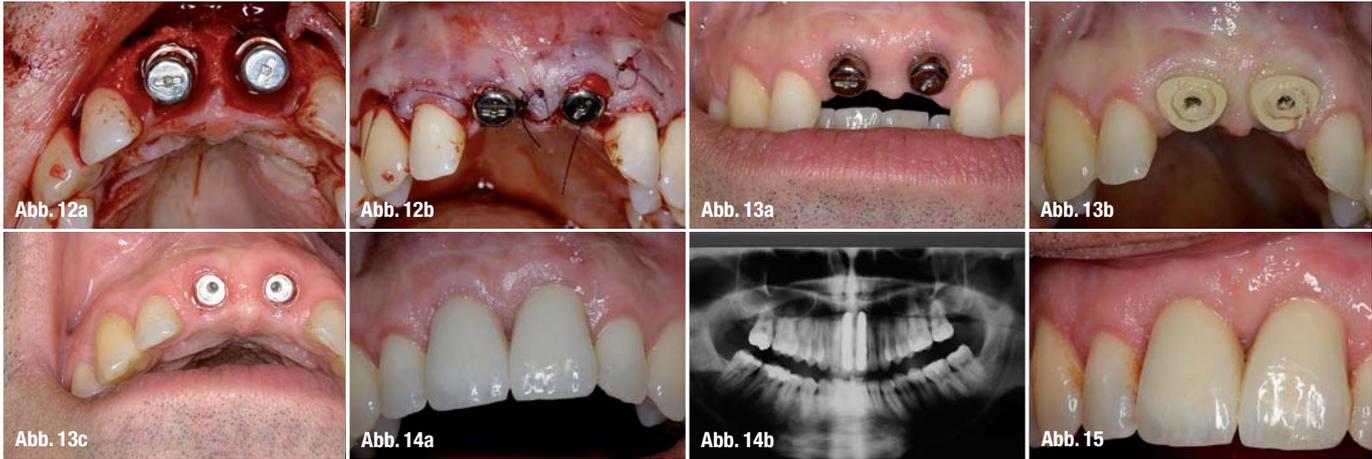


Abb. 12_ Deutliche zirkuläre Stufe von 1,7 mm nach subkrestaler Implantatinsertion und lokaler Augmentation mit bovinen Materialien.

Abb. 13_ Zustand nach viermonatiger lastfreier Einheilung. Die konventionellen Gingivaformer werden gegen individualisierte Aufbauten der gleichen Plattform zur Verbesserung des Austrittsprofils ausgetauscht.

Abb. 14_ Zufriedenstellendes klinisches und radiologisches Abschlussergebnis nach der Eingliederung.

Abb. 15_ Langzeitergebnis nach fünf Jahren post implantationem. Die Morphologie bleibt trotz umfangreichem Knochenverlust unverändert.

_Fall 3: Biotyp I, Defektklasse III – doppelter Platform Switch?

In der Indikationsklasse III liegen neben apikalen auch krestale Defekte vor. Der Ausgangsbefund zeigt einen 45-jährigen Patienten nach erfolgloser endodontischer Versorgung und drei Wurzelspitzenresektionen an den Zähnen 11 und 21. Aufgrund der mehrfachen Deperiostierungen und ausgedehnten Vernarbungen hatten sich deutliche Dehiscenzen an den Kronen ausgebildet. Nach Zahnentfernung und Lappenbildung zeigt sich bei 11 zwar nur eine leichte Fenestration, bei 21 allerdings fehlt die gesamte vestibuläre Lamelle (Abb. 11), eine Primärstabilität scheint unmöglich zu sein. Der limitierende Faktor für die Entscheidung einer Sofortimplantation war also die Frage, ob man ein Implantat 21 mit einer ausreichenden Primärstabilität und geometrisch exakt so platzieren kann, dass einmal eine erfolgreiche Integration des Implantates gewährleistet sein kann und andererseits eine korrekte prothetische Versorgung erfolgen kann sowie drittens keine vitalen anatomischen Strukturen verletzt.

Wenn in einem solchen Fall eine Sofortimplantation in Erwägung gezogen wird, muss in der vertikalen Dimension genügend Knochen und Abstand von vitalen anatomischen Strukturen vorhanden sein, um das Implantat noch ausreichend stabil zu verankern. In einem solchen Fall ist der Nasenboden die begrenzende Struktur. Hilfreich sind hier Implantate mit einem selbstschneidenden Makrodesign, die auch bei geringem Knochenangebot ausreichend Primärstabilität bieten können. Trotz der subdesolaten Knochensituation konnten beide Implantate 11 und 21 nach paramarginaler Schnittführung subkrestal platziert und mit einem durchmesserreduzierten konventionellen Zahnfleischformer transgingival versorgt werden. Bei einer einfachen Plattformreduktion von ca. 0,35 mm kann mit 17 Millionen mehr Osteoblasten im krestalen Bereich gerechnet werden. In diesem Falle wurde

der Gingivaformer um zwei Größen reduziert, d. h. auf die beiden Implantate mit Durchmesser 5,5 mm wurden Zahnfleischformer mit Durchmesser 3,8 mm eingedreht, um das regenerative Potenzial noch weiter auszuschöpfen (zirkuläre Stufe von 1,7 mm) (Abb. 12). Hier muss allerdings angeführt werden, dass es in der Literatur noch keine belastbaren Daten gibt, die belegen können, ab welcher Plattform-Stufe welches Regenerationsergebnis zu erwarten ist.

Nach viermonatiger lastfreier Einheilung zeigte sich eine reizlose klinische Situation. Zur Verbesserung des Durchtrittsprofils wurden die konventionellen Gingivaformer gegen individualisierte Gingivaformer der gleichen Plattformgröße 3,8 mm in Oberflächenanästhesie ausgetauscht, sodass nur der Sulkus gedehnt wird, das Interface jedoch nicht berührt wird (Abb. 13). Diese werden dann 14 Tage in situ belassen, bevor die Abformungen stattfinden.

_Kontakt	cosmetic dentistry
<p>Prof. Dr. Dr. Andreas H. Valentin Zahnmedizinische Klinik am Wasserturm ZKW 07, 13 (Planken), 68161 Mannheim</p> <p>Zä Monika Brandl Hauptstraße 32, 77790 Steinach</p> <p>Dr. Thilo Peters Hauptstraße 13, 76865 Insheim</p> <p>Fumihiko Watanbe Professor & Chairman Dept. of Crown & Bridge School of Life Dentistry at Niigata, The Nippon Dental University 1-8, Hamaura-cho, Niigata, 951-8580, Japan</p>	

1 + 1 = 3

DER NEUE AIR-FLOW MASTER PIEZON – AIR-POLISHING SUB- UND SUPRAGINGIVAL PLUS SCALING VON DER PROPHYLAXE N° 1

Air-Polishing sub- und supra-gingival wie mit dem Air-Flow Master, Scaling wie mit dem Piezon Master 700 – macht drei Anwendungen mit dem neuen Air-Flow Master Piezon, der jüngsten Entwicklung des Erfinders der Original Methoden.

PIEZON NO PAIN

Praktisch keine Schmerzen für den Patienten und maximale Schonung des oralen Epitheliums – grösster Patientenkomfort ist das überzeugende Plus der Original Methode Piezon, neuester Stand. Zudem punktet sie mit einzigartig glatten Zahnoberflächen. Alles zusammen ist das Ergebnis von linearen, parallel zum Zahn verlaufenden Schwingungen der Original EMS Swiss Instruments in harmonischer Abstimmung mit dem neuen Original Piezon Handstück LED.



> Original Piezon Handstück LED mit EMS Swiss Instrument PS

Sprichwörtliche Schweizer Präzision und intelligente i.Piezon Technologie bringt's!

AIR-FLOW KILLS BIOFILM

Weg mit dem bösen Biofilm bis zum Taschenboden – mit diesem Argu-



ment punktet die Original Methode Air-Flow Perio. Subgingivales Reduzieren von Bakterien wirkt Zahnausfall (Parodontitis!) oder dem Verlust des Implantats (Periimplantitis!) entgegen. Gleichmässiges Verwirbeln des Pulver-Luft-Gemischs und des Wassers vermeidet Emphyseme – auch beim Überschreiten alter Grenzen in der Prophylaxe. Die Perio-Flow Düse kann's!

Und wenn es um das klassische supra-gingivale Air-Polishing geht,



> Original Handstücke Air-Flow und Perio-Flow

zählt nach wie vor die unschlagbare Effektivität der Original Methode Air-Flow: Erfolgreiches und dabei schnelles, zuverlässiges sowie stress-freies Behandeln ohne Verletzung des Bindegewebes, keine Kratzer am Zahn. Sanftes Applizieren bio-kinetischer Energie macht's!

Mit dem Air-Flow Master Piezon geht die Rechnung auf – von der Diagnose über die Initialbehandlung bis zum Recall. Prophylaxepro-fis überzeugen sich am besten selbst.



Mehr Prophylaxe >
www.ems-swissquality.com

Der Evolutionssprung in der Frontzahnrestauration

Autor_Dr. Mario Besek

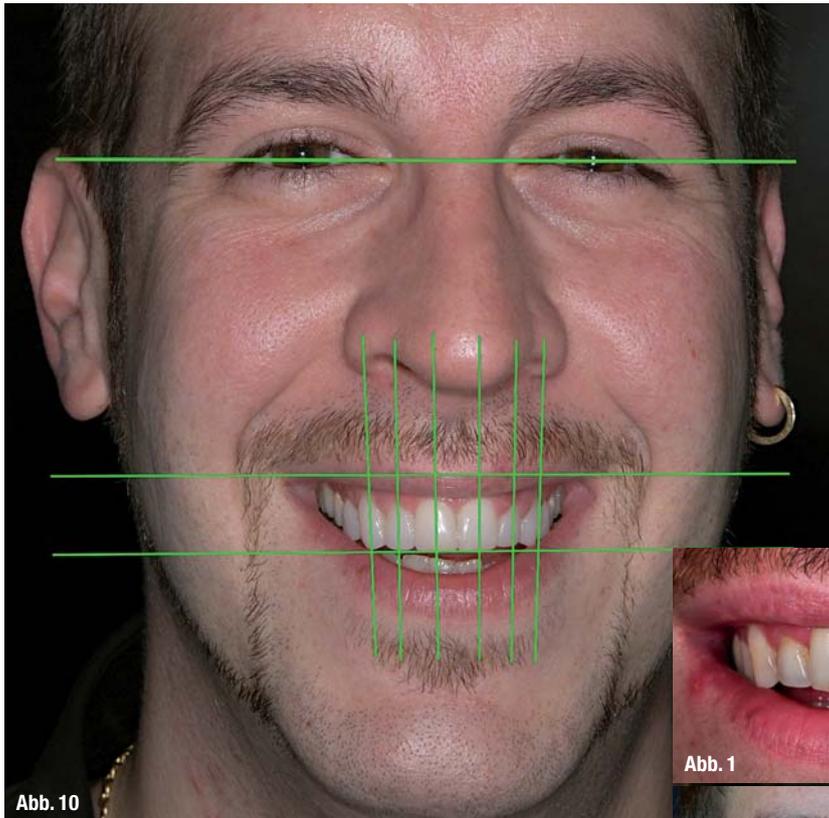


Abb. 10

- Abb. 1_ Ausgangssituation mit Falschfärbigkeit, Karies, unschöne Form.
- Abb. 2_ Falsche Achsenneigung und Okklusionsebene.
- Abb. 3_ Formauswahl mit dem Contour Guide.
- Abb. 10_ Harmonisierte Front mit Compeer.

__Einführung

Der ästhetische Aspekt spielt bei der Restauration von Frontzähnen eine immer größere Rolle. Für die Durchführung von Farb- und Formkorrekturen konnte der Zahnarzt bis jetzt zwischen der bekannten Freihandtechnik oder dem Einsatz klassischer Keramik-Veneers wählen. Diese Auswahl ist nun durch die Entwicklung eines komplett neuen Systems um eine Option erweitert worden. Der Schweizer Dentalspezialist Coltène/Whaledent ebnet mit Compeer den Weg für eine

neue Generation der Frontzahnrestauration. Es handelt sich hierbei um polymerisierte, vorgefertigte Komposit-Schmelz-Schalen, welche die aufwendige Freihandtechnik bei größeren Frontzahnrestaurationen erleichtern und verbessern. Die anatomische Grundform sorgt für eine bis zu 40 % effizientere Arbeitsweise bei gleichzeitig verbesserter Endqualität. Die Vorteile:

- _ Vorgefertigte, individualisierbare Komposit-schalen
- _ Verbesserte marginale Adaptation
- _ 100%iger Verbund zum Verarbeitungskomposit
- _ Vollständig frei von Einschlüssen durch maschinelle Herstellung
- _ Homogen
- _ Schichtstärke von nur 0,3 mm

__Ausführung

Durch den Wunsch der Patienten nach einem makellosen Aussehen steigt auch zunehmend das Bedürfnis nach verbesserter Ästhetik. Diese Zielvorgabe ist in der direkten restaurativen Zahnheilkunde teils schwer zu erreichen. Bisher geht es im Wesentlichen darum, Restaurationen durchzuführen, die auf Sprechdistanz unsichtbar sind.

Im Bereich der Frontzahnrestauration werden grundsätzlich drei Systeme unterschieden:

- _ direkte Freihandtechnik mit Komposit
 - _ direkte CAD/CAM-Technik (CEREC)
 - _ Laborgefertigte Veneers
- Freihandrestaurationen in größerem Ausmaß sind bezüglich Zeit, Verarbeitungstechnik und Formgestaltung aufwendig. Allerdings ist die direkte Technik weniger invasiv und kostenintensiv, was ein breites Publikum anspricht.



Abb. 1

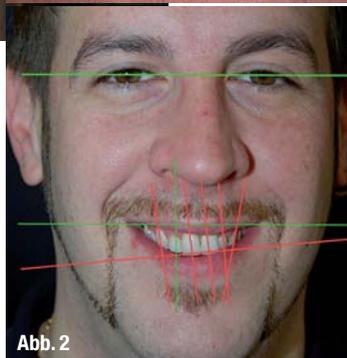


Abb. 2



Abb. 3

Wegen der höheren Erfolgssicherheit wird jedoch oft zur indirekten Restaurationstechnik gegriffen.

Hauptmängel der bisherigen direkten Technik sind Schwierigkeiten mit der Randgestaltung, dem Handling der obersten Schmelzschicht sowie der anatomischen Formgestaltung. Materialtechnisch sind Mikroporositäten keine Seltenheit, was oftmals zu schneller Verfärbung und ästhetischen Einbußen führt.

Das neue Compeerer „direct Veneering System“ öffnet durch die Kombination von verbessertem Material, angepassten Hilfsmitteln und ausführlichen Anleitungen die Indikationspalette für die direkte Technik. In puncto Wirtschaftlichkeit und Qualität setzt Compeerer neue Maßstäbe. Die Komposit-Schalen stellen eine neue Kategorie der direkten Frontzahn-technik dar.

Grundsätzlich ändert sich die Vorgehensweise gegenüber der Freihandtechnik nicht: Sie wird aber vereinfacht und verbessert. Im folgenden Beispiel sollen die wichtigen Schritte näher beleuchtet werden.

Anwendung

Nach der Festlegung der Indikation und der diagnostischen Zielvorgabe werden die zu bearbeitenden Zähne bestimmt. In diesem Fall soll im Oberkiefer von Eckzahn bis Eckzahn die Karies behandelt und Form, Farbe sowie die Achsenneigungen korrigiert werden (Abb. 1 und 2).

Die Schmelzschalen stehen in drei Größen und zwei verschiedenen, transluzenten Farben zur Verfügung: ein neutrales „Universal“ und ein helles „White Opalescent“, welches sich eher für ein jugendliches Erscheinungsbild eignet. Werden die Schalen mit der entsprechenden Dentin-Kompositmasse hinterlegt, kann jede beliebige Farbkombination erreicht werden.

Die Auswahl der Zahnform wird mit dem Compeerer Contour Guide bestimmt (Abb. 3): Es stehen insgesamt 30 verschiedene Formen zur Verfügung. Die jewei-



Abb. 11

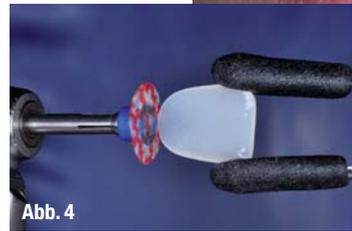


Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9

lige Form des Contour Guides wird über die zu restaurierenden Zähne gelegt, wobei die blau-transparente Farbe einen optimalen Kontrast auf dem auszuwählenden Zahn ermöglicht. Es können auch die Schmelzschalen provisorisch auf die Zähne gelegt, beziehungsweise provisorisch mit unausgehärtetem Komposit fixiert werden, um zu beurteilen, wo und wie viel das Compeerer individuell bearbeitet werden muss. Gleichzeitig können nötige Schliiffkorrekturen eingezeichnet werden.

Für die Formkorrektur der Schale eignet sich am besten eine raue Disk bei langsamer Drehzahl und ohne Wasser. In der Regel wird eher eine größere Form gewählt, um die Randbereiche abzudecken und um möglichst viel Spielraum zur individuellen Formgestaltung zu haben. Zur besseren Handhabung dient der dazu entwickelte Holder (Abb. 4). Das Etikett auf der Primärverpackung (Rückseite) kann abgelöst und zur Dokumentation archiviert werden (Patientenkartei). Trockenes Arbeiten ist die Grundlage für optimale Resultate. Bei der Präparation gelten die klassischen Regeln nicht. Durch die minimale Schichtstärke von 0,3 mm muss die Oberfläche nur minimal reduziert werden (Abb. 5).

In gewissen Fällen wird der Schmelz nur aufgeraut und auf eine definierte Präparation verzichtet. ETCHANT GEL S wird auf alle zu bondenden Schmelz- und Dentinareale aufgetragen und mit der Brush gleichmäßig verstrichen. Die Einwirkungszeit

Abb. 4_ Compeerer im sicheren Halt im Holder zur Bearbeitung.

Abb. 5_ Minimale Präparation.

Abb. 6_ Retentive erodierte Oberfläche (23 MPa Haftung).

Abb. 7_ Adaptation von Komposit auf Schale.

Abb. 8_ Anpressen mit Placer und Adaptation mit Spatel MB5.

Abb. 9_ Individuelle Formgestaltung.

Abb. 11_ Fertig polierte Front.

Abb. 12 und 13_ Bei 200 x Vergrößerung, handgefertigt mit Lufteinschlüssen (12), maschinell gefertigt homogen (13).



beträgt auf Schmelz 30–60 Sekunden, auf Dentin 15 Sekunden und wird anschließend 20 Sekunden lang abgesprayt. Im Grundkonzept ist die Total-Etch-Methode unter Verwendung von One Coat Bond vorgesehen, welches leicht gefüllt ist und eine bessere Benetzung mit einem Nano-Hybridkomposit gewährleistet. Das One Coat Bond wird gleichmäßig auf Schmelz und Dentinareale aufgetragen, um es für mindestens 20 Sekunden einwirken zu lassen. Anschließend werden durchsichtige Stückmatrizen in die Interdentalräume platziert, um ein Verkleben der Zähne zu vermeiden. Die gebondeten Oberflächen werden für 10 Sekunden vorgehärtet. Die einzigartige mikroretentive Oberfläche der Schalen (2 µm) wurde mittels Erosion erreicht (Abb. 6). Dieser Umstand vereinfacht die Konditionierung der Innenfläche der Schale, da keine zusätzlichen Maßnahmen wie Sandstrahlen und Silanisieren vorgenommen werden müssen. One Coat Bond wird direkt auf den Pinsel aufgetragen und muss nicht lichtgehärtet werden. In Kombination mit dem Befestigungskomposit ergibt dies einen hundertprozentigen Verbund. Das heißt, es gibt nur noch eine homogene Schicht Komposit auf dem Zahn, was wiederum die Festigkeit erhöht und die Verfärbungstendenz herabsetzt. Für den

entsprechend ästhetischen Erfolg wird die Verwendung von Synergy D6 empfohlen, das farblich optimal auf Composeer abgestimmt ist. Es kann auch mit anderen Systemen gearbeitet werden, dann empfiehlt es sich jedoch, das Farbergebnis im Vorfeld zu prüfen. Mussten zuvor Füllungen entfernt werden, kann das Composeer mit der entsprechenden Dentinmasse eingebracht und nach der ersten Lichthärtung von palatinal aufgefüllt werden. Dies gilt auch bei Zahnverlängerungen oder Diasthemaschluss. Andererseits können Kavitäten zuvor mit Dentinmasse aufgefüllt werden, um eine homogene Basis zu schaffen. Bei Form- oder einfachen Farbkorrekturen kann Schmelzmasse verwendet werden (Enamel Universal oder Enamel White Opalescent).

Zu viel Schmelz macht die Restauration grau und zu transparent. Das Komposit wird mit einem geeigneten Instrument (mitgelieferter Spatel MB5) an die zu befestigende Seite der Kompositenschale appliziert (Abb. 7).

Um bei konkaven Formen Lufteinschlüsse zu vermeiden, wird das Komposit auch auf den Zahn appliziert. Anschließend wird das Composeer mit dem Placer vorsichtig und mit sanftem aber konstantem Druck in die Endposition gebracht (Abb. 8).

Der Placer wurde extra zum Adaptieren von Veneers entwickelt. Das Arbeitsende besteht aus einer Silikonspitze, womit eine optimale Kraftverteilung erreicht wird. Bei ganzen Frontrestorationen empfiehlt es sich, mit den beiden zentralen Inzisivi zu beginnen. Während das Composeer in Position gehalten wird, werden grobe Überschüsse entfernt und das Komposit an die Ränder adaptiert. Erst wenn die richtige Position der Veneers verifiziert ist, wird mit der Lichthärtung begonnen.

Abb. 14 und 15_ Ausgangssituation und Schlussituation mit Composeer.

Abb. 16 und 17_ Zahnverlängerung und Aufhellung ohne Präparation.



Abb. 14



Abb. 16



Abb. 15



Abb. 17

veneers

konventionell bis no prep

Das Konzept für die perfekte Frontzahnästhetik

Seminar mit Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht



Ein praktischer Demonstrations- und Arbeitskurs an Modellen

Aktualisierter
Kursinhalt
2011

Immer mehr Patienten wünschen sich perfekte Zähne, sind aber nicht bereit, sich die Zähne beschleifen zu lassen. Dieser kombinierte Theorie- und Arbeitskurs zeigt Ihnen, wie Sie mit der richtigen Vorbehandlung bei mehr als 90 % der Patienten ganz oder teilweise ohne Präparation arbeiten können und wird Sie in die Lage versetzen, den Wünschen Ihrer Patienten nach einem strahlenden Lächeln besser entsprechen und auch komplexe zahnmedizinische Fälle wie Bisshebungen minimalinvasiv oder sogar ohne jede Präparation mit Onlay-Veneers lösen zu können. Lernen Sie alle notwendigen Schritte von der Beratung und Fotografie über Marketing (inklusive Social Media Marketing) und Abrechnung bis zum kompletten technischen Ablauf. Auch die Mehrwertsteuerproblematik bei der Abrechnung rein kosmetischer Fälle wird erläutert. **Jeder Kursteilnehmer erhält alle Sicherheitsdatenblätter, Gebrauchsanweisungen und Formulare für sein QM-System sowie ein Kursskript.**

Kursbeschreibung

Demonstration aller Schritte von A bis Z am Beispiel eines Patientenfalles (Fotos)

- A Erstberatung, Modelle, Fotos (AACD Views)
- B Social Media Marketing
- C Smile Design Prinzipien
- D Fallplanung (KFO-Vorbehandlung, No Prep oder konventionell)
- E korrekte Materialwahl (geschichtete Keramik versus Presskeramik)
- F rechtssichere Aufklärung, korrekte Abrechnung sowie Mehrwertsteuerproblematik
- G Wax-up, Präparationswall, Mock-up-Schablone
- H unterschiedliche Präparationstechniken
- I Laser Contouring der Gingiva
- J Evaluierung der Präparation
- K Abdrucknahme, Provisorium
- L Try In, Zementieren
- M Endergebnisse
- N No Prep Veneers und Lumineers als minimalinvasive Alternative
- O No Prep Onlay Veneers zur Bisshebung

Praktischer Workshop, jeder Teilnehmer vollzieht am Modell den in Teil 1 vorgestellten Patientenfall nach

- A Herstellung des geplanten Zahnbogens
- B Mock-up für die Präparation zur Sicherstellung einer absolut minimalinvasiven Präparation
- C Präparation von bis zu 10 Veneers (15 bis 25) am Modell

Nikos Apostolopoulos, Deisenhofen „... ich möchte mich nochmal für den Kurs bedanken. Sie haben es geschafft, meine sowieso schon große Vollkeramikliebe noch weiter zu entfachen.“

Dr. Tim Nolting, MSc., Bocholt „... Vielen Dank nochmals für die exzellente Veranstaltung. Sie war seit Langem die beste, die ich besuchen durfte.“

Leena Korvola-Cramm, Finnland „... die ganze Veranstaltung ansich, ... wir waren beeindruckt!“

Dr. Günther Gottfried, Österreich „... Ihr Perfect Smile Vortrag in München war überaus informativ und praxisbezogen. Sozusagen aus der Praxis – für die Praxis!“

Hinweis: Nähere Informationen zum Programm, den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Veranstaltungsorten finden Sie unter www.oemus.com

Termine 2011

14. Mai 2011	München Hotel Hilton München Park	09.00 – 15.00 Uhr
27. Mai 2011	Warnemünde Hotel NEPTUN	13.00 – 19.00 Uhr
09. September 2011	Leipzig Hotel The Westin Leipzig	13.00 – 19.00 Uhr
23. September 2011	Konstanz Klinikum Konstanz	13.00 – 19.00 Uhr
30. September 2011	Köln Hotel Maritim	13.00 – 19.00 Uhr
28. Oktober 2011	Düsseldorf Hotel Hilton Düsseldorf	13.00 – 19.00 Uhr

Organisatorisches

Kursgebühr: 470,- € zzgl. MwSt.

(In der Gebühr sind Materialien und Modelle enthalten.)

Mitglieder der DGKZ erhalten 45,- € Rabatt auf die Kursgebühr.

Tagungspauschale: 45,- € zzgl. MwSt. (Verpflegung und Tagungsgetränke)

Veranstalter

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig

Tel.: 03 41/4 84 74-3 08, Fax: 03 41/4 84 74-3 90

E-Mail: event@oemus-media.de, www.oemus.com

1. Teil

2. Teil

Anmeldeformular per Fax an
03 41/4 84 74-3 90
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für den Kurs **veneers – konventionell bis no prep**

- 14. Mai 2011 München
- 27. Mai 2011 Warnemünde
- 09. September 2011 Leipzig
- 23. September 2011 Konstanz
- 30. September 2011 Köln
- 28. Oktober 2011 Düsseldorf

melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name/Vorname	DGKZ-Mitglied	Name/Vorname	DGKZ-Mitglied
Praxisstempel		Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.	
		Datum/Unterschrift	
		E-Mail	

Abb. 18 und 19_ Korrektur der Zahnposition und Lückenschluss.

Abb. 20 und 21_ Zahn 11 mit Universal Componeer und Synergy A1/B1 hinterlegt.

Abb. 22_ Set mit vier herausnehmbaren Modulen.



Abb. 18



Abb. 20



Abb. 19



Abb. 21

Es erfolgt die grobe Überschussentfernung oder Grobkontourierung. Für die approximalen Bereiche können Finier- und Polierstreifen zu Hilfe genommen werden. Interinzisalwinkel sind am besten mit flexiblen Discs zu gestalten. Die Kompositeschalen haben eine Grundform mit sanften anatomischen Strukturen, welche es selbst zu diesem fortgeschrittenen Zeitpunkt erlauben, die Oberfläche individuell zu akzentuieren sowie die Form an Gesicht, Bipupillarebene oder Lippenverlauf anzupassen (Abb. 9 und 10). Zur Endpolitur eignen sich am besten Polierbürstchen, die ohne Wasser angewendet werden, wodurch ein optimaler Hochglanz erzielt wird (Abb. 11). Die vollständige Homogenität der Kompositeschale erlaubt eben diese nachträgliche Bearbeitung ohne Gefahr zu laufen, unerwünschte Porositäten an die Oberfläche zu bringen (Abb. 12 und 13). Es besteht immer eine glänzende Kompositoberfläche höchster Qualität für lang anhaltende Ästhetik (Abb. 14 und 15). Die Componeer sind als Formhilfen zu sehen, die bereits aus hochwertigem Komposit hergestellt wurden. Sie kommen vor allem bei Verschönerungen der gesamten Frontpartie zum Einsatz und gewährleisten ein schonungsvolles, gelingsicheres und hochwertiges Resultat. Gleichzeitig wird ein effizienteres Arbeiten und eine Reduktion der Behandlungszeit um bis zu 40% ermöglicht. Dies kommt einerseits dem Zahnarzt zugute und

bietet andererseits dem Patienten mehr Komfort. Durch die Vereinfachung der direkten Restaurationstechnik wird die Indikationspalette erweitert. Neben der einfachen Verschönerung (Abb. 16 und 17) werden auch komplexere Fälle mit der direkten Technik möglich und eröffnen Zahnarzt und Patienten neue Behandlungsoptionen (Abb. 18 und 19). Ebenso sind Einzelzahnrestaurationen möglich, wobei die gewonnene Zeit zur Perfektionierung der Oberfläche verwendet werden kann (Abb. 20 und 21).

_Fazit

Componeer sind nicht nur einfach Schalen, es ist ein Behandlungskonzept. Deswegen besteht das System aus vier Modulen: Das Modul mit Kompositeschalen, das Modul für die Adhäsivtechnik (Etchant Gel, Bond, Komposit), das Modul mit den extra dazu entwickelten Hilfsmitteln und Instrumenten (Frontzahnspatel, Holder, Placer und Ausarbeitungsinstrumente) und das Dokumentationsmodul mit einer ausführlichen CD, extrem umfassenden und farblich bebilderten Gebrauchsanweisung und einem Hilfestellungskatalog mit häufig gestellten Fragen und Antworten (Abb. 22).

Componeer optimiert und vereinfacht die restaurative Zahnmedizin und schafft in Sachen Funktion, Wirtschaftlichkeit und Ästhetik neue Möglichkeiten, von denen Patient und Zahnarzt gleichermaßen profitieren.



Abb. 22

_Kontakt **cosmetic**
dentistry



Dr. med. dent. Mario J. Besek, OA
Swiss Dental Center Zürich
Heinrichstr. 239
8005 Zürich
Tel.: +41-43/444 74 00
Fax: +41-43/444 74 10
E-Mail:
info@swissdentalcenter.ch
www.swissdentalcenter.ch
www.componeer.info

zahnästhetik

von bleaching bis non-prep veneers Theoretischer Kurs mit Live-Demonstration

Seminar mit Dr. Jens Voss/Leipzig

Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationkurs

Immer mehr Patienten wünschen sich weiße und idealtypische Zähne. Die Lösung: Veneers! Doch technisch anspruchsvolle Präparation und das komplizierte Einsetzen von sechs oder mehr Veneers in einer zeitaufwendigen Sitzung begründeten bisher viele Vorbehalte bezüglich der Anwendung von Veneers. Auf der anderen Seite konnten viele Patienten bisher nicht für Veneerlösungen gewonnen werden, da diese neben hohen Kosten vor der irreparablen Entfernung von gesunder Zahnschubstanz zurückschreckten. Neuartige Non-Prep Veneersysteme lösen diese beiden Hauptprobleme sowohl auf Behandler- als auch auf Patientenseite. Zudem bieten diese Systeme nicht nur Patienten eine bezahlbare Lösung, sondern steigern ebenfalls signifikant die Praxisrendite der Behandler. Insbesondere durch die einzigartige, zum Patent angemeldete Tray-Technologie, können 6-10 Veneers einfach, sicher und zeitsparend in nur einer Stunde eingesetzt werden. Zudem macht das schmerzlose und minimalinvasive

inkl.
Demo-DVD
von Bleaching bis
Non-Prep Veneers

Non-Prep Veneerverfahren in der Regel die Entfernung von gesunder Zahnschubstanz überflüssig. Entdecken Sie die Grundlagen der modernen minimalinvasiven Verfahren der orofazialen Ästhetik. Die Integration dieser Verfahren in Ihre Praxis ermöglicht Ihnen die Gewinnung von Selbstzahlerpatienten, welche an ästhetischen Lösungen im Bereich der High-End-Zahnmedizin ohne Schädigung der Zahnhartsubstanz interessiert sind. Unser kombinierter Theorie- und Demonstrationkurs vermittelt Ihnen die wesentlichen Kenntnisse der minimalinvasiven orofazialen Ästhetik und versetzt Sie in die Lage, den Wünschen Ihrer Patienten nach einer schnellen, schmerzlosen und sicheren Behandlung sowie einem strahlenden Lächeln noch besser entsprechen zu können.



Kursbeschreibung

Grundlagen minimalinvasiver Verfahren der orofazialen Ästhetik

- Smile Design Prinzipien/Grundlagen der Zahn- und Gesichtsästhetik
- Bleaching – konventionell vs. Plasma Light
- Veneers – konventionell vs. Non-Prep
- Grundlagen und Möglichkeiten der Tray-Dentistry
- Fallsektion anhand einer Vielzahl von Patientenfällen
- Rechtliche und steuerliche Aspekte/Abrechnung

1. Teil

Praktischer Demonstrationkurs

- Video- und Livedemonstration Bleaching am Patienten
- Video- und Livedemonstration des Einsatzes von acht Non-Prep-Veneers mittels Tray-Dentistry innerhalb von 60 Min. am Patienten/Phantomkopf
- Ausführliche Diskussion von Patientenfällen anhand Modellen, Röntgenbild und Fotos des Patienten (pro Teilnehmer ein Fall, Daten bitte nach Möglichkeit vor dem Kurs digital einreichen)

2. Teil

Termine 2011 u.a.

*inkl. Pause

27. Mai	2011	Warnemünde	15.30 – 19.00 Uhr*
03. Juni	2011	München	09.00 – 13.00 Uhr*
10. September	2011	Leipzig	09.00 – 13.00 Uhr*
30. September	2011	Köln	14.00 – 17.30 Uhr*
08. Oktober	2011	München	09.00 – 13.00 Uhr*

Veranstalter

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29
04229 Leipzig, Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
Fax: 03 41/4 84 74-3 90
event@oemus-media.de



Organisatorisches

Kursgebühr: 195,- € zzgl. MwSt.
(inkl. Demo-DVD)

Tagungspauschale: 25,- € zzgl. MwSt.
(umfasst Verpflegung)

Hinweis: Nähere Informationen zum Programm,
den Veranstaltungsorten und Allgemeinen Geschäftsbedingungen
finden Sie unter www.oemus.com

Anmeldeformular per Fax an
03 41/4 84 74-3 90
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für den Kurs **zahnästhetik – von bleaching bis non-prep veneers** melde ich folgende Personen verbindlich an:
(Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

27. Mai 2011 Warnemünde 10. September 2011 Leipzig 08. Oktober 2011 München
 03. Juni 2011 München 30. September 2011 Köln

Name/Vorname

Name/Vorname

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.

E-Mail

Datum/Unterschrift

Perfektion durch Kooperation im Netzwerk – Ein Fallbeispiel

Autoren | Dr. Michael Visse, ZA Claus Theising, ZA Peter Elwert, ZT Manfred Läkamp

Der anspruchsvolle Patient sucht heute bei zahnärztlichen Problemstellungen nach optimalen Lösungen. Technische Fortschritte in den Bereichen Kieferorthopädie, Parodontologie, Implantologie, ästhetische Zahnheilkunde und Zahntechnik sind in der Lage, eine optimale ästhetische sowie funktionelle Rehabilitation zu gewährleisten. Durch eine gute Kooperation zwischen Zahnarzt, Kieferorthopäden und Zahntechniker lassen sich exzellente Behandlungsergebnisse erzielen. Und die bedeuten nicht nur ein perfektes Lächeln für den Patienten. Optimale Ergebnisse – auf Grundlage einer netzwerkbasierter Zusammenarbeit – haben zweifellos auch Empfehlungscharakter und

führen so zu einem nachhaltigen Imagegewinn für die beteiligten Praxen sowie das Labor. So schaffen die kooperierenden Partner sich u.a. ein regionales Alleinstellungsmerkmal, auf welches die angesprochene Patientengruppe aufmerksam gemacht wird.

Eine solche Zusammenarbeit im Netzwerk soll im Folgenden anhand eines konkreten Beispielfalls ausführlicher dargestellt werden.

Die Patientin Monika F. suchte ihren behandelnden Zahnarzt auf mit dem Wunsch, die alten Kronen im Oberkiefer-Frontzahnbereich ersetzen zu lassen. Nach Erstellung von Planungsmodellen und intraoralen Fotos kam der Behandler zu dem Ergebnis,

Abb. 1 | Ausgangssituation.

Abb. 2 | Kieferorthopädische Korrektur.

Abb. 3 und 4 | Situation nach Abschluss der kieferorthopädischen und zahnmedizinischen Behandlung.



dass eine Überkronung bei der aktuell gegebenen Ausgangssituation nicht das von der Patientin gewünschte Ergebnis erzielen würde. Weitere Störungen ergaben sich im geschilderten Fall zudem im kiefergelenk-parodontalen Bereich (Abb.1).

Vor diesem Hintergrund erfolgte die Beratung der Patientin dahingehend, sich zunächst in einer kieferorthopädischen Fachzahnarztpraxis vorzustellen, um hier vorab eine Korrektur der Zahnfehlstellung vornehmen zu lassen. Ziel der kieferorthopädischen Vorbehandlung war die Korrektur der Tiefbissverzahnung, achsgerechte Einstellung der Frontzähne und die Schaffung einer Interkuspitation, die mit der balancierten Position der Kondylen in Scharnierachsenposition übereinstimmt. Die im Berufsleben stehende Frau entschied sich nach eingehender Beratung für eine Multibandbehandlung mit ästhetisch hochwertigen Keramikbrackets im Ober- sowie selbstligierenden Speed-Brackets aus Metall im Unterkiefer. Durch den Einsatz von Spezialklebern ist heute eine Versorgung mit Brackets auf Zahnkronen ohne Probleme möglich (Abb. 2).

Die definierten kieferorthopädischen Korrekturen waren nach einer Gesamtbehandlungszeit von neun Monaten erreicht, sodass die Brackets entfernt werden konnten (Abb. 5).

Nun erfolgte die Rücküberweisung an die Zahnarztpraxis. Hier wurde zur Korrektur des Zahnfleischsaumes zunächst eine Gingivektomie vorgenommen (Abb. 6 und 7). Anschließend wurden die alten Kronen entfernt und auf der Basis des nunmehr korrekt stehenden Zahnbogens ein laborgefertigtes Provisorium eingesetzt (Abb. 8).

Nach Anfertigung des definitiven Ersatzes wurden die neuen Kronen eingebracht und die Behandlung beendet (Abb. 9).

Anhand dieses Beispiels und der entsprechenden Fotodokumentation lässt sich anschaulich zeigen, welche Behandlungsziele durch interdisziplinäre Therapiekonzepte erreicht werden können. Ohne Frage ist die hierfür notwendige Compliance nicht bei jedem Patienten gegeben, sodass es sich bei dieser Darstellung nicht um einen Standard-Behandlungsfall aus der alltäglichen Praxis handelt. Für ein Patientenpotenzial, das eine High-End-Behandlung wünscht, zeigt der Fall jedoch anschaulich, wie sich mit einer netzwerkbasierter Kooperation überdurchschnittliche Behandlungsergebnisse erzielen lassen, mit denen für den zahnmedizinischen Behandler nicht nur eine langfristige Patientenbindung verbunden ist. Durch ein nahezu automatisches Empfehlungsmanagement lässt sich vielmehr auch neues Potenzial für die Praxis gewinnen. Eine High-End-Versorgung im Mund des Patienten ist damit nicht zuletzt eine – übrigens garantiert wirksame – Außendarstellung der Kompetenz aller beteiligten Netzwerkpartner. _



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8

Abb. 6 und 7_ Gingivektomie zur Korrektur des Zahnfleischsaumes.

Abb. 8_ Provisorium.

Abb. 9_ Endsituation.



Abb. 9

_Kontakt **cosmetic**
dentistry



Dr. Michael Visse
Georgstr. 24
49809 Lingen
Tel.: 05 91/5 90 77
E-Mail: info@dr-visse.de
www.dr-visse.de

Marktinformation

VITA Zahnfabrik

Evolution in der Farbmessung: VITA Easyshade Advance

Die Anwenderfreundlichkeit und Leistungsfähigkeit des bewährten Farbmessgeräts VITA Easyshade Compact wurde durch Entwicklung einer völlig neuen Software nochmals signifikant gesteigert. Das neue Dental-Fotospektrometer VITA Easyshade Advance ermöglicht eine exakte Bestimmung von Zahnfarben in Sekundenschnelle. Messresultate werden wahlweise gemäß VITA SYSTEM 3D-MASTER, VITA Classical A1-D4 oder in VITABLOCS-Farben angezeigt. Für die Systemverbesserung wurden die Präzision elektronischer Messdaten mit dem Prinzip der visuellen und standardisierten Farberkennung kombiniert. Die zukunftsweisende Softwarelösung ermöglicht eine besonders einfache, schnelle und vor allem hochpräzise Bestimmung der Grundfarbe natürlicher Zähne und Restaurationen. Die Ergebnisse sind dabei von zuverlässiger Repro-

duzierbarkeit, da sie durch keinerlei äußere Einflüsse wie Umgebungslicht bzw. den Anwender beeinträchtigt werden können. Zudem sind die genau definierten Messdaten eindeutig interpretierbar und sorgen so für eine reibungslose Kommunikation zwischen Praxis und Labor. Die exakte Farbbestimmung, -kommunikation mit dem fortschrittlichen VITA Easyshade Advance ermöglicht eine sehr gezielte Farbproduktion und hilft damit die Fehlerquote zu minimieren. Zeit- und kostenaufwendige Korrekturen oder gar Neuanfertigungen können so vermieden und dem Patienten auf Anhieb ein farbliches Idealergebnis geboten werden – unabhängig davon, ob die Fertigung des Zahnersatzes konventionell oder computergestützt erfolgt.



VITA Zahnfabrik

H. Rauter GmbH & Co. KG
Tel.: 0 77 61/56 22 22
www.vita-zahnfabrik.com

American Dental Systems

Tuff-Temp haftet sicher und zuverlässig



ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Die neue patentierte Gummi-Urethan-Formel von Tuff-Temp sorgt dafür, dass provisorische Veneer-, Kronen- und Brücken-Restaurationen fest verankert sind. Das Resin Tuff-Temp ist robuster, belastbarer und stabiler als Prothesen-Kunststoffe. Bruch-Risiko und schlechte Haftung werden signifikant minimiert. Tuff-Temp lässt sich sehr gut verteilen, es hinterlässt klare und akkurate Ränder, die sich weder enthärten noch verzerren. Mit Tuff-Temp bleiben Finishing-Instrumente sauber und verkleben nicht. Wird das Provisorium zum Beispiel mit einem niedertourigen Acryl-Bohrer oder einem feinen Diamanten-Bohrer abgekantet, so können bemerkenswerte Ergeb-

nisse erzielt werden. Tuff-Temp ist dualhärtend und eignet sich hervorragend bei der Anwendung von durchsichtigen Vinyl-Polysiloxan-Schablonen. Das Material für provisorische Veneers, Kronen und Brücken zeichnet sich aus durch eine hohe Biegefestigkeit und schnelle Lichtaushärtung.

American Dental Systems GmbH

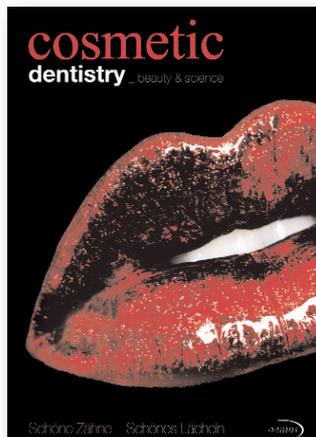
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 0 81 06/3 00-3 00
Fax: 0 81 06/3 00-3 10
E-Mail: info@ADSystems.de
www.ADSystems.de

OEMUS MEDIA

Exklusive Hochglanz-Poster für die Zahnarztpraxis

Die Praxis im Frühling aufpeppen – kein Problem! Die schönsten Titelmotive der Fachzeitschrift „cosmetic dentistry“ sind jetzt als exklusive Hochglanzposter für die Zahnarztpraxis erhältlich. Seit vielen Jahren besticht das Hochglanzcover der Fachzeitschrift „cosmetic dentistry“ durch außergewöhnlich ästhetische Titelmotive. Viele Zahnärzte haben die Bitte geäußert, diese Bilder auch für die Patientenkommunikation in der eigenen Praxis nutzen zu dürfen. Diesem Wunsch kommt der Verlag ab sofort nach und bietet mit der Poster-Trilogie „Schöne Zähne – Schönes

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info



Lächeln“ die Möglichkeit, drei der schönsten Titelbilder als hochwertiges Poster im A1-Format zu bestellen. Das Einzelposter ist zum Preis von 29 € und die Poster-Trilogie für 69 € jeweils zzgl. MwSt. + Versandkosten erhältlich. Wer noch nicht Abonnent der „cosmetic dentistry“ ist, erhält bei Abschluss eines Abos ein Poster seiner Wahl „on top“.

OEMUS MEDIA AG

Andreas Grasse
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-2 00
E-Mail: grasse@oemus-media.de

SHOFU Dental

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Beautiful Flow Plus

Okklusionstragende Seitenzahnrestaurationen einfach „injizieren“

Mit der Produktlinie Beautiful Flow Plus stellt SHOFU Dental die Indikationserweiterung für Flowables auf den okklusionstragenden Seitenzahnbereich vor.

Das Entwicklungskonzept von Beautiful Flow Plus basiert auf der Erzielung möglichst hoher mechanischer Kennwerte unter Beibehaltung der für Flow-Materialien typischen einfachen Handhabung. Beautiful Flow Plus steht in einer injektionsfähigen, aber absolut standfesten Variante „F00“ (Zero Flow) und einer moderat fließfähigen Variante „F03“ (Low Flow) zur Verfügung.

Beide können in den bekannten Flow-Indikationen, aber auch für die Füllungstherapie im Front- und Seitenzahnbereich eingesetzt werden.

Als wesentliche Innovation ist die Freigabe dieser Flow-Materialien für okklusionstragende Klasse I- und II-Restaurationen anzusehen.

Die physikalische Basis für diese Indikationserweiterung sind die gegenüber dem klassischen Beautiful

Flow um mehr als 50 Prozent erhöhte Dehngrenze (F00: 121 MPa, F03: 115 MPa) und um fast 30 Prozent erhöhte Biegefestigkeit sowie ein Elastizitätsmodul von 8,5 (F00) bzw. 8,4 GPa (F03).

Beide Viskositätsstufen sind in den Farben A0,5; A1; A2; A3; A3,5; A4, dem opakeren A20 sowie der Schmelzfarbe „Incisal“ (Inc) und einem „Bleaching White“ (BW) erhältlich. Zusätzlich gibt es in F00 die Opakfarben A0.50 und A10 und in F03 die opake A30, ein „Milky“ (MI) und „Cervical“ (CV).

Wie alle Beautiful Flows können auch die Flow-Plus-Komposits aus den Spritzen dank eines 360 Grad drehbaren „finger-grips“ und einer auswechselbaren, feinen Kanüle unkompliziert direkt appliziert werden.

„Cone Technique“

Die sogenannte „cone technique“ ist eine Schichttechnik, die durch die Verfügbarkeit direkt injizierbarer und zugleich absolut standfester Flow-Materialien entstanden ist. Dabei werden kegelförmige Inkremente in die Zentral- kavität injiziert, als würde man Höcker- oder höckerabhängunterstützende Strukturen vormodellieren wollen. Diese Koni werden dann – ohne bis dahin verlaufen zu sein – in einem Arbeitsgang lichtpolymerisiert.

Durch dieses Vorgehen werden praktisch alle wichtigen Strukturen der Restauration in einem Schritt direkt appliziert und polymerisiert, ohne die Bondingschicht kritischen Spannungen auszusetzen.

Das Verhältnis von gebundenen zu freien Oberflächen und damit der C-Faktor werden erstrebenswert klein gehalten, da zwar ein beträchtliches Kompositvolumen eingebracht wird, sich aber durch die einzelnen, sich nach okklusal konisch verjüngenden Strukturen eben größtenteils freie Oberflächen ergeben.

Abschließend wird die Restauration, ggf. in Teilschritten, mit einem weniger standfesten Flowmaterial komplettiert. Optional kann vor-

hergehend ein klassisches Flow im Sinne eines Liners am Kavitätenboden eingebracht werden.

Mit der Erweiterung um die Flow-Plus-Produkte ist das Beautiful-Restaurationssystem um ein bislang einzigartiges Plus für den Anwender bereichert worden. Die Beautiful-typischen ästhetischen Qualitäten können mit angenehmsten Handling-Eigenschaften und praxisökonomischen Arbeitsstrategien kombiniert in allen Indikationsbereichen umgesetzt werden.



VOCO

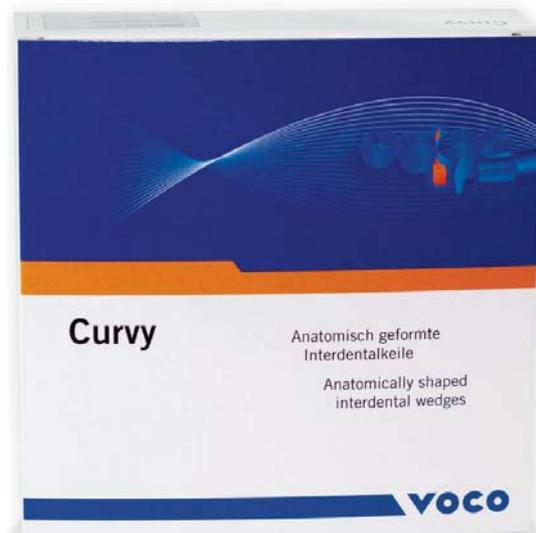
Curvy - Anatomisch geformte Interdentalkeile

Mit Curvy präsentiert VOCO anatomisch geformte Kunststoff-Interdentalkeile für den Einsatz in der Füllungstechnik. Die Keile weisen eine Biegung („Kurve“) auf, und zwar einmal im Uhrzeigersinn und einmal gegen den Uhrzeigersinn. Mit dieser Biegung folgen die Keile wesentlich besser als gerade Keile der Anatomie des Zahnes. Der besondere Vorteil von Curvy gegenüber herkömmlichen Holzkeilen liegt in der einfacheren Adaption im Interdentalraum und vor allem in der Berücksichtigung der anatomischen Strukturen am Zahnnahe der marginalen Gingiva. Curvy ist mit allen Matrizen-Arten und -Materialien anwendbar und ermöglicht durch seine Biegung („clockwise“ oder „counterclockwise“) und die

drei Keilgrößen (small, medium und large) eine optimale Adaption der Matrize am Zahn, vor allem im kritischen Bereich des Zahnnahe bei gleich-

zeitiger Separierung für die optimale Kontaktpunktgestaltung. Die Curvy-Keile werden in sechs kreisrunden Trägern mit 52 Keilen je einer Sorte

geliefert, aus denen die einzelnen Keile sehr einfach heraus-gelöst werden können. Die unterschiedliche Farbgebung erlaubt eine schnelle Auswahl der jeweils gewünschten Keile. So sind die Keile mit Biegung im Uhrzeigersinn orange und diejenigen mit Biegung gegen den Uhrzeigersinn blau eingefärbt, zudem beide in jeweiligen Farbabstufungen für die entsprechende Größe.



VOCO GmbH

Postfach 7 67

27457 Cuxhaven

E-Mail: info@voco.de

www.voco.de

Die Bedeutung der Lippen für die orofaziale Ästhetik

Autor_Dr. Wolfgang Kuhl

Einleitung

Unser Mund ist der Spiegel unserer Persönlichkeit: Ein strahlendes Lächeln gilt als Zeichen natürlicher Schönheit und macht uns sympathisch. Herunterhängende Mundwinkel hingegen lassen uns traurig und griesgrämig erscheinen.

Unsere Lippen drücken also aus, was wir denken und fühlen, und beeinflussen somit stark, wie uns unsere Umwelt wahrnimmt. Dabei wird die nonverbale Sprache des Mundes überall auf der Welt sehr ähnlich gedeutet.

Untersuchungen, in welchen der Blickverlauf der Probanden beim Betrachten eines Gesichtes aufgezeichnet wurde, sogenannte Viewfinder-Studien, kamen zu folgendem Ergebnis: Die Gesichtsregionen, die für die Attraktivität besonders wichtig sind, werden am häufigsten angeschaut. Das sind als erstes die Augen, danach der Mund, die Nase und die Haare.

Die Mundpartie als zentraler Punkt des unteren Gesichtsdrittels trägt somit wesentlich zum Gesamteindruck einer Person bei. Ein harmonisches Erscheinungsbild des Mundes wird durch Größe und Form und Proportionen von Oberlippe, Unterlippe und Zähnen maßgeblich bestimmt. Ein normales sym-

metrisches Bewegungsmuster als auch der Übergang zwischen Lippenrot und normaler Gesichtshaut sind hier hervorzuheben.

Für die ästhetische Beurteilung der zahnärztlichen Behandlung können auch die Lippen eine große Bedeutung haben.

Kulturelles

Im Verlauf der Geschichte hat es große Veränderungen in der Darstellung des Gesichts, insbesondere des Mundes, gegeben. Wurde vom Mittelalter bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts der Mund einer Frau sehr klein oder meist verdeckt dargestellt, sah man in den Zwanziger- und Dreißigerjahren des 20. Jahrhunderts schon Abbildungen, die den Mund deutlich zur Schau stellten. So wurde seit den Fünfzigerjahren der Mund immer freier dargestellt und mehr und mehr die Zähne gezeigt.

Neueste Untersuchungen aus dem Jahr 2010, durch das Pharmaunternehmen Allergan in Auftrag gegeben, bestätigen den Trend. Es wurden rund 10.000 Personen nach dem Wunschlächeln befragt. Die folgenden Schauspieler und Schauspielerinnen landeten auf den vorderen Plätzen. Bei den Frauen Julia Roberts, gefolgt von Angelina Jolie und Scarlett Johann-





son. Bei den Männern George Clooney vor Will Smith und Brad Pitt.

Betrachten wir uns das heutige Wunschlächeln, so erkennen wir, dass der Mund flächenmäßig einen viel größeren Anteil einnimmt als in früherer Zeit.

Und zwar sowohl was die Fläche der sichtbaren Zähne angeht als auch die Größe der Lippen. Wobei die Lippengröße bei Frauen in der ästhetische Beurteilung mehr ins Gewicht fällt, gelten volle Lippen im Allgemeinen doch als sinnlich und besonders feminin.

Kulturunabhängig wird die Lippenästhetik vor allem durch ihre Form, Größe und Oberflächenbeschaffenheit bestimmt. Diese korrelieren ebenfalls mit einer Reihe von Faktoren, wie Geschlecht und Alter. Bartwuchs rund um den Mund ist ein Symbol für Männlichkeit. Volle, rote, glatte Lippen stehen für Jugendlichkeit. Eine ausgeprägte Schanzenform (Ski jump) im Profil der Oberlippe ist ebenfalls ein Zeichen für Jugend und Attraktivität. Trockene, rissige und eingefallene Lippen hingegen sind ein Stigmata des Alters. Darüber hinaus bestehen aber auch große Unterschiede bei den verschiedenen Rassen. Farbige haben

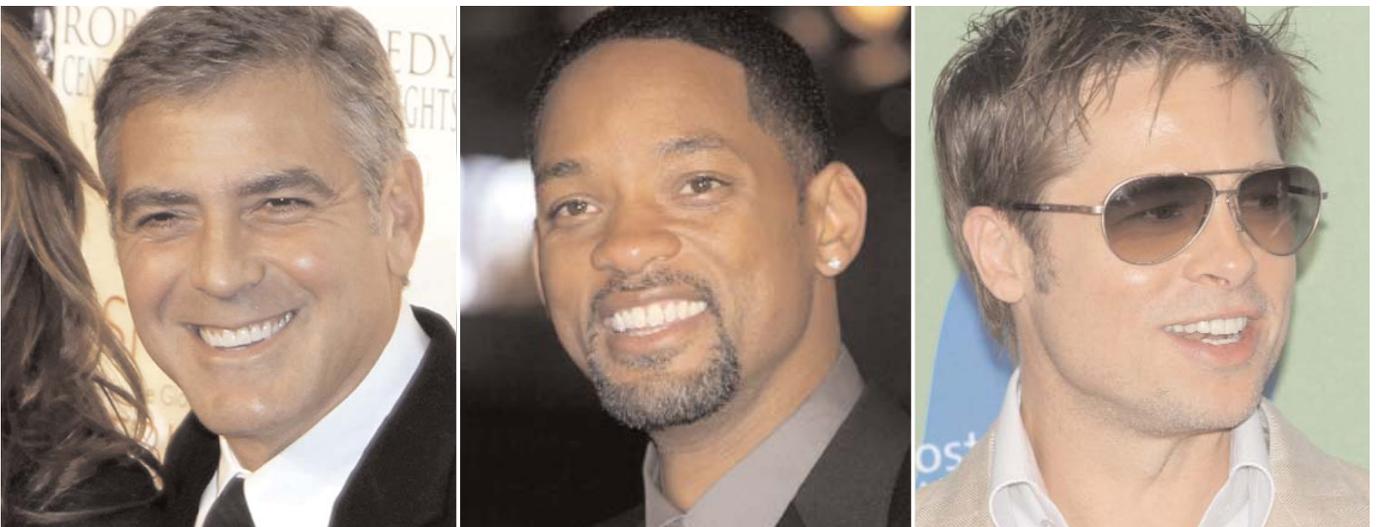
dickere, wulstigere, Asiaten dagegen eher besonders schmale Lippen (Abb. 1a–d).

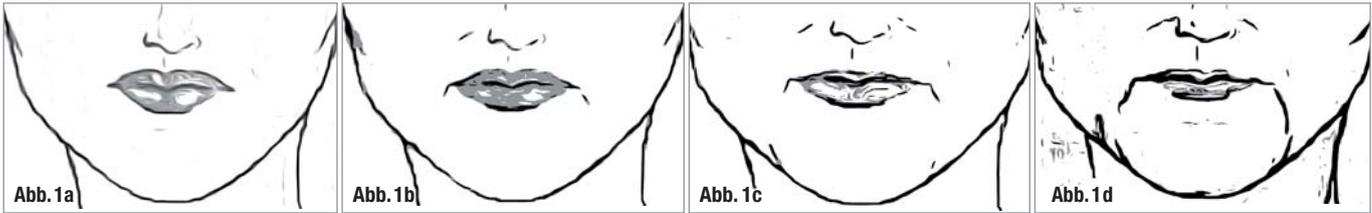
Kulturabhängig spiegeln Lippen die soziale Stellung wider. Bei einigen afrikanischen Stämmen gibt die Größe der Lippen und der darin verankerte Schmuck die soziale Stellung der Frau in der Gesellschaft wieder. Bei uns kennzeichnete im 17. und 18. Jahrhundert ein künstlich aufgemaltes Muttermal in Lippennähe die soziale Stellung einer Frau, d.h. ob sie verheiratet oder unverheiratet war.

Allgemeines

Neben der rein optischen Erscheinung erfüllen die Lippen selbstverständlich auch ganz sachliche Aufgaben, die im Folgenden dargestellt werden:

Sie dienen der Nahrungsaufnahme, indem sie den Mundraum verschließen (orale Kontinenz). Sie ermöglichen die verbale Kommunikation (sprechen, pfeifen) und die nonverbale Kommunikation. Die nonverbale Kommunikation wird schon von Babys kurz nach der Geburt benutzt. Hochgezogene Mund-





winkel stehen für angenehme Emotionen, herunterhängende Mundwinkel zeigen Trauer und Enttäuschung. Außerdem haben die Lippen eine Tast- und Berührungsfunktion (taktile Gnosis) sowie eine wichtige Sexualfunktion (küssen). Wird der Mund im normalen Umfang bewegt, fällt eine Verkleinerung der Mundöffnung bis auf ein Drittel nicht auf. Große Be-

__Anatomie

Da die Form und die Bewegungen der Lippen das ästhetische Ergebnis der zahnärztlichen Arbeit entscheidend beeinflussen, ist es wichtig, mehr über die Funktion und die sie umgebende Muskulatur zu wissen.

Der Musculus orbicularis oris formt die Lippe (Labia oris). Außen sind die Lippen von der Gesichtshaut bedeckt, innen von der Mundschleimhaut. Die Übergangzone wird durch das Epithel des Lippenrots gebildet. Die Mundöffnung (Rima oris) wird begrenzt durch das Lippenrot der Ober- und Unterlippe. Seitlich am Übergang zur Wange sind die Ober- und Unterlippe im Mundwinkel (Angulus oris) miteinander verbunden. Beim Aufbau der Lippen unterscheiden wir mehrere Schichten. Dazu gehören Haut, Subcutis mit Anteilen des SMAS (superficial musculo aponeurotic system), Muskeln, Submukosa und Mukosa. Die Lippenhaut besitzt keine Hornschicht und ist weich (Abb. 2).

Sie hat eine im Vergleich zur Resthautfarbe eines Mitteleuropäers rosige Farbe. Die Unterlippe hat einen etwas größeren Anteil an gelben Hautpigmenten. Unterlippe und Oberlippe zusammen mit der perioralen Region bilden eine funktionelle Einheit. Im Bereich der Oberlippe unterscheiden wir zwei laterale- und eine mediane Untereinheit (Cupid's Bogen oder Amorbogen). Im Bereich des Mundschlusses liegt die Grenzlinie von trockenem und feuchtem Anteil des Lippenrots (Abb. 3a und b).

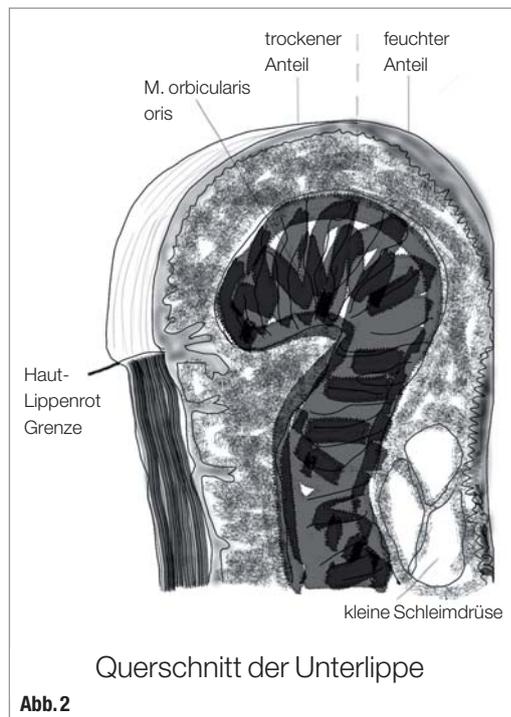


Abb. 2

deutung für die Ästhetik der Lippen hat der mukogingivale Übergang. Dabei führen bereits kleine Unregelmäßigkeiten zu großen ästhetischen Beeinträchtigungen.

Die Mimik der Lippen wird durch die Kontraktion der mimischen Muskulatur bestimmt.

Die wichtigsten sind für uns:

- M. zygomaticus major für das Lächeln (Abb. 4a)
- M. depressor anguli oris macht herunterhängende Mundwinkel (Abb. 4b)
- M. levator labii superioris alaeque nasi hebt die Oberlippe und entblößt die Oberkiefergingiva (Gummy Smile) (Abb. 4c)

__Bedeutung der Lippen für die ästhetische Restaurationen im Frontgebiet

Die Hauptelemente der Gesichtsfläche – Auge, Nase und Mund – sind in Größe und Funktion variabel. Sie können offen und geschlossen sein und so viele Spielarten des Ausdrucks aufweisen. Durch ihre Dynamik sind sie bei der ästhetischen Analyse zu be-

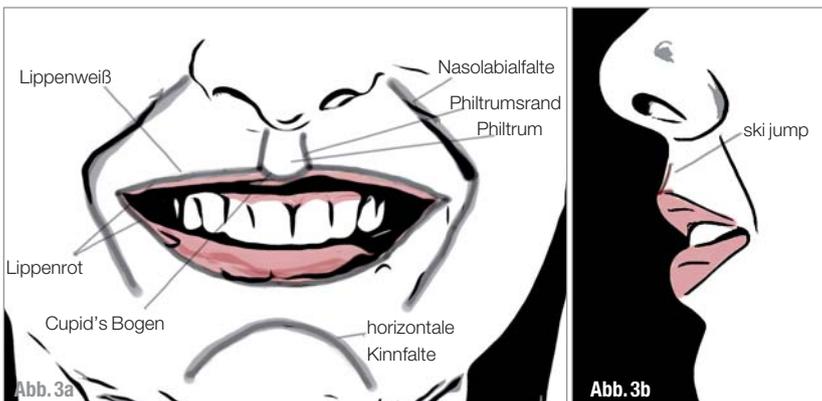
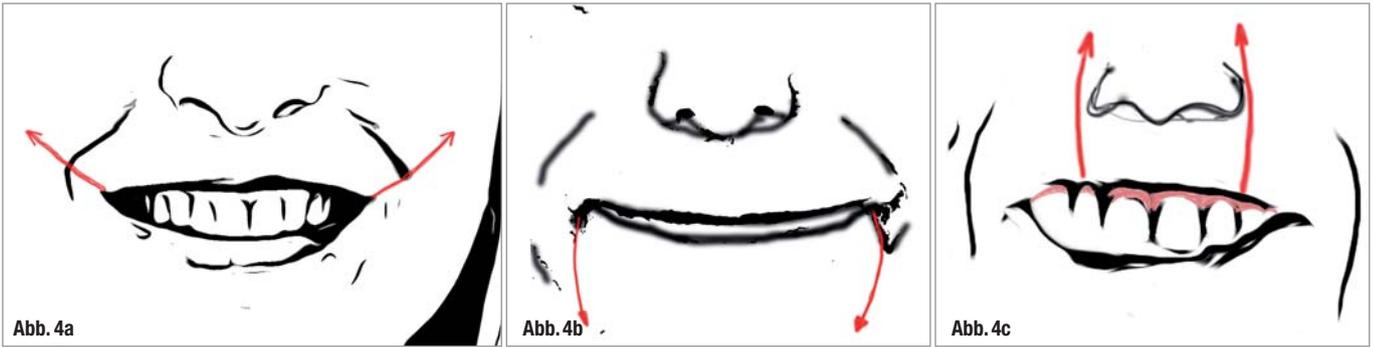


Abb. 3a

Abb. 3b



achten. Augen und Nase bleiben im Laufe des Lebens ziemlich gleich. Der Mund verändert sich jedoch mit zunehmendem Alter stark. Dadurch werden ästhetische Restaurationen anspruchsvoller. Denn das periorale Gewebe verliert mit zunehmendem Alter an Spannkraft, wodurch sich die Sichtbarkeit der oberen- und unteren Frontzahnflächen verändert. Das führt dazu, dass die in der Ruheposition des Unterkiefers sichtbare Zahnlänge der Oberkiefer-Frontzähne bei 20-Jährigen noch ca. 3,5 mm, bei 50-Jährigen etwa 1 mm und bei 70-Jährigen kaum sichtbare 0,2 mm betragen. Umgekehrt kommen die unteren Frontzähne mit zunehmendem Alter immer mehr zum Vorschein (Abb.5a–c). Da der ästhetische Zahnbereich nach oben und unten von der Lippe begrenzt ist, sind wir hier in der Praxis besonders gefordert.

Veränderungen der Okklusion wirken sich ebenfalls auf das Erscheinungsbild der perioralen Region aus. Stark abradierete Seitenzähne mit entsprechendem Verlust der vertikalen Dimension führen zu schmaleren Lippen und stark aufeinanderliegenden Mundwinkeln. Dies hat oftmals Mundwinkelrhagaden zur Folge. Beim kompletten Verlust der seitlichen Stützzonen treten die Mundwinkel weiter nach innen und wirken wie eingezogen. Umgekehrt führt ein anatomisch offener Biss zum Austrocknen der Lippen. Gehen im Oberkiefer Frontzähne durch Trauma oder Extraktion verloren, erschwert dies ebenfalls die Restauration. Es kommt zum Problem der Lippenfülle im Gesichtsprofil. Auf eine ausreichende orale Unterstützung der Lippen ist in diesem Fall besonders zu achten, auch um beginnende periorale (Plissee-)Fältchen zu vermeiden. Plissee-Fältchen treten bei Rauchern durch das Festhalten und Ab-

dichten der Zigarette mit den Lippen häufiger auf. Angespannte mimische Muskulatur bei starken Bruxern bringt ebenfalls schmale Lippen mit sich. Patienten sollten darüber aufgeklärt und gegebenenfalls mit Schienentherapie vorbehandelt werden. Bei starker muskulärer Aktivität der Lippenheber der Oberlippe kommt es bei einigen Patienten zur großflächigen Entblößung der Oberkiefergingiva. Besonders bei festsitzenden Restaurationen stellt dies außergewöhnlich hohe Anforderungen an den Behandler, da der Gingivaverlauf und die Restaurationsränder unter Umständen störend sichtbar sind. Hier ist eine Reduktion der Muskelaktivität der Lippenheber durch Botox eine mögliche, denkbare Therapievereinfachung.

Für das ästhetische Gesamtbild spielt auch die Farbe der Zähne eine große Rolle. Die Helligkeit der Zahnfarbe kann durch die Farbe der Lippen indirekt beeinflusst werden. Durch einen dunkleren Lippenstift kann die Zahnfarbe so sogar ohne Bleaching oder eventuelle neue Restaurationen korrigiert werden. Das ästhetische Gesamtbild der Mundregion wird durch eine homogene Grenzlinie von Lippenrot zu Lippenweiß stark verbessert. Die Verschönerung der Lippe durch Lippenkosmetik, wie zum Beispiel Permanent Make-up, Lipliner oder Puder, ist der Patientin anzuraten.

_Fazit

Ein gutes ästhetisches Gesamtergebnis macht sowohl die Patienten als auch die Zahnärzte glücklich und zufrieden. Es fördert das Selbstvertrauen und die Lust, mit seinem Wirken etwas Schönes zu erschaffen.

_Kontakt **cosmetic**
dentistry

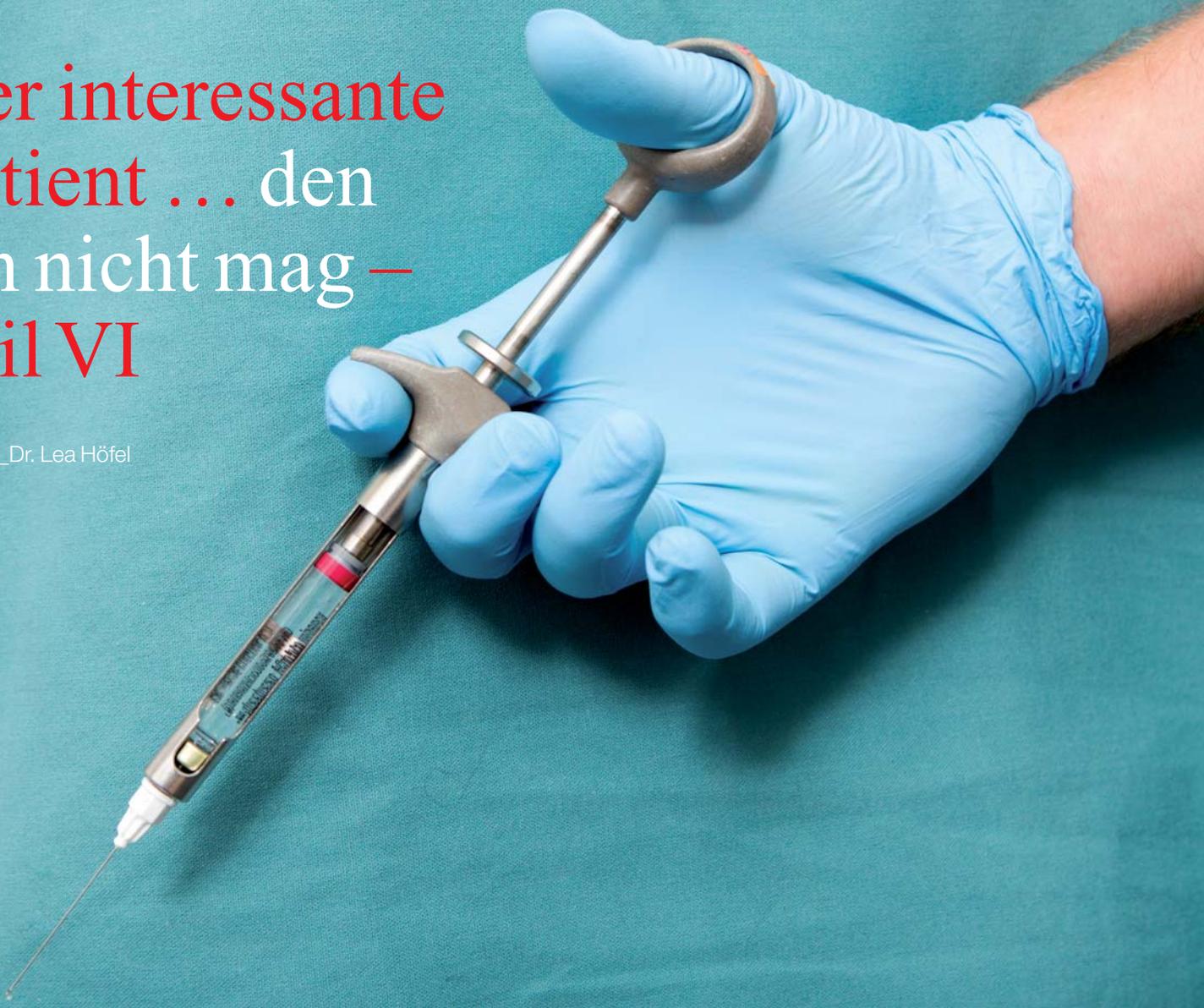


Dr. Wolfgang Kuhl
Reuterweg 62
60323 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69/72 65 72
E-Mail: info@zahnarzt-
praxis-reuterweg.de



Der interessante Patient ... den ich nicht mag – Teil VI

Autorin_Dr. Lea Höfel



Die Reihe „Der interessante Patient“ handelt von unterschiedlichen Patienten, welche aus psychologischer Sicht durchaus interessant sind. Die psychischen Befindlichkeiten der Patienten beeinträchtigen jedoch den zahnmedizinischen Behandlungsverlauf. Für den Zahnarzt ist es deshalb wichtig, die Ursachen für das Verhalten der Patienten zu verstehen und das eigene Verhalten daraufhin zielorientiert anzupassen.

Es gibt jedoch auch Patienten, die man einfach nicht leiden kann. Schon der Anblick des Patienten ruft negative Gefühle hervor, die wir eventuell noch nicht einmal erklären können. Diese Ausgabe der Reihe „Der interessante Patient“ beschäftigt sich deshalb nur peripher mit dem Patienten an sich. Vielmehr geht es diesmal darum, den Zahnarzt zu durchleuchten, wenn er mit Patienten Schwierigkeiten hat. Es ist die Aufgabe des Zahnarztes, sich selbst besser zu verstehen, die Ursachen zu ergründen und das eigene Verhalten und persönliche Einstellungen zu ändern: Dieser Artikel richtet sich erstmals direkt an den Zahnarzt.

Ursachen

Mitmenschen, die wir nicht leiden können, sind aus psychologischer Sicht ein Segen. In einem Zitat von Antoine de Saint-Exupéry heißt es: „Der, der ausschließlich den respektiert, der einem gleicht, der respektiert nur sich selbst.“ Sehen Sie ab heute jede unangenehme Person als Möglichkeit, mehr über sich selbst zu erfahren und offen für neue Erfahrungen zu werden.

Die häufigsten Ursachen dafür, dass wir jemanden nicht mögen, lassen sich mit drei Fragen aufdecken:

1. Sagt die Person eine Wahrheit, die wir selbst ungern akzeptieren wollen?
2. Legt die Person Verhaltensweisen an den Tag, die wir gerne hätten?
3. Legt die Person Verhaltensweisen an den Tag, die wir an uns selbst nicht mögen?

Nehmen wir zur Verdeutlichung einen Patienten, der sich über die langen Wartezeiten beschwert oder das ganze Management infrage stellt.

Stellen Sie sich folgende Fragen:

1. Ist auch nur ein Fünkchen Wahrheit in seiner Behauptung?

Wenn Sie ganz ehrlich zu sich selbst sind, lassen Terminvergabe oder Management vielleicht wirklich zu wünschen übrig – zumindest aus Ihrer Sicht. Wenn Sie selbst der Meinung wären, dass die Wartezeiten angemessen sind, könnte Sie der Angriff des Patienten nicht aus der Ruhe bringen und Sie würden keine negativen Gefühle mit ihm verbinden.

2. Bin ich ein eher zurückhaltender Mensch und traue mich nicht, meine Meinung so offen und vehement darzulegen?

Kann es sein, dass Sie auch manchmal gerne etwas stärker auf den Tisch hauen würden? Missfällt Ihnen der leicht respektlose Umgang des Teams mit Ihnen? Würden sie dem Steuerberater einmal gerne schonungslos sagen, dass er zu langsam arbeitet? Wenn Ihnen Beispiele in diese Richtung einfallen, entspricht Ihre Abwehr gegen den Patienten wahrscheinlich dem Wunsch, ähnlich handeln zu können.

3. Bin ich vielleicht auch ein impulsiver Mensch, der sich zu schnell beschwert? Würde ich das an mir gerne ändern?

Gibt es Situationen, in denen Sie sich übereifrig beschweren und Ihre Mitarbeiter ungerechtfertigt beschuldigen? Würden Sie manchmal gerne gelassener und durchdachter reagieren? Das Unbehagen, welches das Verhalten des Patienten und dadurch der Patient an sich bei Ihnen auslöst, entspringt dann wahrscheinlich der Tatsache, dass er Ihnen einen wenig schmeichelhaften Spiegel vorhält.

Entstehung

Zu Anfang sollten wir uns bewusst machen, wie Ärger oder „nicht mögen“ entsteht. Die einzig wahre Antwort lautet: diese Gefühle entstehen in uns selbst. In unserem Kopf.

Die erfreuliche Nachricht ist, dass sich dieser Prozess über vier Stufen entwickelt und wir ihn jederzeit unterbrechen können.

Im ersten Schritt nehmen wir die andere Person mit unseren Sinnen wahr. Wir sehen, hören, fühlen und riechen unser Gegenüber (vom Schmecken nehme ich anfangs Abstand). Wir können unsere Sinne trainieren. Es ist uns überlassen, ob wir positive oder negative Merkmale aufnehmen. Die Richtung, die wir am häufigsten trainieren, werden wir wahrnehmen. Im nächsten Schritt interpretieren wir aufgrund un-

serer Wahrnehmung und unserer bisherigen Erfahrungen etwas in die Person hinein. Es ist wiederum uns überlassen, welche Interpretationen wir zulassen. Der erste Gedanke bei unserem Patienten könnte sein: „Meine Güte, ist der aufbrausend und ungerecht.“ Wenn wir das bemerken, sollten wir uns gleich ein inneres Stoppschild vor Augen halten und überlegen, ob es noch andere Interpretationsmöglichkeiten gibt. Sehe nur ich das so oder sehen andere es genauso? Trifft er bei mir einen wunden Punkt, weshalb ich gereizt interpretiere? Welche andere Interpretation ist noch möglich? Wir können dem Patienten auch in Gedanken Mickey Mouse Ohren aufsetzen, wenn das ein besseres Bild ergibt. Es liegt an uns, was wir aus dem Wahrgenommenen machen!

Im nächsten Schritt entstehen Gefühle. Je nachdem, was wir vorher wahrgenommen und interpretiert haben, sind diese Gefühle positiv oder negativ. Nehmen wir an, sie sind doch entgegen aller Absichten negativ geworden. Auch jetzt können wir das noch ändern. Drehen Sie innerlich eine lustige Musik auf, lassen Sie gedanklich bunte Smileys von der Decke regnen. Sofort verändert sich das negative Gefühl ins Positive.

Als letztes kommt unsere Reaktion, die von den vorherigen Phasen abhängt. Und auch hier können wir im Ernstfall noch selbst die Notbremse ziehen. Die ursprüngliche Reaktion wäre Ablehnung? Wechseln Sie in den Modus Anlehnung – es ist allein Ihre Entscheidung.

Folgen

Die Tatsache, dass wir einen Patienten nicht leiden können, zieht eine Reihe von Folgen nach sich. Nicht nur, dass die Arbeit weniger Spaß macht, das Team aufgehetzt wird, der Patient unfreundlich behandelt wird oder die Arbeit leidet. Das sind die offensichtlichen Folgen. Im Verborgenen entwickelt sich noch mehr.

Nehmen wir an, der Patient, den wir nicht mögen, hat um 14 Uhr einen Termin. Eventuell beschäftigen Sie sich schon vorher gedanklich mit ihm, rufen dabei unangenehme Gefühle hervor, schauen auf die Uhr, instruieren die Mitarbeiter und „rüsten“ sich innerlich.

Was dabei geschieht, ist ein hervorragendes Training für das Gehirn, genau solche Situationen immer schneller zu erkennen, herbeizurufen und zu

ANZEIGE

Seminare:

25.02.2011, Stuttgart

7.05.2011, Hamburg

4.06.2011, München

Telefon 03643-80 80 0
info@HarmonieSchiene.de

Zukunftstrend: Zähne unsichtbar gerade stellen

Harmonie®

SCHIENE

HarmonieSchiene.de

ORTHOS



min beim Zahnarzt nicht pünktlich stattfindet. Erfinden Sie irgendetwas, was Ihr Verständnis oder zumindest Ihre Laune anhebt!

Schweigen und Beobachten

Üben Sie sich darin, Ihren Patienten erst einmal schweigend zu beobachten, bevor Sie überhaupt die kleinste Interpretation zulassen. Sobald wir uns mit einer Person intensiv beschäftigen – und sei es nur für 20 Sekunden – können wir selbst entscheiden, welche Gefühle wir entwickeln.

Recht geben und dann umstimmen

Geben Sie Ihrem Patienten zu Anfang recht in dem, was er sagt. Er wird Sie daraufhinschnell als Verbündeten ansehen und ist danach empfänglicher für Ihre Vorschläge.

Den anderen mögen ohne Zuneigung zu erwarten

Führen Sie sich vor Augen, was Ihre eigenen Erwartungen sind. Gehen Sie davon aus, dass Personen, denen gegenüber Sie freundlich sind, auch zu Ihnen freundlich sein müssen? Wenn ja, verabschieden Sie sich von jeglichen Erwartungen. Empfinden Sie Freude daran, andere zu mögen und vermeiden Sie es, diese Freude von deren Reaktionen abhängig zu machen.

Kochübung

Stellen Sie sich Ihre Einstellung dem Patienten gegenüber wie ein leckeres Essen vor, das Sie selbst zubereiten. Als Zutaten haben wir Probleme, Ziele, eigene Fähigkeit und gute Gefühle. Gehen Sie vorsichtig mit der Zutat „Probleme“ um, suchen Sie sich geeignete Zielgewürze aus (z.B. glücklicher Patient, zufriedenes Team), streuen Sie eigene Fähigkeiten dazu (Geduld, Toleranz, Akzeptanz) und gehen Sie großzügig mit guten Gefühlen um (Freude, Gelassenheit, Glück). Finden Sie selbst heraus, was nötig ist, um Ihren Patienten zu mögen.

_Fazit

Der Umgang mit Personen, die wir nicht leiden können, erfordert einen ungeheuren psychischen Kraftaufwand. Beschäftigen wir uns innerlich mit den negativen Gefühlen, erreichen wir, dass wir noch mehr davon bekommen. Es ist jedoch jedem möglich, seine Einstellung einer anderen Person gegenüber zu ändern, da sie im eigenen Kopf entsteht. Sobald wir diese Tatsache für uns selbst nutzen, gibt es nur noch Patienten, die wir mögen. _

_Autorin **cosmetic** dentistry



Dr. Lea Höfel

Diplom-Psychologin
Dissertation zum Thema „Ästhetik“, Internationale Veröffentlichungen und Tagungsbeiträge zu den Themen „Kognitive Grundlagen der Ästhetik“ und „Psychologie in der Zahnmedizin“. Zusätzliche Ausbildungen: Entspannungstrainerin und Journalistin, Heilpädagogisches/Therapeutisches Reiten.

Kontakt:

Dr. Lea Höfel
Tel.: 0 88 21/7 81 96 42
Mobil: 0178/7 17 02 19
E-Mail: lea.hoefel@arcor.de
www.psychologie-zahnheilkunde.de

vermehren. Alles, was wir verstärkt thematisieren, wird größer. C.G. Jung sagte: „Wogegen du deinen Widerstand richtest, dem schaffst du Bestand.“ Je mehr wir uns mit negativen Gefühlen gegenüber dem Patienten auseinandersetzen, desto mehr bekommen wir davon.

Schon der Gedanke, dass wir einen solchen Patienten nicht in der Praxis haben wollen, bewirkt das Gegenteil. Die geistige Vorstellung des Patienten in der Praxis hat einen viel größeren Einfluss auf unsere Handlungen als die eingeschobene Verneinung. Sie werden mehrere Patienten wie diesen bekommen.

Stellen Sie sich lieber vor, dass der Patient heute freundlich ist. Wenn er es nicht ist, überlegen Sie, ob er einen schlechten Tag hatte. Wenn das nicht hilft, freuen Sie sich auf den Moment, in dem der Patient die Praxis verlässt. All diese Übungen sind für Ihr Gehirn Trainingseinheiten, positiv zu denken.

_Überlegungen

Wenn Sie den Patienten immer noch nicht leiden können, gibt es eine Vielzahl von Übungen, die Sie durchführen können.

Rollentausch

Versetzen Sie sich einmal in die Lage Ihres Patienten. Wenn Sie nichts über ihn wissen, denken Sie sich etwas aus. Visualisieren Sie, wie der Patient zwischen zwei Arbeitsterminen zu Ihnen in die Praxis hetzt und dort erfahren muss, dass er warten muss. Stellen Sie sich vor, dass ihn seine Frau in der Frühe verlassen hat. Malen Sie sich aus, dass er von Aliens bedroht wird, die ihn mitnehmen wollen, falls der Ter-



COMPONEER™

Das Lächeln zum einfach Mitnehmen.



Direct Composite Veneer System Die innovative und verblüffend einfache Frontzahnrestauration

Ein natürliches ästhetisches Lächeln in nur einer Sitzung: Ob Einzelzahn- oder komplette Frontsanierungen, mit Hilfe von COMPONEER™ können ästhetische Korrekturen ungewöhnlich einfach und schnell in der Freihand-Technik realisiert werden. Die vorgefertigten Komposit Schmelz-Schalen verbinden die Vorteile der direkten Kompositrestauration mit den Vorzügen laborgefertigter Veneers. Dies bietet völlig neue Perspektiven für Zahnarzt und Patient und am Ende Grund zum Lächeln für beide. www.componeer.info

Wie verändert das Internet unseren Praxisalltag?

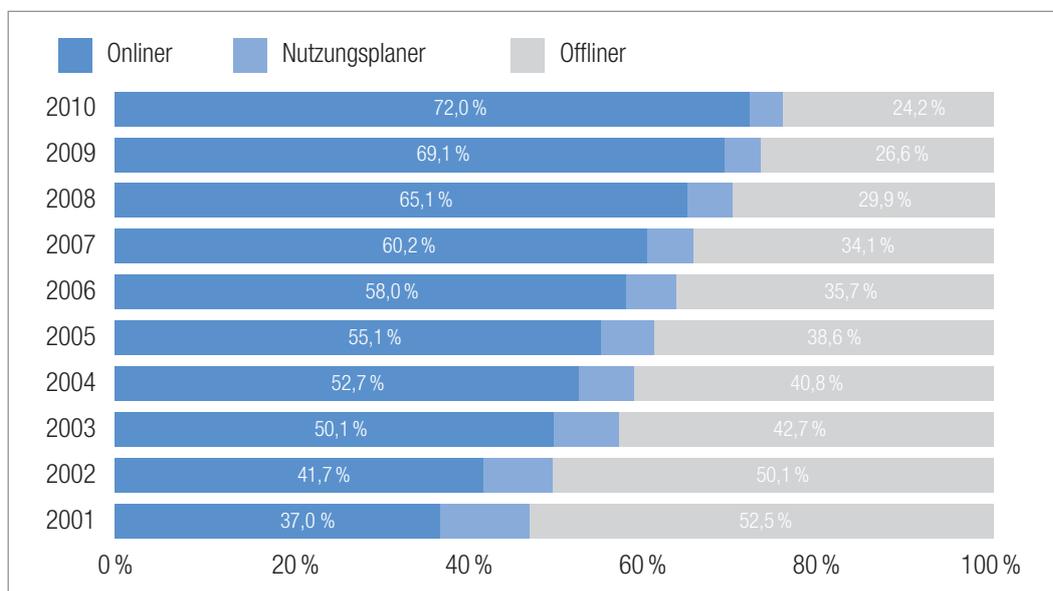
Innovative Kommunikationsstrategien als Erfolgsmotor

Autor _Dr. Michael Visse (Fachzahnarzt für Kieferorthopädie), Gründer von iie-systems

Am Internet geht kein Weg mehr vorbei. Welchen Stellenwert das Medium mittlerweile eingenommen hat, zeigen aktuelle Untersuchungen der Initiative D21 – Europas größter Partnerschaft zwischen Politik und Wirtschaft für die Informationsgesellschaft (vgl. Abb. 1).

Fast drei von vier Deutschen nutzen das Internet regelmäßig – Tendenz steigend. Überdurchschnittlich hoch liegt der Anteil in den Altersgruppen bis 49 Jahren (vgl. Abb. 2). Eindeutige Zusammenhänge gibt es zwischen Anteil der Nutzung und Qualifikation bzw. Einkommen. So

Abb. 1 _Entwicklung der Internetnutzung in Prozent.
Quelle: Initiative D21 e.V.
(N)Onliner Atlas 2010



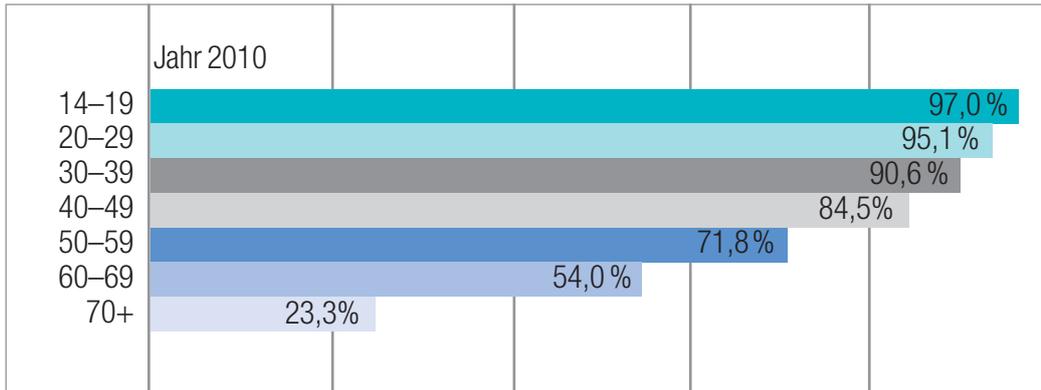


Abb. 2_ Internetnutzung nach Altersgruppen im Jahr 2010 in Prozent.

Quelle: Initiative D21 e.V. (N)Onliner Atlas 2010

sind knapp 90% der Menschen mit Abitur oder Studium online. Ebenso steigt die Nutzung mit dem Einkommen (vgl. Abb. 3).

Für die Digital Natives, also die Personengruppe, die mit dem Internet aufgewachsen ist, ist die Nutzung des Mediums zur Informationsgenerierung und Informationsaustausch ein integraler Bestandteil des täglichen Lebens. Praxen und Patienten müssen gleichermaßen mit dem Einsatz des Internets umgehen und lernen, wie es sich im täglichen Praxisalltag nutzen lässt. Neu ist die Geschwindigkeit, mit der die Digital Natives die Gesellschaft transformieren. Ein Tempo, mit dem Praxen Schritt halten müssen, wenn sie auf Dauer in der Netzgesellschaft bestehen wollen.

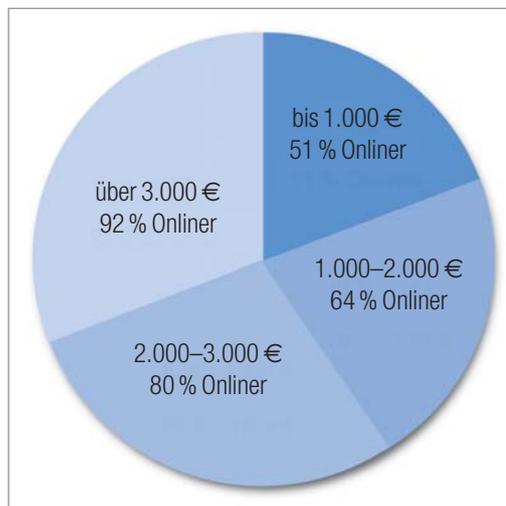


Abb. 3_ Internet nach Einkommen in Prozent (Anteil Onliner in der Einkommensgruppe).

Quelle: Initiative D21 e.V. (N)Onliner Atlas 2010

Ungeahnte Chancen

Für den zukünftigen Erfolg einer Praxis wird das weltweite Netz ohne Frage eine immer wichtigere Rolle spielen – und das nicht nur, weil die Zielgruppen äußerst interessant sind. Denn schon heute läuft die Abrechnung in vielen KV-Bereichen online, und mit der neuen Gesundheitskarte wird das Cloud Computing unwiederbringlich Einzug in die tägliche Praxis halten. Die rasante Entwicklung ist von daher schon jetzt nicht mehr aufzuhalten. Die Frage lautet also nicht, ob das Medium unsere Praxen zukünftig verändern wird, sondern vielmehr wie schnell und in welchem Umfang. Bislang nimmt das Internet im Alltag der meisten Praxen jedoch maximal eine rudimentäre Bedeutung ein. Viele unterschätzen – oft sicherlich aus Unsicherheit oder Wissensdefiziten – das Potenzial einer Webseite und die Möglichkeiten, die das sog. Web 2.0 mit Portalen wie Facebook, Twitter etc. bietet. 68% der Teens und 57% der Twens haben ein Profil bei einem oder mehreren Social-Network-Anbietern. Diese Netzwerke nutzen sie auch, um sich über Dienstleistungen zu informieren.

Und genau hier lauert eine Gefahr: Denn wer die moderne Kommunikation ignoriert, gerät leicht ins Abseits. Der strategische Blick in die Zukunft

wird für Praxen immer wichtiger – das haben erfolgreiche Mitbewerber längst erkannt und unter Beweis gestellt. Für die anderen bedarf es eines Umdenkungsprozesses und neuer Ideen. Wie man solche schnell und komfortabel in den eigenen Praxisalltag integriert, ist unser Thema der nächsten Ausgabe von cosmetic dentistry. Dann werden wir uns ausführlich mit den Möglichkeiten eines innovativen Patient Relation Managements (PRM) beschäftigen und zeigen, dass der Blick auf Neues kein lästiges Übel darstellt, sondern im Gegenteil großartige und bislang ungeahnte Chancen eröffnet.

Autor

cosmetic
dentistry



Dr. Michael Visse

Georgstr. 24
49809 Lingen
Tel.: 05 91/5 90 77
E-Mail: info@iie-systems.de
www.iie-systems.de

ZWP online – dritte Generation wurde zur IDS vorgestellt

Erfolgreichstes Nachrichten- und Informationsportal der Dentalbranche präsentierte sich pünktlich zur IDS komplett überarbeitet sowie komplex erweitert und baut damit seine Spitzenposition aus. Im Fokus der Weiterentwicklung standen Schnelligkeit, Informationstiefe und Vernetzung. In 30 Millisekunden ist man jetzt am Ziel.

Seit mehr als zwei Jahren agiert das Nachrichtenportal www.zwp-online.info erfolgreich am Markt. In seiner Bedeutung von dem ein oder anderen anfangs vielleicht etwas unterschätzt, beanspruchte das Portal von Beginn an die Marktführerschaft in diesem Segment. Inzwischen hat sich www.zwp-online.info erfolgreich im deutschsprachigen Raum etabliert. Durch mehr als zwei Millionen Seitenzugriffe und über 450.000 Besucher allein im Jahr 2010 wurde dieser Anspruch mehr als bestätigt. ZWP online verfügt über eine Mobileversion für Smartphones und ist auch auf allen gängigen Tablet-Computern uneingeschränkt inkl. E-Paper-Funktion für alle OEMUS MEDIA-Publikationen nutzbar. Mehr als 30.000 Empfänger erhalten jede Woche per Newsletter die aktuellsten Informationen aus Zahnmedizin, Berufspolitik und Wirtschaft. Auch in der Schweiz und Österreich erfreut sich das Portal seit September 2010 wachsender Beliebtheit.

ZWP online goes digital

Schon heute ist ZWP online der Maßstab moderner Medientechnologie in der Dentalbranche. Dabei wird konsequent auf die Verknüpfung von Online- und Off-

line-Medien gesetzt. Blätterte man vor einigen Jahren noch in Zeitungen und Magazinen, wird heute gescrollt und geklickt. Webinare, iPad und Co. haben längst in Deutschlands Zahnarztpraxen und Laboren Einzug gehalten.

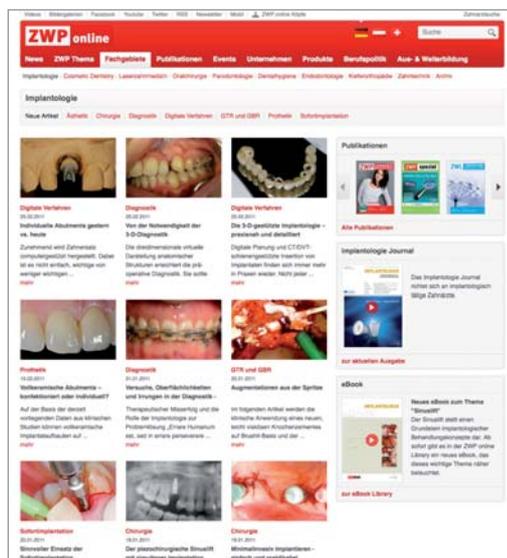
ZWP online stellt sich den neuen digitalen Herausforderungen und erweiterte jüngst dahingehend das Angebot. Mit der eigenen Verlags-App können alle Publikationen noch bequemer als E-Paper auf dem iPad gelesen werden. Außerdem stehen seit Neuestem eBooks zu den verschiedensten Spezialgebieten der Zahnheilkunde sowie zu den Bereichen Wirtschaft und Recht zur Verfügung. Die themenspezifischen eBooks können ganz einfach online und interaktiv mit dem gewohnten Lesekomfort kostenfrei genutzt oder gegen Aufpreis als hochwertiger Ausdruck bestellt werden.

Relaunch macht Portal noch leistungsfähiger

Pünktlich zur IDS 2011 wurde ZWP online nun rund erneuert. Nicht nur das Gesamterscheinungsbild der Seite ist frischer, sondern auch das integrierte Media-center wurde überarbeitet. Gleichzeitig wurde darauf geachtet, den Wiedererkennungswert des Nachrichtenportals beizubehalten. Die Informationsarchitektur der neuen Seite wurde optimiert, um die Inhalte für die User noch übersichtlicher zu gestalten. Die Navigation schafft durch Drop-Down-Menüs einen schnelleren Zugriff auf die gewünschten Inhalte.

Neues bei „Firmen & Produkte“

Einzigartig für die digitale Dentalwelt ist u.a. die strukturierte Aufbereitung von Firmen- und Produktinformationen. Hier finden die Nutzer alle wichtigen Informationen über die Dentalindustrie, ihre Partner und die Produkte. Mit dem Portal-Relaunch wurden auch diese Bereiche noch einmal überarbeitet und mit zahlreichen neuen Funktionen versehen. Zentraler Moment der Erneuerung sind hier die unternehmensbezogenen Mediacenter, worin Bildergalerien und Videos platziert werden können.





ZWP Thema und Autorenköpfe – die „Neuen“ auf dem Portal

Neben der neuen Rubrik „ZWP Thema“, die jeden Monat ein anderes zahnmedizinisches Spezialgebiet in den Fokus rückt, komplettiert ab sofort ein weiterer Bereich das Menü des Nachrichtenportals – die sogenannten „Autorenköpfe“. Im umfangreichen Auto-

renlexikon werden alle Autoren und Referenten mit eigenen Profildaten gelistet, die für ZWP online und der OEMUS MEDIA AG aktiv sind oder waren. Diese Autoren- bzw. Referenten-Profilseiten enthalten Foto, Adresse, Vita und eine Auflistung der veröffentlichten Beiträge und gehaltenen Vorträge mit entsprechenden Links. Damit ist es jetzt möglich, beim Lesen von Publikationen oder Programmheften in der E-Paper-Funktion sofort die wichtigsten Informationen zum Autor bzw. Referenten abzurufen. Somit steht den Nutzern von www.zwp-online.info mittelfristig eine außerordentlich umfangreiche Autoren-Datenbank für die Dentalbranche zur Verfügung.

In null Komma nichts zur gewünschten Information

Auch die Suchfunktion auf www.zwp-online.info wurde überarbeitet und kann nun locker mit den großen Suchmaschinen wie Google & Co. konkurrieren. Mit rekordverdächtigen 30 Millisekunden ist die Suche auf dem Portal jetzt noch leistungsfähiger und schneller als je zuvor. Die User landen so mit ein paar Klicks sofort bei den gewünschten News, Produktneuheiten oder im Mediacenter – getreu dem Motto des Portals „Finden statt Suchen!“

Brustimplantate, Bauch- und Oberarmstraffungen vom MKG-Chirurgen

Autorin Dr. med. Dr. jur. Susanne Listl

Das Bundesverfassungsgericht gab mit Beschluss vom 01.02.2011 – 1 BvR 2383/10 – der Verfassungsbeschwerde eines Facharztes für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie statt. Es entschied damit, dass eine nur verhältnismäßig geringfügige fachfremde Tätigkeit nicht gegen die berufsrechtliche Regelung verstöße, grundsätzlich nur in dem Gebiet der eigenen Gebietsbezeichnung tätig zu werden.

In dem vom Bundesverfassungsgericht entschiedenen Fall betreibt der Beschwerdeführer, approbierter Arzt und Zahnarzt sowie Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, eine MKG-chirurgische Facharztpraxis, in der er nach eigenen Angaben pro Jahr ca. 3.600 Operationen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich durchführt. Daneben ist er Geschäftsführer einer Klinik für „Schönheitsoperationen“, die in der Rechtsform einer GmbH betrieben wird und deren al-

leinige Gesellschafterin seine Schwester ist. Der MKG-Chirurg ist in dieser Klinik auch ärztlich tätig und operiert dort nach eigenen Angaben pro Jahr etwa 400- bis 500-mal. Dabei beträgt der Anteil der Operationen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich nach seiner Einschätzung 90% der Klinik-tätigkeit. Seit dem Jahr 2001 führt der MKG-Chirurg aber auch Operationen zur Veränderung der Brust (Einsetzen von Brustimplantaten) sowie Bauch- und Oberarmstraffungen durch.

Gegenstand der Verfassungsbeschwerde war ein Urteil des Hamburgischen Berufungsgerichts für die Heilberufe vom 09.12.2009 – 42 H 3/08 – sowie das nachfolgende Berufungsurteil des Hamburgischen Berufungsgerichtshofs für die Heilberufe vom 30.06.2010 – 6 Bf 60/10.HBG –. Das Hamburgische Berufungsgericht für die Heilberufe hatte dem MKG-Chirurgen wegen Ver-

stoßes gegen § 31 Abs. 3 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe und gegen § 2 Abs. 8 der Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte einen Verweis erteilt und ihm eine Geldbuße vom 1.500 Euro auferlegt. Die Berufung gegen dieses Urteil hatte der Hamburgische Berufsgeschichtshof für die Heilberufe zurückgewiesen. Gegen diese beiden Entscheidungen legte der MKG-Chirurg Verfassungsbeschwerde ein. Mit seiner Verfassungsbeschwerde rügte er eine Verletzung von Art. 3 Abs. 1 (Allgemeiner Gleichheitssatz) und Art. 12 Abs. 1 GG (Berufsfreiheit). § 31 Abs. 3 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) und § 2 Abs. 8 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte Hamburgs regeln den Grundsatz, dass Fachärzte nur in dem eigenen Fachgebiet tätig werden dürfen. Dieser Grundsatz wird auch als das Verbot fachfremder Tätigkeit formuliert.

Das Bundesverfassungsgericht entschied, dass die von den beiden Gerichten gewählte Auslegung des § 31 Abs. 3 HmbKGGH unverhältnismäßig sei und den Beschwerdeführer in seiner durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützten Berufsfreiheit verletze. Aus Sicht des Bundesverfassungsgerichts hatten die beiden Gerichte zwar zutreffend den Zweck des § 31 Abs. 3 HmbKGGH darin gesehen, die besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten eines Facharztes auf seinem Gebiet zu erhalten und damit die Qualität der fachärztlichen Tätigkeit zu sichern. Auch sei die ärztliche Tätigkeit im Rahmen des Einsetzens der Brustimplantate, der Bauch- und Oberarmstraffungen fachfremd.

Für das Bundesverfassungsgericht ist es jedoch zur Gewährleistung des durch die Facharztausbildung erreichten Leistungsstandards eines Facharztes nicht erforderlich, selbst geringfügige fachfremde Tätigkeiten auszuschließen. Es sei nicht nachvollziehbar, warum sich die Fähigkeiten und Kenntnisse auf dem Gebiet der fachärztlichen Tätigkeit durch eine fachfremde Tätigkeit verschlechtern sollten, die in einem nur sehr geringen Umfang ausgeübt wird. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die mit der Vorschrift bezweckte Schulung der das jeweilige Facharztgebiet betreffenden Fähigkeiten bereits dadurch erreicht wird, dass die fachärztliche Tätigkeit den deutlich überwiegenden Umfang der Gesamttätigkeit ausmacht. Würde das Verbot der Tätigkeit außerhalb des jeweiligen Fachgebiets ausnahmslos und unbeschränkt gelten, ergäben sich Wertungswidersprüche im Verhältnis zu Ärzten mit mehreren Facharztbezeichnungen oder Medizinern, die nur in Teilzeit tätig seien.

Eine Rechtfertigung des Eingriffs in die Berufsausübungsfreiheit des betroffenen MKG-Chirurgen ergibt sich nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts auch nicht aus anderen Gemeinwohlbelangen. Insbesondere der Patientenschutz erfordere es nicht, einem bestimmten Fachgebiet zugeordnete

Behandlungen durch Ärzte dieses Fachgebiets durchführen zu lassen. Die Qualität ärztlicher Tätigkeit werde durch die Approbation nach den Vorschriften der Bundesärzteordnung sichergestellt. Eine andere Sichtweise würde bei Ärzten ohne Facharztstitel dazu führen, dass diese praktisch gar nicht mehr ärztlich tätig sein könnten, weil die fachärztlichen Bereiche das Spektrum ärztlicher Tätigkeit inzwischen weitgehend abdeckten.

In Anwendung dieser Grundsätze hielt das Bundesverfassungsgericht die berufsrechtliche Verurteilung des MKG-Chirurgen wegen Verstoßes gegen Art. 12 Abs. 1 GG für nicht zulässig. Nach den eigenen Angaben des MKG-Chirurgen betrage der Anteil an fachfremden Operationen an der Gesamtzahl der jährlich durchgeführten Operationen weniger als zwei Prozent. Selbst wenn man eine höhere Zahl von 200 fachgebietsfremden Operationen – wie von der zuständigen Ärztekammer angeführt – annehme, liege der Anteil der fachfremden Operationen bei unter fünf Prozent und bewege sich damit noch im geringfügigen Bereich.

Eine generelle Aussage dazu, wo die Geringfügigkeitsgrenze hinsichtlich der Zulässigkeit fachfremder Tätigkeiten liegt, traf das Bundesverfassungsgericht nicht. Die Grenze ist den Ausführungen des Gerichts zufolge jedenfalls bei einem operativen Anteil fachfremder Tätigkeiten von unter fünf Prozent nicht überschritten. Weitere Einzelfallentscheidungen hierzu werden folgen müssen. Dies gilt in besonderem Maße für die Ausübung bestimmter fachfremder Tätigkeiten in großen ärztlichen Einheiten wie überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ. Auch lässt der Beschluss letztlich die Frage unbeantwortet, wie „fremd“ die fachfremde Tätigkeit denn sein kann. In dem entschiedenen Fall ging es jeweils um operative Tätigkeiten. Es bleibt zu hoffen, dass nicht erst die Haftungsrechtsprechung die Frage entscheidet, ob der im Sinne des Allgemeinwohls generell geforderte (fach-)ärztliche Standard etwa auch von einem fachfremd neurochirurgisch tätigen Facharzt für Innere Medizin gewahrt werden kann. Es stellt sich sodann die Frage, ob die Ausübung zahnärztlicher Tätigkeiten durch einen Arzt als „fachfremd“ im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts angesehen werden kann, sodass sie in geringfügigem Umfang auch ohne zahnärztliche Approbation zulässig wäre. In jedem Fall öffnet der Bundesverfassungsgerichtsbeschluss vom 01.02.2011 bereits jetzt die Tür zur Flexibilisierung der Fachgebietsgrenzen. Wie groß der Türspalt wirklich ist und ob er weiter geöffnet wird, bleibt abzuwarten.

_Kontakt cosmetic dentistry



Dr. med. Susanne Listl

Rechtsanwältin und Ärztin
Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER
Rechtsanwältinnen
Berlin • Düsseldorf • Essen •
Freiburg im Breisgau •
Köln • Meißen • München •
Sindelfingen
Posener Str. 1
71065 Sindelfingen
Tel.: 0 70 31/95 05-22
(Frau Stenzer)
Fax: 0 70 31/95 05-99
E-Mail: listl@rpfmed.de





IGÄM – Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.

Präsident: Prof. Dr. Dr. habil. Werner L. Mang

Kursreihe: 2011

„Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“
Anti-Aging mit Injektionen

Programm „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“ · Kursleiter: Dr. med. Andreas Britz

	1. KURS Live-Demo + praktische Übungen*	2. KURS Live-Demo + praktische Übungen*	3. KURS Live-Demo + praktische Übungen*	4. KURS Prüfung
MÜNCHEN	13.05.2011 · 10.00 – 17.00 Uhr	14.05.2011 · 10.00 – 17.00 Uhr	02.06.2011 · 10.00 – 17.00 Uhr	03.06.2011 · 10.00 – 12.00 Uhr
KÖLN/ DÜSSELDORF¹	30.09.2011 · 10.00 – 17.00 Uhr vernetzte und unvernetzte Hyaluronsäure Sponsoren: Pharm. Allergan, TEOXANE	01.10.2011 · 10.00 – 17.00 Uhr Botulinumtoxin-A Sponsor: Pharm. Allergan	12.10.2011 · 10.00 – 17.00 Uhr Milchsäure (Sculptra) um Volumenfiller (Hyaluronsäure) Sponsoren: Sanofi-Aventis, TEOXANE Prüfungsvorbereitung	12.10.2011 · 10.00 – 12.00 Uhr Abschlussprüfung (multiple choice) und Übergabe des Zertifikats

*Jeder Teilnehmer hat die Möglichkeit für die praktischen Übungen einen Probanden mitzubringen. Hierfür werden interessierten Teilnehmern lediglich die Materialkosten in Rechnung gestellt.

Organisatorisches

Kursgebühren je Kurs (1.–3. Kurs)
IGÄM-Mitglied 295,00 € zzgl. MwSt.
Nichtmitglied 355,00 € zzgl. MwSt.

Tagungspauschale
pro Teilnehmer 45,00 € zzgl. MwSt.
(umfasst Pausenversorgung und Tagungsgetränke, für jeden Teilnehmer verbindlich)

Abschlussprüfung (inkl. Zertifikat)
IGÄM-Mitglied 290,00 € zzgl. MwSt.
Nichtmitglied 320,00 € zzgl. MwSt.

Die Übergabe des Zertifikates erfolgt nach erfolgreichem Abschluss der Kursreihe.

Bitte beachten Sie, dass die Kurse **nur im Paket** gebucht werden können. Wenn Sie einen der Kurse als **Nachholtermin** besuchen möchten, ist die Buchung auch einzeln möglich.

Hinweis: Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die entsprechenden medizinischen Qualifikationen voraus. Aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Auffassungen und Rechtsbegrifflichkeiten im föderalen System der Bundesrepublik kann es seitens der einzelnen KZV/Kammern zu verschiedenen Statements im Hinblick auf die Behandlung durch Zahnärzte mit Fillern kommen. Klären Sie bitte eigenverantwortlich das Therapiespektrum mit Ihrer Kammer ab bzw. informieren Sie sich über fortführende Ausbildungen, z. B. zum Heilpraktiker.

Nähere Informationen zu Terminen, Programm, den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Veranstaltungsorten finden Sie unter www.oemus.com

Veranstalter/Organisation
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: +49-3 41/4 84 74-3 08
Fax: +49-3 41/4 84 74-3 90
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com

Wissenschaftliche Leitung
IGÄM – Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.
Feldstraße 80
40479 Düsseldorf
Tel.: +49-2 11/1 69 70-79
Fax: +49-2 11/1 69 70-66
E-Mail: sekretariat@igaem.de

In Kooperation mit



Anmeldeformular per Fax an
+49-3 41/4 84 74-3 90

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für den Kurs „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“ am

- 13. Mai 2011 in München
- 03. Juni 2011 in München
- 28. Oktober 2011 in Düsseldorf
- 14. Mai 2011 in München
- 30. September 2011 in Köln
- 29. Oktober 2011 in Düsseldorf
- 02. Juni 2011 in München
- 01. Oktober 2011 in Köln

melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

Name/Vorname/Titel Mitglied IGÄM Nichtmitglied IGÄM

Name/Vorname/Titel Mitglied IGÄM Nichtmitglied IGÄM

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail

Iceland's Dreaming

Die mystischen
Phantasiewelten von
Katrin Olina

Autorin_Catharine Banach

Ihre Räume sind wie Märchen, aus Träumen gewebt. So stark und machtvoll in ihrer bildhaften Präsenz, dass sie nur noch Raum für Phantasie übriglassen.

Katrin Olina ist Isländerin, doch ihre Arbeit scheint der puren Schlichtheit des traditionell bekannten nordischen Designs selbstbewusst zu trotzen. Ihr Werk lässt sich schwer etikettieren. Vielleicht gerade deshalb repräsentiert sie das kreative Schaffen des modernen Islands wunderbar. Und mit einer unverwechselbaren Handschrift. Die Vorstellungskraft der Künstlerin wird gespeist mit Bildern aus der Natur, Mythologie – und aus Träumen. „Sie sind Postkarten von unserem Unterbewusstsein, das ein riesiger Vorrat an Bildern und Emotionen ist. Ich erforsche dieses Reich und versuche, es visuell in die Realität zu übersetzen“, sagt Katrin Olina.

Olinas grafische Sprache – zwischen Kunst, Illustration und Grafik angesiedelt – hat sich in den letzten Jahren zu einem einzigartigen visuellen Universum entwickelt, das sich auf eine breite Palette von Objek-





ten, Designs, Illustrationen und Interiors projizieren lässt. Sie arbeitet für die National Gallery in Oslo, den Gestalten Verlag, für Rosenthal, Fornarina, Corian, das Montreux Jazz Festival sowie für Design-Größen wie Philipp Stark und Ross Lovegrove. Gelungenes Beispiel aus der Innenarchitektur ist die 2007 in Kooperation mit dem Architekten Michael Young entstandene SKIN Aesthetic Clinic, ein Zentrum für ästhetische Medizin in Florenz. Es ist ein sehr sinnlicher, inspirierender, gestalterisch spannender Ort, an dem puristische Reinheit und Zartheit des behandelten Themas und die feminine Eloquenz aufeinandertreffen. Was dabei entstanden ist, verführt mit emotionalem Reichtum und grafischen Charme.

Bemerkenswert und typisch für Olinas Interieurs ist die Technik namens Sentry Glas Expressions von DuPont. Mit hochauflösendem Digitaldruck wurde es möglich, das individuelle Design mit einem patentierten Verfahren auf eine spezielle Folie zu drucken und zwischen Glasscheiben zu fassen. Damit ließen sich nicht nur Türen oder Raumteiler individuell verglasen; jetzt kam das Produkt auch erstmals für einen dekorativen Glasfußboden zum Einsatz. Der Effekt ist grandios: eine Atmosphäre von totaler Phantasie. Und sie bringt das Thema des Projektes auf den Punkt: Schönheit ist der Moment, wenn du dich aufrichst in der Kraft deiner inneren Welt. Nämlich: Inspiration und Phantasie. _



_Info	cosmetic dentistry
flyin'graces, Atelier für lebenslange Schönheit www.flying-graces.de	

Antarktis – die eisige Schönheit des siebten Kontinents

Autor _Priv.-Doz. Dr. Christian R. Gernhardt



Abb. 1

Abb. 1 _Adeliepinguine auf Devil Island. Sie genießen ebenfalls die angenehmen Temperaturen.

_Nachdem ich in einer der vorangegangenen Ausgaben bereits über die Schönheit und Tierwelt Südgeorgiens berichtet habe, möchte ich Ihnen in dieser Ausgabe ein weiteres Highlight unserer Reise durchs Südpolarmeer – die Antarktis – ein wenig näherbringen. Nachdem wir von Leipzig über Frankfurt nach Buenos Aires und dann weiter nach Ushuaia, der südlichsten Stadt der Erde, nach Feuerland geflogen waren, starteten wir unsere Seereise mit dem unter

russischer Flagge fahrenden Expeditionsschiff Professor Molchanov. Über die Falkland-Inseln und Südgeorgien fuhren wir bis zur antarktischen Halbinsel und durch die berühmte Drake-Passage zurück nach Feuerland. Eine Reise der besonderen Art – für uns einzigartig und daher kaum mit passenden Worten zu beschreiben. Da sich die fast vier Wochen nicht auf wenigen Seiten abbilden lassen, möchte ich den interessierten Lesern in diesem Beitrag die



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

bedrohliche und doch auch liebevolle Schönheit der Antarktis, zumindest der antarktischen Halbinsel, vorstellen. Ein faszinierendes Reiseziel.

Wir verließen Südgeorgien in der Nacht des 24. Dezember 2009 und nahmen Kurs in Richtung Antarktis. Das Wetter zeigte sich nicht von seiner schönsten Seite. In den nächsten drei Tagen sollten wir erleben, was es heißt, südlich des 56. Breitengrades die Meere zu befahren. Starke Böen aus Südwest peitschten das Meer auf. Wind und hohe Wellen wirbelten die Professor Molchanov durcheinander. Wir mussten den Kurs für mehrere Stunden den Windverhältnissen anpassen und waren daher deutlich weiter nordwestlich als gedacht. Also entschied unser erfahrener Leiter – Rolf Stange – die vorgelagerten Süd-Orkney-Inseln liegen zu lassen und direkt zur Antarktis zu fahren.

Die Antarktis, der siebte und letzte, von Menschen nahezu unberührte Kontinent, umfasst die um den Südpol gelegenen Gebiete. Sie reicht nach Norden etwa bis zur antarktische Konvergenz bei etwa 50° südlicher Breite, wo das kalte antarktische unter das wärmere subtropische Oberflächenwasser absinkt. Die Antarktis wurde bereits ab dem frühen 19. Jahrhundert von verschiedenen Forschungsexpeditionen erschlossen. Der politische Status wurde 1961 im Antarktisvertrag geregelt. Der Kontinent ist mit etwa 13–14 Millionen km² etwa 3–4 Millionen km² größer als Europa und etwas größer als Australien. Die exakte Fläche des Festlandbereiches ist nicht bekannt, da große Teile der dauerhaften Eisbedeckung am Rand aus Meer- und Schelfeis bestehen. Womit man auch schon beim auffälligsten Merkmal des antarktischen Kontinents ist – er ist fast völlig vereist. Man geht davon aus, dass bis zu 90% des weltweiten Eises und 70% der gesamten Süßwasserreserven in der Eisdecke der Antarktis stecken. Im antarktischen Winter erstrecken sich die Eisgebiete weit in Richtung Norden und die Fläche der Antarktis nimmt dann auf bis zu 30 Millionen km² zu. Im Sommer ist ebenfalls nur ein sehr geringer Teileisfrei (2,4% der Gesamtfläche). Die Jahresdurchschnittstemperatur liegt in Polnähe bei etwa –55 °C. Die tiefste jemals gemessene Temperatur auf der Erde beträgt –89,6 °C und wurde 1983 von der sowjetischen Wostok-Station auf dem Polarplateau gemessen. An der Küste liegen die Temperaturen in

gemäßigeren Bereichen und können im Sommer (Januar) sogar auf einige Grad über Null ansteigen. Wir sollten also während unseres Aufenthalts mit Temperaturen um den Gefrierpunkt rechnen. Die Antarktis selbst hat keine Ureinwohner und auch keine Bevölkerung in der Art, wie wir sie kennen. In den zahlreichen internationalen Forschungsstationen leben im Sommer etwas über 3.000 und im Winter ungefähr 1.000 Menschen unterschiedlicher Nationalitäten. Politisch gesehen hatte die Antarktis in der Vergangenheit Glück gehabt. Durch die weit entfernte Lage von den ehemaligen Welthandelsrouten, kalt, ohne sichtbare Rohstoffe, unwirtlich und lebensfeindlich, war die Antarktis von der Kolonialisierung des 19. und 20. Jahrhunderts nicht betroffen. Auf Initiative des Geophysikalischen Jahres in den Jahren 1957/58 wurde daher eine Form der friedlichen internationalen Zusammenarbeit gefunden, die ebenso einmalig ist wie die Antarktis selbst. Auf der Grundlage des Antarktisvertrags von 1959 hat sich das Antarktische Vertragssystem entwickelt, das ursprünglich von zwölf Staaten beschlossen wurde und die Antarktis vor wirtschaftlicher Ausbeutung und militärischer Nutzung schützt. Auf dem Höhepunkt des Kalten Krieges wurde so ein friedliches internationales Vertragswerk geschaffen, das 1959 unterzeichnet und am 23. Juni 1961 in Kraft trat. Dieser Vertrag wurde mittlerweile von 46 Staaten anerkannt und hat eine Laufzeit bis 2041. In diesem Vertragswerk sind auch alle touristischen Aktivitäten der Antarktis geregelt und stellen für Reise- und Expeditionsveranstalter strenge Verhaltensregeln zum Schutz der Antarktis auf. Derzeit besuchen etwa 35.000 Menschen jährlich die Antarktis. Viele von ihnen jedoch lediglich als Kreuzfahrt-Passagiere, die das Land selbst nicht betreten. Also durchaus ein Privileg, dass wir die Möglichkeit hatten, diesen Kontinent zu bereisen und zugleich ausgedehnte Landausflüge zu unternehmen.

Je näher wir der antarktischen Halbinsel kamen, desto häufiger konnten wir Tafelberg am Horizont beobachten. Am Abend des 27.12. passierten wir endlich die der Antarktischen Halbinsel vorgelagerten Inseln d'Urville und Joinville. Auch wenn Land endlich wieder zum Greifen nah war, würden wir noch den ganzen Abend und durch die Nacht

Abb. 2_ Die Südpolarmeere können durchaus stürmisch sein und einen ganz schön mitnehmen.

Abb. 3_ Eis soweit das Auge reicht. Im Hintergrund Paulet Island – die Heimat von 100.000 Adeliepinguinen.

Abb. 4_ Impressionen aus Eis. Riesige Tafelberg im Weddell-See.



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7

Abb. 5_ Fast jeder Eisberg wird auch von den Pinguinen bewohnt.

Abb. 6_ Sonnenuntergang im Weddell-Meer.

Abb. 7_ Einfach schön, Orcas im Sonnenuntergang.

fahren, um unser Ziel an der antarktischen Halbinsel zu erreichen. Wir hatten am 28.12. morgens gegen 6.00 Uhr nach 90 teils sehr stürmischen Stunden auf See endlich die Antarktis erreicht und konnten diese beim Durchfahren des Antarctic Sounds im Norden der Antarktischen Halbinsel in der schönsten Morgensonne erleben. Weite Gletscher und Eisberge in allen Größen und Formen säumten unseren Weg. Wir ankerten schließlich vor Brown Bluff und für die meisten wurde ein lange gehegter Traum wahr, als wir erstmals unsere Füße auf den siebten Kontinent setzten. Begleitet von etwa 20.000 Adeliepinguin und einigen Eselspinguin unternahmen wir unsere ersten antarktischen Gehversuche. Mittags verließen wir den Antarctic Sound und brachen in das Weddell-Meer auf. Der Anblick der teils riesigen Tafelberge in allen Formen war unbeschreiblich. Da sich zudem das Wetter noch von seiner allerfreundlichsten Seite präsentierte, genossen wir die Fahrt Richtung Paulet Island auf den Außen-decks. Überall standen vereinzelt Adeliepinguine und auch ein sehr selten anzutreffender junger Kaiserpinguin, das Symboltier des ganzen Kontinents, auf dem Eis. Am frühen Abend erreichten wir Paulet Island, die Reste eines erloschenen Vulkans. Dort konnten wir die größte Adeliepinguinkolonie der Region, etwa 100.000 Pinguine bestaunen. Abends setzten wir die Fahrt ins Weddell-Meer mit Ziel Devil Island fort. Während der nächsten Stunden genossen wir einen langen, antarktischen Hochsommerabend und Sonnenuntergang. Das Meer und die umliegenden Berge und Gletscher färbten sich über orange, rosa nach schwachblau. Farben, die ein Künstler so nur schwer mischen kann. Mehrfach passierten wir Schwertwale, und die Anblicke der Eisberge im Sonnenuntergang kann man schwer

beschreiben. Der erste Eindruck des nächsten Tages ließ kaum glauben, dass wir uns in der Antarktis befanden: Die Sonne schien und wärmte mit unwirklicher Kraft (15–20° in der Sonne). Ein kurzer Spaziergang entlang des Ufers, das mit kleinen Eiskulpturen sowie Adeliepinguin gesäumt war, führte uns zu einem höher gelegenen Bereich – ein atemberaubender Anblick auf an die etwa 10.000 Adeliepinguine und das tiefblaue Meer. Der Anstieg zu einem Horn des Teufels (daher Devil Island) führte zunächst über ausgedehnte Schneefelder und Geröll. Ein sensationeller Ausblick entschädigte für den schweißtreibenden Aufstieg. Am Nachmittag setzte der Kapitän Kurs nach Süden. Nicht weit vor unserem Ziel, der Insel Snow Hill, war eine Weiterfahrt nicht mehr möglich. Das Meer war komplett zugefroren. Noch ein kurzer Ausflug zu den Eisbergen und dann ging es zurück nach Norden. Am nächsten Tag, der 30.12.2009, fiel der Anker im Südwesten der King George Insel. In diesem Bereich befindet sich die größte Dichte an Forschungsstationen in der gesamten Antarktis. Wir besuchten die russische Station Bellingshausen, die in direkter Nachbarschaft zur chilenischen Station Frei liegt. Fast ungewohnt, so viele Häuser und Menschen zu sehen. Im Verlauf einer Wanderung zur Nordküste der Insel konnten wir einen Blick auf die berühmte Drake Passage werfen. Am Strand lagen mehrere See-elefanten. Die tonnenschweren Tiere dösten ruhig und friedlich vor sich hin. Gegen Mittag waren wir alle wieder an Bord, und die Professor Molchanov nahm Ziel auf Deception Island – ein Hotspot jeder Antarktisfahrt. Wir befanden uns jetzt in Gewässern, die auch von anderen Kreuzfahrtschiffen angelaufen werden. Zunächst passierten wir den sehr engen Eingang. Das Innere der hufeisenförmigen Insel Deception besteht aus einer Caldera, Port Foster. Wir ankerten in der Telefon Bay. Wie überall auf Deception Island, so bestand der Strand auch hier aus dunkler vulkanischer Asche. Eine sensationelle Landschaft, schwarz und weiß. Nach einem kurzen Spaziergang erreichten wir einen kleinen Hügel und bekamen einen tollen Überblick über die bizarre Vulkanlandschaft, die von einigen freundlichen Sonnenstrahlen in ein bizarres Licht getaucht wurde. Ein zweites Mal passierten wir Neptune's Bellows und setzten anschließend Kurs Süd, hin zur Westküste

Abb. 8_ Wunderbarer Überblick vom Bergrücken über die sonnegeflutete Bucht.

Abb. 9_ Es kann durchaus warm sein. Gut, dass ich nicht nur warme Sachen mitgenommen habe – gefühlte 20° Celsius.



Abb. 8



Abb. 9

BRITE VENEERS®

Smile Design – mit non-prep Veneers der schmerzlosen Alternative für zufriedene Patienten

Zertifizierungskurs (9 Fortbildungspunkte)



vorher



10
Veneers in
1 Stunde



nachher

Erlernen Sie die **einfache Handhabung** des revolutionären BriteVeneers® non-prep Systems zum Wohle Ihrer Patienten und Ihrer Praxis

Vorteile für Ihre Patienten

- schmerzfrei – keine Spritze
- schonend – keine Entfernung gesunder Zahnschicht
- schnell – keine Provisorien
- strahlend – einfach schöne Zähne

Vorteile für Ihre Praxis

- attraktive Neupatienten/Praxisumsatzsteigerung
- überregionale Marketing- und Werbeunterstützung
- breit gefächertes non-prep Veneersystem
- einfache Möglichkeit der Form- und Farbveränderung

In einer kleinen Arbeitsgruppe erleben Sie die Anwendung des BriteVeneers®-Systems bei der Komplettbehandlung durch den zahnärztlichen Trainer. Zusätzliche Sicherheit können Sie durch die Teilnahme am Hands-on Kurs gewinnen, indem Sie selbstständig einen kompletten Veneerbogen, sowie ein Einzel Veneer am Phantomkopf platzieren.

Wählen Sie individuell nach dem Anspruch Ihrer Patienten das passende Veneersystem

BriteVeneers® One-Step ceramic

Zeitersparnis mit der
patentierten Tray-Technologie
100% Keramik

BriteVeneers® handcrafted ceramic

individuelle Kreation mit maximalen
Transluzenz- und Farbvariationen
100% Keramik

NEU
BriteLays
BriteCrowns
BriteAligner

Kurse 2011

Frankfurt/Main
30.04.11

Düsseldorf
14.05. od. 16.07.11

Rostock
28.05.11

München
04.06. od. 23.07.11

Berlin
25.06. od. 22.10.11

Hamburg
02.07.11

Kursdauer: 10.00–16.00 Uhr 1. Teil: Theoretische Einführung in das BriteVeneers®-System • 2. Teil: Demonstrationsbehandlung am Phantomkopf • 3. Teil: 16.00–18.00 Uhr Hand-on Kurs Einsatz von 6 Veneers am Phantomkopf durch jeden Teilnehmer (fakultativ)

MELDEN
SIE SICH
JETZT AN!

Tel.: +49-3 41/9 60 00 60 · Fax: +49-3 41/4 84 74 600 · E-Mail: info@brite-veneers.com · www.brite-veneers.com

Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und der DGZMK. **9 Fortbildungspunkte** (Teil 3)



Abb. 10



Abb. 11

Abb. 10_ Eine Krabbenfresserrobbe ruht sich auf einer Eisscholle aus.

Abb. 11_ Ähnlichkeiten mit britischen Polizisten sind schwer zu leugnen.

der Antarktischen Halbinsel. Durch die Gerlache Strait fuhren wir zu einem Punkt Namens Spigot Peak. Vom felsigen Ufer führte uns ein Weg zu einer hoch gelegenen Kolonie von Zügelpinguinen. Danach ging es durch den Neumayer Kanal in Richtung Port Lockroy – eine britische Forschungsstation, Museum, Post und ein Souvenirladen. Genau der richtige Ort zum Jahresende. Wir feierten dort eine einmalige Silvesterparty, die man in solcher Umgebung sicherlich nicht oft erleben kann. Am Morgen des 1.1.2010 hatte es aufgeklart, und das neue Jahr, Port Lockroy sowie die umgebende Landschaft präsentierten sich unter einem teilweise blauen Himmel. Kurze Zeit später erreichten wir einen der berühmtesten Wasserwege der Antarktis – den Lemaire Kanal. Er ist nur 7 Kilometer lang, bis zu 350 Meter schmal und eingerahmt vom Festland der Antarktischen Halbinsel und der bis zu 1.000 Meter hohen Booth-Insel. Senkrechte Felswände, hängende Gletscher und schroffe Klippen zu beiden Seiten geben ein tolles Panorama.

Schließlich umrundeten wir das Südennde der Booth-Insel und erreichten dabei unsere südlichste Position: 65°06'S, lediglich 2.700 Kilometer vom Südpol entfernt. Dort trafen wir erstmals auf einen Seeleoparden, der faul in der Sonne schlief. Zurück ging es durch den Lemaire Kanal in Richtung Paradise Bay und der alten, argentinischen Station Almirante Brown. Den Abschluss des Tages bildete ein kleiner Landgang bei der Station und eine kurze Bergtour auf einen kleinen Hügel, von dem aus wir einen hervorragenden Ausblick auf das berühmte Panorama hatten. Wir hatten eine windstille und erholsame Nacht und gingen letztmals auf Danco Island an Land. Die kleine, im Errera Channel gelegene Insel war überwiegend von Eselspinguinen bewohnt, die

sämtliche schneefreien Flecken bewohnten. Die Sonne wärmte und der Errera Kanal lag in all seiner Pracht vor uns. Wale zogen durch das spiegelglatte Wasser, und das Schnaufen ihrer Atemzüge war gut zu hören. Wir hatten reichlich Zeit, um die Eindrücke antarktischer Landschaft und Tierwelt zu genießen und vielen von uns fiel der Abschied von den wunderbaren Pinguinen, die wir alle ins Herz geschlossen hatten, schwer. Am Nachmittag fuhren wir in die weite Bucht Dallmann Bay ein. Dort sollten wir unbeschreibliche Begegnungen mit den größten Säugetieren, den Walen, erleben. Der Kapitän änderte den Kurs, und langsam und vorsichtig näherten wir uns den gewaltigen Meeressäugern – es handelte sich um mehrere Buckelwale, die bis zu 24 Meter lang werden können. Wir sichteten sicher mehr als 25 Tiere. Wohin man auch schaute, überall spritzte entweder der Blas in die Höhe oder es verschwand ein dunkler Rücken und mehrmals sogar die berühmte Fluke in der Tiefe. Mehrfach kamen die Wale ganz nah an unser Schiff heran, und die Beobachtung dieser mächtigen und friedlichen Tiere lässt einen vor Ergriffenheit doch still und andächtig werden. Nach einer Weile ließen wir die Wale wieder in Ruhe und setzten Kurs in Richtung Melchior Inseln, wo wir ein letztes Mal mit den Schlauchbooten unterwegs waren. Auch dort fanden wir bald die Gesellschaft der Wale. Wir hielten uns in respektvoller Distanz, aber der Faszination der ehrfurchtgebietenden Begegnung konnte sich dennoch niemand entziehen.

Der Abschied von der Antarktis fiel nicht leicht – mehrere Wochen ohne Handy, ohne Internet, ohne Termine – nur sensationelle Ruhe, faszinierende Formationen aus Eis und Fels, wahnsinnige Farbenspiele der Mitternachtssonne und eine bis jetzt noch weitgehend unbeschadete Natur. Für viele schwer vorstellbar, dass der siebte Kontinent mehr zu bieten hat als Eis, Kälte und Wind. Aber ich hoffe, ich konnte mit diesem Beitrag einen Eindruck von der Schönheit, der Einzigartigkeit und auch der Verletzlichkeit dieses Kontinents vermitteln. Seit diesen Tagen in der Antarktis bin ich immer noch auf der Suche nach einem dentalen Forschungsprojekt für die Antarktis. Vielleicht gelingt es ja und ich könnte einen längeren Aufenthalt in dieser Welt aus Eis ermöglichen. Auf ein Wiedersehen mit den Pinguinen!_

_Kontakt cosmetic dentistry

Priv.-Doz. Dr. Christian R. Gernhardt
 Ltd. Oberarzt, stellv. Direktor
 Martin-Luther-Universität
 Halle-Wittenberg
 Universitätspoliklinik für
 Zahnerhaltungskunde und
 Parodontologie
 Große Steinstraße 19
 06108 Halle (Saale)
 E-Mail: christian.gernhardt@medizin.uni-halle.de

Abb. 12_ Ein Feind der Pinguine: ein Seeleopard. Dental durchaus beeindruckend.

Abb. 13_ Am südlichen Ende der Booth-Insel tummeln sich auch andere Schiffe.

Abb. 14_ Buckelwale faszinieren uns in der Dallmann Bucht. Man wagt kaum zu atmen.



Abb. 12

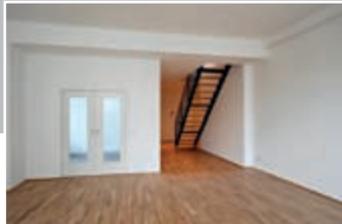


Abb. 13



Abb. 14

- 
- Steuern sparen
 - Werte schaffen
 - Vermögen sichern



Sie zahlen viel zu viel Steuern? Und das auch noch regelmäßig im Voraus?

MEDIWERT ist der Spezialist für abschreibungsfähige Premiumimmobilien. Steuervorteile sind für uns nur der kurzfristige Effekt. Langfristig profitieren Sie von hohen Mieteinnahmen, die nur Immobilien mit hochwertiger Ausstattung in Toplage erzielen.

Viele Ihrer Kollegen profitieren bereits heute von einer MEDIWERT-Premiumimmobilie **ohne Eigenkapitaleinsatz**.

Weitere Informationen finden Sie auch hier: www.mediwert.de

Senden Sie uns diesen Abschnitt per Post oder Fax zu

Praxisstempel/Adresse

- Bitte senden Sie mir ausführliches Infomaterial zu.
- Bitte kontaktieren Sie mich zwecks eines Beratungsgesprächs per E-Mail oder Telefon.

MEDIWERT GmbH
 Kolbstraße 3
 04229 Leipzig

Tel.: 0341 2470977
 Fax: 0341 2470978
www.mediwert.de
kontakt@mediwert.de

Patienten-Newsletter für Ihre Praxis!



Bitte senden Sie mir folgende Anzahl
des Patienten-Newsletter zu:

	50 St. 17,50 € je Thema	100 St. 32,50 € je Thema	150 St. 47,50 € je Thema
bleaching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veneers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
professionelle zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adresse (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

Praxis

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Praxisstempel

Datum, Unterschrift

Bestellen Sie jetzt! Fax-Anforderung unter:

+49-3 41-4 84 74-2 90

**Bezahlung nur per Bankeinzug
oder Verrechnungsscheck möglich!**



DGKZ
Deutsche Gesellschaft für
Kosmetische Zahnmedizin

cosmetic dentistry _ beauty & science

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für
Kosmetische Zahnmedizin e. V.
Heike Isbaner (V. i. S. d. P.)

Verleger:

Torsten R. Oemus

Verlag:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de

Deutsche Bank AG Leipzig
BLZ 860 700 00 · Kto. 1 501 501

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbecke · Tel.: 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner · Tel.: 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller · Tel.: 03 41/4 84 74-0

Produktmanagement/Redaktionsleitung:

Heike Isbaner
Tel.: 03 41/4 84 74-2 21
E-Mail: h.isbaner@oemus-media.de

Korrektorat:

Ingrid Motschmann · Tel.: 03 41/4 84 74-1 25
Helga Friedrich · Tel.: 03 41/4 84 74-1 26
Hans Motschmann · Tel.: 03 41/4 84 74-1 26



Heike Isbaner

Herstellung:

Dipl.-Des. Jasmin Hilmer
Tel.: 03 41/4 84 74-1 18

Abo-Service:

Andreas Grasse
Tel.: 03 41/4 84 74-2 01

Druck:

Löhner Druck
Handelsstraße 12
04420 Markranstädt



Erscheinungsweise/Bezugspreis

cosmetic dentistry – Info der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. erscheint 4x jährlich. Der Bezugspreis ist für Mitglieder über den Mitgliedsbeitrag in der DGKZ abgegolten. Einzelheft 10 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland 35 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Kündigung des Abonnements ist schriftlich 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraumes möglich. Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt. Der Abonnent kann seine Abonnement-Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Absenden der Bestellung schriftlich bei der Abonnementverwaltung widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs (Datum des Poststempels). Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bestimmungen um ein Jahr, wenn es nicht 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wurde.

Verlags- und Urheberrecht:

Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlegers und Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktions-eigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Firmennamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Bezeichnungen im Sinne der Warenzeichen- und Warenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten seien und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Gerichtsstand ist Leipzig.

cosmetic dentistry _ beauty & science



„Schönheit als Zukunftstrend“ wird nach Ansicht vieler Fachleute in den kommenden Jahren auch die Nachfragesituation im Dentalmarkt grundsätzlich verändern. Neben der Wiederherstellung oder Verbesserung natürlicher funktionaler Verhältnisse im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich wird es zunehmend Nachfragen zu darüber hinausgehenden kosmetischen und optischen Verbesserungen oder Veränderungen geben. Ähnlich wie im traditionellen Bereich der Schönheitschirurgie wird auch die Zahnheilkunde in der Lage sein, dem Bedürfnis nach einem jugendlichen, den allgemeinen Trends folgenden Aussehen zu entsprechen. Gleichzeitig eröffnen sich in der Kombination verschiedener Disziplinen der Zahnheilkunde völlig neue Möglichkeiten.

Um diesen hohen Anforderungen und dem damit verbundenen Know-how zu entsprechen, bedarf es einer völlig neuen Gruppe von Spezialisten, de facto der „Universal Spezialisten“, Zahnärzte, die ihr erstklassiges Spezialwissen in mehreren Disziplinen auf einer qualitativ völlig neuen Stufe umsetzen. Mit anderen Worten – Cosmetic Dentistry ist High-End-Zahnmedizin.

In Form von Fachbeiträgen, Anwenderberichten und Herstellerinformationen wird über neueste wissenschaftliche Ergebnisse, fachliche Standards, gesellschaftliche Trends und Produktinnovationen informiert werden. Ergänzt werden die Fachinformationen durch juristische Hinweise und Verbandsinformationen aus den Reihen der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin. Insbesondere die Einordnung der Fachinformationen in die interdisziplinären Aspekte der Thematik stellen einen völlig neuen Ansatz dar.

Bestellung auch online möglich unter:
www.oemus.com/abo

 **Abonnieren Sie jetzt!**

Ja, ich möchte „cosmetic dentistry“ im Jahresabonnement zum Preis von 44€/Jahr inkl. MwSt. und Versandkosten beziehen.

Die Lieferung beginnt mit der nächsten Ausgabe nach Zahlungseingang (bitte Rechnung abwarten) und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Antwort per Fax 03 41/4 84 74-2 90 an OEMUS MEDIA AG oder per E-Mail an grasse@oemus-media.de

Name, Vorname

Firma

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Unterschrift

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift

DeltaMed

Easywhite

is beautiful



Easywhite® ist das Bleaching-System für höchste Ansprüche. Easywhite bietet Ihnen eine umfassende Auswahl an Produkten für alle Anwendungen. Rufen Sie uns an – wir beraten Sie gerne: 06031 7283-28

www.deltamed.de