

cosmetic dentistry

— beauty & science

2²⁰¹²

_ Fachbeitrag

Funktion und Ästhetik im Einklang

_ Spezial

Daktari lebt – Wie aus einer Serengeti-Safari ein mutiges, internationales Hilfsprojekt in Tansania entsteht

_ Lifestyle

Madeira – Abenteuer in den Levadas

neu!

chirurgische aspekte der rot-weißen ästhetik

Gingiva-Management in der Parodontologie und Implantologie
Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs



inkl. DVD

**JETZT AUCH MIT PAPILLEN-AUGMENTATION,
LIPPENUNTERSPRITZUNG UND GUMMY-SMILE-
KORREKTUR**

SCAN MICH



Programm
„Chirurgische
Aspekte der rot-
weißen Ästhetik“

QR-Code einfach
mit dem Smartphone
scannen (z. B. mithilfe
des Readers i-nigma)

in Kooperation



PRAXIS

Kursinhalte

THEORIE

- Grundlagen rot-weiße Ästhetik (Anatomie, Funktion, Parodontalerkrankungen und ihre Folgen etc.)
- Knochen als Grundlage eines perfekten ästhetischen Ergebnisses (augmentative Verfahren)
- Chirurgische Techniken (Schnittführung, Lappentechnik, Kronenverlängerung, Gummy Smile, Transplantate)
- Laser-Contouring, chirurgisches Contouring und adjuvante Therapien
- Papillen-Augmentation
- Lippenunterspritzung
- Gummy-Smile-Korrektur
- Besonderheiten des Gingiva-Managements in der Implantologie
- Tipps, Tricks und Kniffe

- Chirurgische Techniken
- Papillen-Augmentation
- Lippenunterspritzung
- Gummy-Smile-Korrektur
- Laser-Contouring

Hinweis: Jeder Kursteilnehmer erhält die DVD „Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik“, auf der alle Behandlungsschritte am Präparat bzw. Patienten noch einmal Step-by-Step gezeigt und ausführlich kommentiert werden.

Organisatorisches

Kursgebühr inkl. DVD 195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale 25,- € zzgl. MwSt.
Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de, www.oemus.com



Nähere Informationen zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter www.oemus.com

Dieser Kurs wird unterstützt



Stand: 11.01.2012

Termine 2012

HAUPTKONGRESS

07.09.2012 09.00 – 13.00 Uhr	Ost Leipzig	9. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
05.10.2012 09.00 – 13.00 Uhr	Nord Hamburg	42. Internationaler Jahreskongress der DGZI
12.10.2012 14.00 – 18.00 Uhr	Süd München	3. Münchener Forum für Innovative Implantologie
02.11.2012 14.00 – 18.00 Uhr	West Essen	2. Essener Implantologietage

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-390
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für die Kursreihe „Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik“ melde ich folgende Personen verbindlich an:

OST

NORD

SÜD

WEST

07.09.2012 | Leipzig 05.10.2012 | Hamburg 12.10.2012 | München 02.11.2012 | Essen

Bitte senden Sie mir das Programm zum Hauptkongress

Name, Vorname

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der
OEMUS MEDIAAG erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail

Zahnästhetik – Zahntechnik



Georg Isbaner, Redaktionsleiter
ZWL Zahntechnik Wirtschaft Labor

Das Wort „Ästhetik“ hat griechische Wurzeln und bedeutet zunächst nichts anderes als Wahrnehmung oder Empfindung. Heutzutage verbinden wir mit diesem Begriff fast ausschließlich die Wahrnehmung von Schönheit. Etwas ist ästhetisch, wenn es gefällt, wenn wir es für schön halten. Und hier müssen wir schon die sicheren Gefühle des Definierens verlassen. Denn: Was schön ist, liegt bekanntlich zum einen „im Auge des Betrachters“, zum anderen unterliegt es kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen. Die Schönheitsideale vergangener Zeiten sind nicht mehr die Gleichen wie heute. Schönheitsideale sind für uns zu(r) Mode geworden – für die alten Griechen war das Schöne etwas Konstantes, wenn nicht sogar Ewiges.

Auch in der ästhetischen Zahnheilkunde gilt (in Europa bzw. in Deutschland) seit Langem das unumstößliche Schönheitsideal des Naturschönen. Bis heute steht in weiten Kreisen der Branche und bei vielen Patienten selbst fest: Eine gute prothetische Lösung oder ein gelungener Einzelzahnersatz haben sich möglichst unauffällig in die vorhandene Mundsituation einzugliedern, der individuelle Charakter soll erhalten bleiben. Man soll nicht gleich sehen, „dass da was gemacht wurde“.

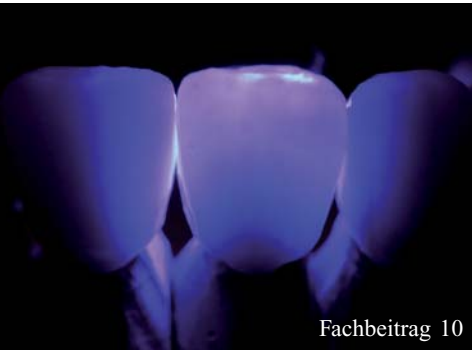
Doch auch hier erleben wir einen Wertewandel. Statussymbole lassen sich nicht mehr nur in Immobilien (Häuser, Schlösser, Fußballstadien etc.) und Mobilien (Autos, Boote, Flugzeuge etc.) verwirklichen. Der menschliche Körper ist zwar schon seit Jahrtausenden Gegenstand schönheitschirurgischer und kosmetischer Maßnahmen. Aber noch nie rückten derart viele Körperregionen und -teile in den Bereich der manipulierbaren Ausdrucksmöglichkeiten des eigenen sozialen Statuswunsches. Füße können verkleinert, Beine verlängert, Gesichtspartien korrigiert und Haare transplantiert werden. Die moderne Chirurgie verschiebt die Grenzen des Machbaren im Monatstakt. MKG-Spezialisten erzielen dank neuester Materialien und Techniken wahre Wunder. Auch die Zahnheilkunde bewegt sich seit den ersten Tagen der Implantologie weg von der funktionalen Grundversorgung hin zu ästhetisch anspruchsvollen Ergebnissen. Die Patienten legen zunehmend Wert auf optisch ansprechende Lösungen – Funktion und Materialbeständigkeit immer vorausgesetzt.

Die Entwicklung wurde zu einem großen Teil auch durch die Zahntechnik ermöglicht. Materialbeherrschung und Berücksichtigung funktionaler Anforderungen gehören für die guten Techniker zu den Grundvoraussetzungen ihrer Arbeit. Die ungeheure Bandbreite der Materialien und prothetischen Konzepte ermöglichen ästhetischen Zahnersatz auf höchstem Niveau. Somit ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Behandler und Techniker für ein optimales Ergebnis und zum Wohle des Patienten unerlässlich.

Georg Isbaner
Redaktionsleiter ZWL Zahntechnik Wirtschaft Labor

Alle mit Symbolen gekennzeichneten Beiträge sind in der E-Paper-Version der jeweiligen Publikation auf www.zwp-online.info mit weiterführenden Informationen vernetzt.





Fachbeitrag 10



Spezial 46



News 52

| Editorial

- 03 **Zahnästhetik** – Zahntechnik
_Georg Isbaner

| Fachbeiträge

- 06 **Funktion und Ästhetik** im Einklang
_Dr. med. dent. Michael Visse, ZA Claus Theising,
Dr. med. Dr. med. dent. Martin Ackermann
- 10 **Full Mouth Rehab** und Therapie
des Gummy Smiles mit Botulinumtoxin –
Ein komplexer Fall
_Prof. Dr. Marcel Wainwright
- 16 **Jetzt oder später?** – Grenzfälle
der ästhetischen Sofortimplantation
_Prof. Dr. Dr. Andreas H. Valentin,
OÄ Dr. med. dent. Elsbeth Werchau
- 20 Behandlung und Therapie einer
Einzelzahnücke unter
weiß-rot-ästhetischen Gesichtspunkten
_Dr. Kianusch Yazdani
- 24 Abrasion, Erosion, Attrition:
Was nun? Was tun? Ein Fallexperiment
_Dr. medic. stom. (RO) Diana Svoboda, M.Sc., M.Sc.
- 26 **Minimalinvasive Zahnmedizin** – das Mock-up
zur Schonung der gesunden Zahnhartsubstanz
_Dr. Olivier Etienne
- 31 **Envision a Smile** –
Ein Bild sagt mehr als tausend Worte
_Prof. Dr. Martin Jörgens
- 34 Der Weg ist **das Ziel!**
_Dr. Julia Hehn, Dr. Marcus Striegel,
Dr. Thomas Schwenk, Dr. Florian Göttfert
- 36 Die kieferorthopädische Behandlung
erwachsener Patienten – eine interdisziplinäre

Therapie – Teil II: Kieferorthopädie und konservierende Therapie

_Dr. med. dent. Shadi Gera, Dr. med. dent.
Tobias Teuscher, Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted,
Dr. med. dent. Abdallah Awadi

| Spezial

- 42 Praktische Übungen zum
Überwinden psychologischer Hürden in der
Zahnarztpraxis: **Verhaltensänderungen**
_Dr. Lea Höfel
- 46 **Daktari lebt** – Wie aus einer
Serengeti-Safari ein mutiges, internationales
Hilfsprojekt in Tansania entsteht
_Prof. Dr. Martin Jörgens

| Information

- 51 Neu: Ästhetik-Kurse inklusive
Step-by-Step DVD
- 55 **Rot-weiße Ästhetik** – Optionen und Standards
- 56 **Zahnarzt & Heilpraktiker** –
geht das, und wenn ja, warum?
- 58 **Behandlungsvereinbarung** in der Ästhetischen
Zahnmedizin
_Dr. Thomas Ratajczak

| Lifestyle

- 60 Vom Inneren Lächeln und der **Leichtigkeit
des Seins**
- 62 **Madeira** – Abenteuer in den Levadas
_Wolfram Schreiter

40 Herstellerinformation

52 News

66 Impressum



American Dental

Aktuelles und Spezielles aus der Zahnmedizin **S P E Z I A L**

Cerinate One-hour Permanent Veneers

Nur 32 Euro pro Keramik-Veneer!

Ästhetisch ansprechend und äußerst günstig: Vorgefertigte Keramik-Veneers

Zahlreiche Patienten lassen sich ihre Zähne ästhetisch nicht verschönern, da sie Kosten und Behandlungsaufwand scheuen. Die neuen Cerinate One-hour Permanent Veneers sind deshalb die optimale Lösung für jede Praxis. Sie sind preiswert, praktisch, minimalinvasiv und ästhetisch. Und das Beste: Es wird nur eine Sitzung benötigt, um die innovativen Keramik-Veneers zu applizieren. Auch Laborarbeiten sind nicht notwendig.

Vielfältiges Keramik-Veneer-System

Das Cerinate One-hour Permanent Veneers Placement Kit ist ein Keramik-Veneer-System zur Zahnrestauration und zur Behandlung klinischer Situationen, insbesondere wenn eine kostengünstige und schnelle Keramikerneuerung in nur einer Sitzung gewünscht wird. Das System besteht aus bereits vorgefertigten Keramik-Veneers, die in 56 Formen und in 4 Farben erhältlich sind.

Schmerzlos und schnell

Mit Cerinate One-hour Permanent Veneers lässt sich das Lächeln vieler Patienten in kürzester Zeit kosmetisch verbessern. Der Eingriff verursacht für den Patienten keine Schmerzen, da auf ein Entfernen empfindlicher Zahnhartsubstanz in den meisten Fällen verzichtet werden kann. Cerinate One-hour Permanent Veneers, die sich im Vergleich zu Komposit-Restaurationen nicht verfärben, garantieren ein dauerhaft weißes, schönes Lächeln.

Klinisch geprüft und vorhersagbar

Bei der Applikation von Cerinate One-hour Permanent Veneers muss, anders als beim Komposit-Bonding, keine aufwändige Schichttechnik angewandt werden. Zur Herstellung der Veneers sind keine Laborarbeiten notwendig. Im Gegensatz zu Komposit-Restaurationen hat der Zahnarzt bei Cerinate One-hour Permanent Veneers die Möglichkeit, die Try-in-Technik anzuwenden. So kann das Ergebnis vor dem Zementieren begutachtet und dem Patienten gezeigt werden.

Langzeitstudien haben die Haltbarkeit der Cerinate-Keramik bewiesen, die im Vergleich zu Komposit-Restaurationen für langanhaltende Strahlkraft sorgt und Plaquebildung vermeidet.

Robust und zuverlässig

Cerinate-Keramik ist die derzeit widerstandsfähigste, leuzitverstärkte Keramikmasse. Sie zeichnet sich im Vergleich zu konventioneller Keramik durch eine geringere Abnutzungsrate aus und garantiert dem Pa-



tienten eine dauerhafte Zahnaufhellung.

Dank der geringen Viskosität der Cerinate-Keramik können Cerinate One-hour Permanent Veneers so dünn wie Kontaktlinsen gestaltet werden.

Technische Daten

Biegefestigkeit	188 MPa
Größe,	
Leuzitkristalle	1 µ
Reliabilität	10,20

Indikationen

Cerinate One-hour Permanent Veneers werden bei folgenden Indikationen eingesetzt:

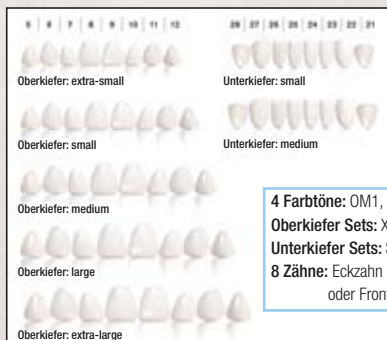
- Korrektur von Zahnfehlstellungen und verdrehten Frontzähnen



- Schließen von Zahnlücken
- Abdeckung schwächerer und stärkerer Zahnverfärbungen
- Wiederherstellung abgeschlagener Inzisalkanten
- Remodellierung zapfenförmiger und zu kleiner Zähne
- Verblendung schwächerer bis stärkerer Verfärbungen durch Tetracycline

Fazit

Mit Cerinate One-hour Permanent Veneers kann das Praxisangebot um eine restaurative und kosmetische Versorgungsmöglichkeit erweitert werden, die preisgünstig, minimalinvasiv und komplett reversibel ist. Cerinate One-hour Permanent Veneers lohnen sich auch für Ihre Praxis!



4 Farbtöne: OM1, B1, A1, A2
 Oberkiefer Sets: XS, S, M, L, XL
 Unterkiefer Sets: S, M
 8 Zähne: Eckzahn und Prämolaren oder Front- und Seitenzahn

HERAUSGEBER

AMERICAN
Dental Systems

Telefon 08106/300-300
 www.ADSystems.de

Funktion und Ästhetik im Einklang

Autoren_Dr. med. dent. Michael Visse, ZA Claus Theising, Dr. med. Dr. med. dent. Martin Ackermann

Bei einer **Dysgnathie** sind sowohl das skelettale als auch das dentoalveoläre System betroffen. Eine Therapie sollte daher weder ausschließlich kieferchirurgisch noch ausschließlich kieferorthopädisch durchgeführt werden. In aller Regel sind interdisziplinäre Therapiekonzepte notwendig, die beide Fachbereiche miteinander kombinieren. Eckpfeiler des Therapieerfolges sind dabei neben einer guten Diagnose, einem effektiven Behandlungsplan und einem gemeinsam erarbeiteten Behandlungskonzeptes vor allem hohe Erfahrung und Kompetenz beider Fachdisziplinen sowie eine gute und partnerschaftliche Zusammenarbeit. Anhand eines dokumentierten Patientenbeispiels soll in diesem Beitrag gezeigt werden, dass sich im Rahmen eines abgestimmten Behandlungskonzeptes durch die Opti-

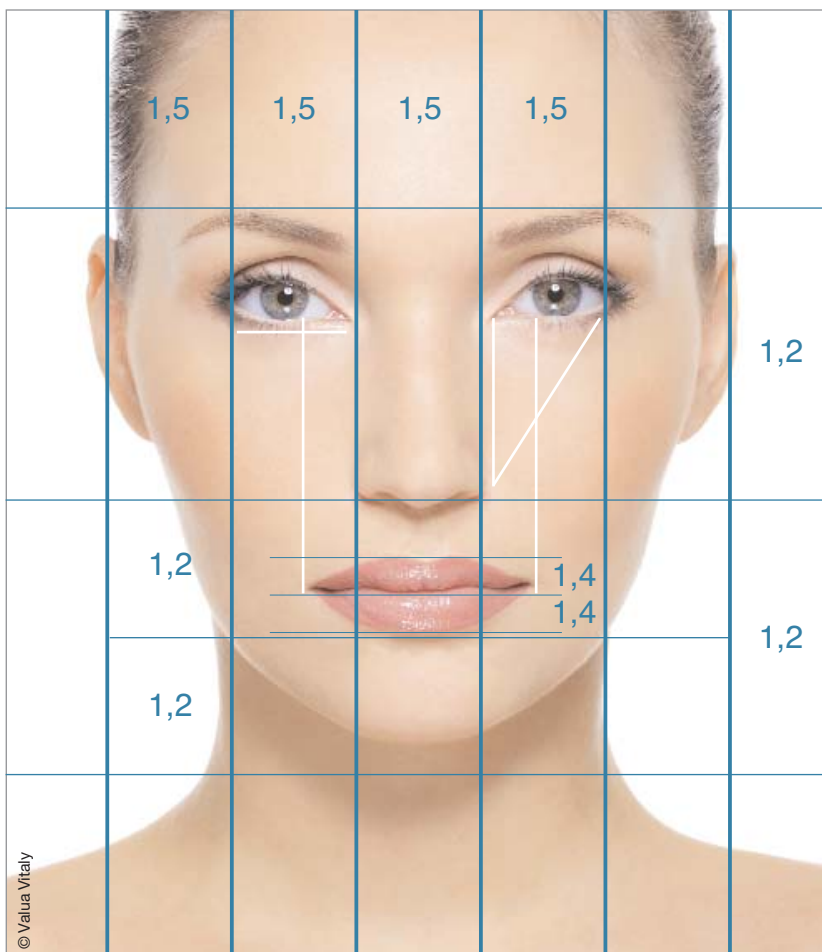
mierung der Funktion selbst ein schönes Gesicht noch deutlich positiv verändern lässt.

Das Gesicht – Spiegelbild der Seele

Ein Gesicht ist mehr als nur die Harmonie von Augen, Nase, Mund und Lippen. Als Sammelpunkt fast aller Sinnesorgane ist es „Kommunikationsmittel“ und Projektionsfläche der innersten Gefühle. Ob Freude, Trauer, Wut, Überraschung oder Furcht: Das Gesicht übermittelt Botschaften sogar dann, wenn man sich dessen völlig unbewusst ist – übrigens international verständlich. So stellt es quasi ein Abbild der Seele und der Persönlichkeit dar. Bei der Entstehung von Sympathie und Antipathie hat das Gesicht eine erhebliche Bedeutung, denn wie das Gegenüber eingeschätzt wird, entscheidet sich innerhalb von wenigen Sekunden. Regelmäßige Gesichtszüge entsprechen dabei dem natürlichen Sinn des Menschen für Harmonie und führen daher in der Regel zu einer positiven Einschätzung. Bei allen Versuchen, das Schönheitsempfinden zu erklären, hat Symmetrie von jeher eine große Rolle gespielt und wird häufig mit Harmonie gleichgesetzt.

Harmonie: Der Einfluss der Kieferstellung

Ein herausragender Faktor im Hinblick auf ein „harmonisches“ Erscheinungsbild ist die Kieferstellung, denn sie prägt entscheidend das Gesichtspröfil. Ein unterschiedlich ausgeprägtes Wachstum von Ober- und Unterkiefer und die daraus resultierende Fehlstellung der Kiefer zueinander bewirken eine Störung des Gesichtspröfils, die häufig als sehr schwerwiegend empfunden wird. Vor allem Mittel- und Untergesicht werden im Wesentlichen durch Form und Lage der Kiefer bestimmt. Lippenprofil, Nasenform, Gesichtsform und die Ausprägung des Kinns sind ebenso durch die Kieferstellung beeinflusst wie das Breiten- und Längenverhältnis des Gesichts. Aus medizinischer Sicht sind es aber vor allem funktionelle Probleme, die die Behandlung einer Dysgnathie erforderlich macht. Zu nennen sind hier u.a. erhebliche Schwierigkeiten beim Abbeißen und Kauen, Fehlbelastungen von Zähnen und Kiefergelenken mit muskulären Dysbalancen und Schmerz-



© Valua Vitaly

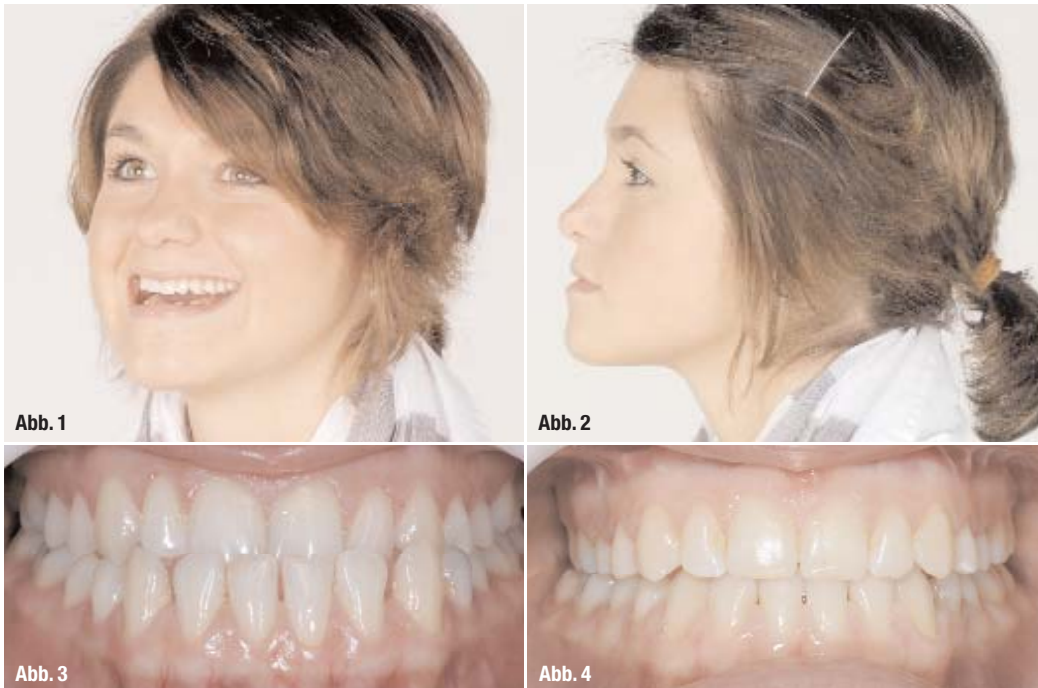


Abb. 1 und 2_ Retrognathie des Oberkiefers führt hier v.a. zu funktionellen, weniger zu ästhetischen Einschränkungen. **Abb. 3 und 4_** Zahnstellung vor und nach kieferorthopädischer Vorbehandlung.

geschehen im Bereich von Kopf, Nacken oder Rücken sowie eine falsche Atmung mit erhöhtem Infektionsrisiko der oberen Luftwege. Die Gründe, die Patienten dazu bewegen, eine kieferorthopädisch-

kieferchirurgische Kombinationstherapie durchführen zu lassen, liegen allerdings vielfach eher in einer Störung des Gesichtsprofils, die individuell als besonders schwerwiegend, belastend und nicht

ANZEIGE



2N FORTBILDUNGEN FÜR ZAHNÄRZTE

KONZEPTIONSKURSE VON DEN GRUNDLAGEN ZUR PERFEKTION
2N FORTBILDUNGEN FÜR ZAHNÄRZTE UND PRAXISTEAMS
DR. MARCUS STRIEGEL & DR. THOMAS SCHWENK

Kompetent und praxisnah stellen wir Ihnen jene Methoden vor, die Sie morgen selber in Ihrer Praxis anwenden können. Wichtige Tipps und Ideen werden anhand vieler Patientenfälle kurzweilig demonstriert - von Praktikern für Praktiker.

Ihr Dr. Marcus Striegel & Dr. Thomas Schwenk

Jetzt online informieren und anmelden unter www.2n-kurse.de



DR. THOMAS SCHWENK



DR. MARCUS STRIEGEL

Zertifizierte Spezialisten für Ästhetische Zahnmedizin (DGÄZ)

Ludwigsplatz 1a
D-90403 Nürnberg

Telefon: +49 (0) 911 - 24 14 26
Telefax: +49 (0) 911 - 24 19 854

info@2n-kurse.de
www.2n-kurse.de

White Aesthetics under your control

Intensivkurs Funktion und Vollkeramik
Diagnose-Planung-Erfolg
www.2n-kurse.de/white_aesthetics

A 21./22.09.2012 Nürnberg White Aesthetics under your control

2 Tage Intensiv-Workshop (Theorie & Hands On)
Fr. 14:00 - 19:00 & Sa. 09:30 - 16:30
750.- Euro zzgl. 19% gesetzl. MwSt. = 892,50 Euro

Red Aesthetics under your control

Intensivkurs Plastische PA Chirurgie
Diagnose-Planung-Erfolg
www.2n-kurse.de/red_aesthetics

B 12./13.10.2012 Nürnberg Red Aesthetics under your control

2 Tage Intensiv-Workshop (Theorie & Hands On)
Fr. 14:00 - 19:00 & Sa. 09:30 - 16:30
750.- Euro zzgl. 19% gesetzl. MwSt. = 892,50 Euro

Bei gemeinsamer Buchung eines A und B Kurses beträgt der Preis
1.350.- Euro zzgl. 19% gesetzl. MwSt. = 1606,50 Euro

Function under your control

Funktionskurs -
Funktion praxisnah und sicher!
www.2n-kurse.de/function

C 07./08.12.2012 Nürnberg Function under your control

2 Tage Intensiv-Workshop
mit live Demo am Patienten
Fr. 10:00 - 18:30 & Sa. 09:30 - 16:30
1050.- Euro zzgl. 19% gesetzl. MwSt. = 1249,50 Euro

Online anmelden unter www.2n-kurse.de

Abb. 5–8_ Das Patientenbeispiel zeigt, dass optimale Funktion vielfach auch perfekte Ästhetik bedeutet.



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8

attraktiv empfunden wird. Den Ausschlag gibt hier also der Wunsch, Aussehen und Gesichtsästhetik zu verbessern.

Nicht immer jedoch geht eine Dysgnathie mit deutlichen ästhetischen Einschränkungen einher, wie das Beispiel der Patientin Ina S. zeigt. Die maxilläre Retrognathie (Angle-Klasse III) führte bei der durchaus attraktiven 22-jährigen Patientin zu funktionellen Problemen, vor allem beim Kauen. Infolge der Überbelastung des Kiefergelenks litt Ina S. an häufigen Kopfschmerzen. Die Sorge um das Risiko einer CMD war für die Patientin letztendlich der persönliche Auslöser für die Therapieentscheidung. Im Rahmen der kieferorthopädischen Vorbehandlung (Dauer 12 Monate) wurde zunächst die Zahnstellung reguliert. Im Anschluss daran erfolgte die chirurgische Intervention, bei der eine Oberkieferverlagerung vorgenommen wurde (Abb. 1–4).

„Aussehen wie man selbst – nur besser

Das Beispiel zeigt in beeindruckender Weise die Möglichkeit der Wandlung von einem schönen zu einem perfekten Gesicht. Hauptziel der kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Kombinationstherapie ist dabei die Anlehnung an das natürliche Vorbild, bei dem die Individualität des Patienten optimal gewahrt bleibt. Anspruch ist hier, das Erscheinungs-

bild nach Möglichkeit so unauffällig zu perfektionieren, dass niemand erkennt, dass überhaupt eine Korrektur stattgefunden hat. Voraussetzung ist in diesem Zusammenhang die Schaffung einer optimalen Funktion, die oftmals mit einer ästhetischen Verbesserung einhergeht – auch dann, wenn die Ausgangssituation auf den ersten Blick kaum ästhetische Einschränkungen erkennen lässt. Die Falldarstellung Ina S. ist dafür ein beeindruckendes Beispiel (Abb. 5–8)._

„Kontakt

cosmetic
dentistry



Dr. Michael Visse

Fachzahnarzt
für Kieferorthopädie
Georgstraße 24
49809 Lingen
Tel.: 0591 59077
E-Mail: info@dr-visse.de
www.dr-visse.de



max. 10 Punkte
nach BZÄK/DGZMK

COLTENE SYMPOSIUM | MÜNCHEN

Veneering im Wandel von Keramik bis Komposit

14. UND 15. SEPTEMBER 2012
HOTEL LEONARDO ROYAL



www.coltene-symposium.com

Ob aus medizinischen oder kosmetischen Gründen, Frontzahnrestaurationen werden immer wichtiger. Ein natürlich schönes Lächeln dient zunehmend als Visitenkarte und kann auf verschiedene Arten realisiert werden. Veneering bietet eine Vielfalt von Materialien und Techniken, die in diesem Symposium eingehend analysiert und einander gegenübergestellt werden.

DIRECT COMPOSITE
VENEERING –
THE MISSING LINK?

INDIREKTE VER-
FAHRENSTECHNIK:
LABORGEFERTIGTE
VENEERS

MATERIALKUNDE
KERAMIK

VENEERS MIT
CHAIRSIDE CAD/
CAM – GEHT DAS
ÜBERHAUPT?

DIE FREIHAND-
VERBLENDUNG
MITTELS KOMPOSIT

KOMPOSITE UND
ADHÄSIVE



Dr. Mario Besek



PD Dr. Stefan Paul



Prof. Dr. Jürgen
Manhart



Dr. Gerhard Werling



Dr. Patrizia Lucchi



Prof. Dr. Ivo Krejci

Weitere Informationen und Anmeldung unter:

www.coltene-symposium.com | events@coltene.com | +41 71 757 54 65

COLTENE®

Full Mouth Rehab und Therapie des Gummy Smiles mit Botulinumtoxin – Ein komplexer Fall

Autor Prof. Dr. Marcel Wainwright

Einleitung

Sogenannte Full Mouth Rehabs, also komplette Oberkiefer- und Unterkieferversorgungen, gehören mitunter zu den komplexesten und mit Sicherheit aufwendigsten Restaurationsformen in der Zahnheilkunde. In dem nachfolgend beschriebenen Fall wurde fast das gesamte Spektrum der Zahnheilkunde, vom retromolar ultraschallbasiert entnommenen Knochenblock bis hin zum Einsatz von CAD/CAM-Verfahren und Botulinumtoxin, angewandt.

Abb. 1 Erstes LZP metallarmiert nach KG-Vermessung und Bisshebung.

Abb. 2 Laser Contouring mittels Diodenlaser und Herstellung neuer LZPs aus Bisacrylat (Luxatemp®, DMG Dental).

Fallbericht

Die Ausgangssituation

Eine 50-jährige Patientin stellte sich 2006 in unserer Praxis mit Beschwerden an Zahn 24 vor. Anam-

nestisch lag ein Asthma bronchiale vor und der intraorale Befund zeigte ein stark abradiertes Gebiss mit Verlust der physiologischen Vertikaldimension und einer sehr hohen Lachlinie („Gummy Smile“) verursacht durch den Hypertonus des M. levator labii superioris und des M. levator labii superioris alaeque nasi. Nach Röntgenbefundung wurde die Entfernung von 24 angeraten mit nachfolgender Socket Preservation und späterer Versorgung der Lücke durch ein Implantat. Die Patientin gab an, im Jahr 2005 in Ungarn zwei Implantate mit simultanem Knochenaufbau Regio 45, 47 erhalten zu haben, welche aber einen Monat später mitsamt Knochenaufbau alio loco entfernt werden mussten. Der Patientin wurde angeraten, den entstandenen Defekt mithilfe eines Knochenblockes Regio 48 zu augmentieren und nach vier Monaten erneut zu implantieren. Die Patientin legte zu diesem Zeitpunkt großen Wert auf die Verwendung von Zirkonimplantaten, welche wir zu diesem Zeitpunkt auch noch in unserem Implantatsortiment führten. Nach Extraktion des Zahnes 24 und provisorischer Brückenversorgung erfolgte eine ultraschallbasierte Knochenblockentnahme Regio 48 und es wurde der Bereich 45–47 mit einem Onlay Block im Sinne der Schalenteknik augmentiert. Nach viermonatiger Einheilzeit wurden in den Regionen 24, 46 und 47 vier einteilige Zirkonimplantate (Z-Look3, Z-Systems) inseriert und ausgeschliffene Provisorien zur Vermeidung von Frühbelastungen inkorporiert.

Langzeittherapeutische Versorgung OK/UK

Zur Wiederherstellung der funktionellen Bisslage und Kondylenposition wurden der Patientin im Ober- und Unterkiefer nach computerassistierter Kiefergelenkvermessung (CADIAX®, GAMMA Dental) metallarmierte Langzeitprovisorien eingegliedert, mit denen die Patientin hochzufrieden war (Abb. 1). Da die Patientin lediglich wenige Monate in Deutschland lebte, war eine ausreichend lange Tragezeit von sechs Monaten der LZPs zur Gewöhnung an die neue Bisslage unumgänglich. Wegen schwe-



Abb. 1



Abb. 2

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

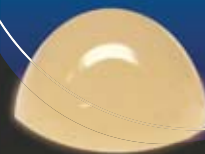




Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

Abb. 3_ Virtueller Artikulator mit Präparationsgrenzen beim CAD.

Abb. 4_ Individuelles, vollanatomisches Implantatabutment aus Zirkon.

Abb. 5_ Fertige OK-Prothetik.

rer Krankheit konnte die Patientin für einen Zeitraum von zwei Jahren die Behandlung nicht fortsetzen.

Erneute Schmerzsymptomatik mit nachfolgender Chirurgie

Die Patientin erlitt an dem alio loco wurzelgefüllten Zahn 36 eine horizontale Wurzelfraktur der distalen Wurzel und eine apikale Parodontitis des ebenfalls wurzelgefüllten Zahnes 23. An Zahn 23 erfolgte eine WSR mit retrograder Wurzelfüllung mit MTA (Tulsa Dentsply), die bei uns wie immer piezochirurgisch durchgeführt wurde und die Entfernung des Zahnes 36. Der Defekt wurde mit einem bovinen Knochenersatzmaterial (BEGO OSS®, Fa. BEGO) im Sinne der Socket Preservation augmentiert und mit einer Kollagenmembran (Fa. BEGO) abgedeckt. Die Patientin wünschte auch in diesem Bereich eine Implantatversorgung, wünschte aber zur Verkürzung der Behandlungszeit die Versor-

gung mit einem Titanimplantat. Aus diesem Grund wurde ein Titanimplantat mit 5,5 mm Durchmesser inseriert (BEGO S-Line, Fa. BEGO).

Das Smile Design

Nach ausreichender Einheilzeit aller Implantate und Freilegung des Implantates Regio 36 sollte die Umsetzung des Langzeitprovisoriums mit mittlerweile fast dreijähriger Tragezeit in die endgültige Prothetik erfolgen. Hierzu war es notwendig, die Frontzahnkronen nach den Regeln des Goldenen Schnittes und entsprechend der Physiognomie der Patientin anzupassen. Unter strenger Einbehaltung der biologischen Breite wurde mit einem Diodenlaser (Fa. ORALIA medical GmbH) ein Lasercontouring der Gingiva im ästhetisch sichtbaren Bereich durchgeführt und die Provisorien der neuen Gingivamorphologie durch Kunststoff-LZPs angepasst, nachdem erneut eine computerassistierte Kiefergelenkvermessung erfolgte (Abb. 2). Zur schnelle-

Abb. 6_ Transluzente und damit natürlich wirkende Vollkeramik (Labor Guido Wolters, Krefeld).



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9



Abb. 10

ren Regeneration kam ein Natrium-Hyaluronat (TEOSYAL Deep Lines, Fa. TEOXANE) zum Einsatz. Nach weiteren zwei Wochen wurde die Abformung vorgenommen und die Modelle im Labor eingescant. Geplant war die Herstellung von einem individualisierten Zirkonabutment für das Implantat Regio 36 und die Anfertigung von vollkeramischen Kronen (e.max, Fa. Ivoclar Vivadent). Nach Modell-Scanning konnte der Techniker (Labor Wolters, Krefeld) mithilfe der Software (Ceramill Mind, Fa. AmannGirrbach) das CAD durchführen. Abbildung 3 zeigt den virtuellen Artex®-Artikulator nach Darstellung der Präparationsgrenzen. Ein vollanatomisches individuelles, okklusal verschraubtes Abutment für das Implantat Regio 36 wurde entsprechend des CAD gefräst (Abb. 4). Nach Herstellung der vollkeramischen Prothetik wurden die Kronen mit Variolink II (Fa. Ivoclar Vivadent) eingesetzt und führten aufgrund ihrer beeindruckenden Natürlichkeit zur vollkommenen Zufriedenheit der Patientin (Abb. 9–11). Hervorzuheben ist die Präzision der 29 Einzelkronen, welche auf Anrieb ohne jegliches Beschleifen der Okklusion oder Approximalkontakte passten. Standardmäßig erhalten in unserem Konzept Patienten mit Full Mouth-Behandlungen eine Oberkiefer-Aufbisschiene mit adjustierter Oberfläche und Front-Eckzahnführung.

Behandlung des Gummy Smile

Nachdem die Patientin sehr mit ihren „neuen Zähnen“ zufrieden war, fiel ihr umso mehr die hohe

Lachlinie durch den muskulären Hypertonus der Oberlippen-Levatoren auf und erkundigte sich nach Behandlungsmöglichkeiten. Nach eingehender Beratung und Aufklärung stimmte sie der von mir vorgeschlagenen Botulinumtoxin-Injektion an drei definierten Punkten im Bereich der seitlichen Nasenflügel (M. levator labii sup. alaeque nasi, M. levator labii sup.) und im Subnasale (M. levator labii sup.) zu. Nach intraoraler Lokalanästhesie erfolgte die Injektion von je 5 UE von Botulinumtoxin (Azzalure®, Fa. Galderma) und nach zehn Tagen zeigte sich ein deutlich reduzierter Muskeltonus besagter Gruppen mit deutlich verbesserter Lachlinie (Abb. 13 und 14). Die Patientin ist bis heute mit dem Ergebnis sehr zufrieden. Selbstverständlich lässt die Wirksamkeit des Botulinumtoxins nach einigen Monaten nach und es wird eine Wiederholungsinjektion notwendig sein, jedoch fördert das

Abb. 7_ Teilweise eingesetzte vollkeramische Prothetik in der ästhetischen Zone.

Abb. 8_ Vollanatomisches Implantat-abutment Regio 36 intraoral in situ.

Abb. 9_ Hochästhetische Einzelkronen in der Oberkieferfront.

Abb. 10_ Einzelzahnkronen in der Unterkieferfront.



Abb. 11

Abb. 11_ „Rot-Weiß-Ästhetik“ der Zähne und Lippen bei entspannter leichter Mundöffnung.



Abb. 12



Abb. 13



Abb. 14

Abb. 12_ Hohe Lachlinie („Gummy Smile“) vor Botulinum-Injektion.

Abb. 13_ Botulinum-Injektion im Subnasale.

Abb. 14_ Reduzierte Aktivität der Levatoren nach Botulinum-Injektion und neuer Lachlinie.

Botulinumtoxin auch einen sogenannten „Memory-Effekt“ der reduzierten Acetylcholin Reizübertragung im synaptischen Spalt zum Muskel und führt zu immer größer werdenden Intervallen zwischen den Injektionen.

Zusammenfassung

Die Behandlung sogenannter Full Mouth Reabs stellt höchste Anforderungen an das gesamte zahnmedizinische und zahntechnische Team. Dabei ist besonders die funktionelle Komponente zu beachten, denn sie ist die Basis für den ästhetischen Langzeiterfolg. Unnötige Keramikfrakturen oder Kiefergelenkbeschwerden können durch eine intensive Funktionsanalyse und die präzise Übertragung der Daten in die CAD/CAM-Prothetik verhindert werden, ein „Herantasten“ an die korrekte Bisslage via LZPs in unserer Praxis ist auch obligat. Zur Herstellung eines ästhetischen Kronenprofils im sichtbaren Bereich ist die Kronenverlängerung bei ausreichendem Platzangebot zum krestalen Knochen mittels Diodenlaser in vielen Fällen notwendig und hilfreich. Wird die biologische Breite unterschritten, ist die chirurgische Kronenverlängerung, idealerweise minimalinvasiv und mikrochirurgisch,

Therapie der Wahl. Zur Abstützung der neuen gingivalen Situation ist die präzise Herstellung von Provisorien unumgänglich. Moderne Implantatprothetik behilft sich mit anatomischen Abutments zur Erstellung optimaler Emergenzprofile und damit optimaler Weichteiladaption mit periimplantären gesunden Verhältnissen. So kann der Mukositis oder Periimplantitis schon im Vorfeld die Chance zur Etablierung genommen werden. Der Einzug der CAD/CAM-Verfahren in den zahntechnischen Labors ist schon längst erfolgt und aus den Kinderschuhen entflohen. Mit ihrer Hilfe lassen sich solche komplexen Fälle sehr präzise und hochästhetisch lösen. Smile Design hört nicht im Vestibulum auf, sondern beinhaltet auch das gesamte Lachbild des Patienten. Gummy Smiles können wirksam und effektiv mit Botulinumtoxin behandelt werden und neben den Zähnen für ein neues, ästhetisches Lachen sorgen. Die Therapie mit Botulinumtoxin bietet eine wertvolle Alternative zu den chirurgischen Korrekturen des Gummy Smiles, welche wesentlich invasiver und schwer kalkulierbar vom Ergebnis sind.

Mein besonderer Dank gilt dem Labor Guido Wolters in Krefeld für die fantastisch geleistete Arbeit.

Abb. 15_ OPTG nach Einsetzen der Prothetik vor Entfernung der Zementüberschüsse.



_Kontakt

Prof. Dr. Marcel Wainwright
 Dentalspecialists und White Lounge Kaiserswerth
 Universidad de Sevilla
 E-Mail: Wainwright@dentalspecialists.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

Jetzt oder später? – Grenzfälle der ästhetischen Sofortimplantation

Autoren_Prof. Dr. Dr. Andreas H. Valentin, OÄ Dr. med. dent. Elsbeth Werchau

Abb. 1_Präoperatives OPG mit retinierten und verlagerten Eckzähnen 13 und 23 sowie den residuellen Milcheckzähnen 53 und 63, die mit Composite aufgebaut worden waren.



Einleitung

Die Frage des günstigsten Zeitpunktes für eine Implantatinsertion ist ein Schlüsselfaktor für den ästhetischen und funktionellen Langzeiterfolg. Aufgrund besserer anatomiegerechter Implantatdesigns und erhöhten Primärstabilitäten sowie neuer Konzepte der Gewebekonservierung und -optimierung ist die Sofortimplantation wieder als denkbare Möglichkeit

einer schnelleren Versorgung salonfähig geworden. Während die verzögerte Sofortimplantation ungefähr sechs Wochen post extractionem dem Behandler den Vorteil ausgeheilter Pathologien und besserer gingivaler Verhältnisse bietet, ist bei einer Spätimplantation mit einem ausgedehnten Substanzverlust von Hart- und Weichgewebe zu rechnen, welche eine ästhetische Rekonstruktion langwierig, teuer und schwer vorhersehbar macht. Zudem muss der Patient in beiden letzteren Fällen mindestens eine weitere operative Maßnahme über sich ergehen lassen. Nachteile der Sofortimplantation sind das generell schwierigere, an der Defektmorphologie sich orientierende operative Vorgehen, die damit erreichbare geringere Primärstabilität des Implantates und die Techniken zum Resorptionsschutz der krestalen Gewebe. Der richtige Insertionszeitpunkt ist u.a. abhängig von der Defektmorphologie, dem Entzündungszustand der periimplantären Gewebe und der persönlichen operativen Erfahrung des Behandlers als Zeichen einer internen Evidenz, es gibt keine klaren Richtlinien.

Abb. 2–5_Präoperative klinische Ausgangssituation mit residuellen Zähnen 53 und 63.





Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8

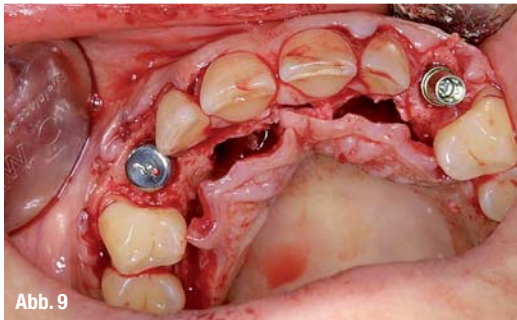


Abb. 9



Abb. 10

Abb. 6 Neurolyse des N. inzisivus zur Situsdarstellung.
Abb. 7 Teilosteomierter Zahn 13 in Nähe des zukünftigen Implantatbettes.
Abb. 8 Osteotomierte Eckzahnreste aus dem 1. und 2. Quadranten.
Abb. 9 und 10 Zustand nach Implantation und palatinaler Augmentation mit resorbierbaren Membranen.

Anhand eines Patientenfalles mit ungewöhnlicher Defektmorphologie soll die Entscheidungsfindung zu einer Sofortimplantation dargestellt werden.

Falldarstellung

Eine 45-jährige Patientin mit persistierenden, jedoch mittlerweile unansehnlichen und mobilen (Kl. II) Milcheckzähnen sowie retinierten und verlagerten Canini permanentes äußerte den Wunsch, ihre ästhetische und funktionelle Situation zu verbessern. Aufgrund der lückigen Frontzahnstellung kam eine konventionell festsitzende Brückenlösung nicht in Betracht, sondern es wurde eine implantologische Lösung favorisiert. Insbesondere ging die Patientin in ihren Überlegungen davon aus, in einer einzigen Sitzung die Milcheckzähne zu extrahieren, die bleiben und verlagerten Eckzähne aus dem harten Gaumen zu osteotomieren und im Anschluss daran die Implantate sofort einzusetzen. Der Patientin wurde präoperativ mitgeteilt, dass die Chance einer Sofortimplantation aufgrund der traumatischen Begleitoperation sehr gering sei, da voraussichtlich nicht genügend Primärstabilität erzielt werden kann.

Die klinischen präoperativen Bilder zeigen die ästhetisch insuffiziente Eckzahnsituation. Die Laterotrusion erfolgt über die Zähne 14 und 24.

Die gesamte Operation wurde in Lokalanästhesie durchgeführt. Nach vorsichtiger Extraktion der beiden Milcheckzähne wurde der harte Gaumen mittels Zahnfleischrandschnitt von palatinal großzügig dargestellt. Hierzu wurde eine Neurolyse und Verlagerung des N. inzisivus mit späterer Neueinbettung notwendig, um ein Abreißen des Nerven bei der Mobilisation zu verhindern. Der Situs der beiden Eckzähne wurde freipräpariert. Die Eckzähne wurden in Teilstücken knochenschonend osteotomiert. Abbildung 8

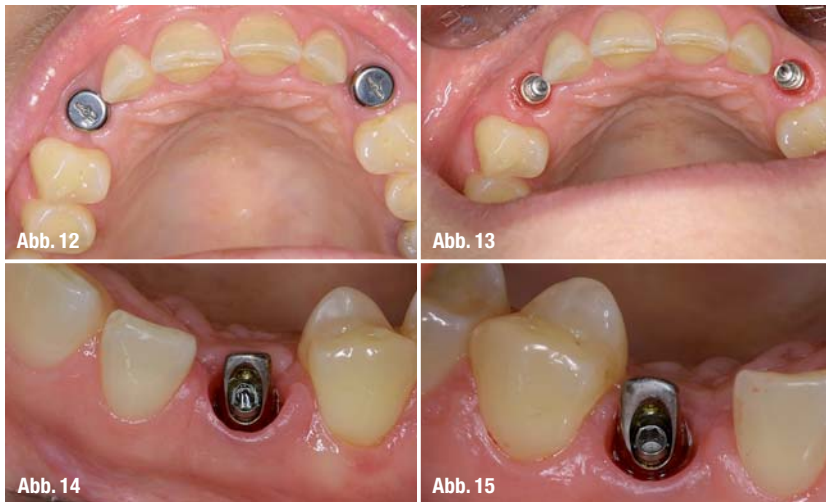
zeigt die entfernten Zahnsubstanzen in der Übersicht. Aufgrund der besonderen anatomischen Situation der Eckzahnverlagerung im Gaumen sowie der knochenschonenden Osteotomie konnten große Teile des Alveolarfortsatzes insbesondere palatinal der extrahierten Milcheckzähne erhalten bleiben. Im apikalen Bereich des Basisknochens resultierte aufgrund der Osteotomie beidseits eine ausgedehnte Defektsituation.

Die Entscheidung, ob eine Sofortimplantation nicht nur möglich, sondern vor allem sinnvoll ist, hängt unter anderem von der erreichbaren Primärstabilität des Implantates ab, welche wiederum durch die Defektmorphologie post extractionem direkt bestimmt wird. In den meisten Fällen ist der (zu augmentierende) Defektbereich im Bereich des krestalen Alveolarfortsatzes. In diesem speziellen Fall war die Crista alveolaris bis auf die sehr kleine Extraktionsalveole der Milcheckzähne vollständig intakt, der große Defekt lag atypischerweise apikal der Implantatspitze. Zur Erreichung einer sicheren Osseointegration bei Sofortimplantation (nicht Sofortbelastung) ist es prinzipiell unerheblich, aus welchem vertikalen Kieferabschnitt die Primärstabilität herrührt. Insofern war es in diesem speziellen Fall möglich, neben der



Abb. 11

Abb. 11 Postoperatives OPG nach Extraktion, Osteotomie und mit transgingival versorgten Implantaten.



krestal unbeschädigten Knochen vor, sodass einer Sofortimplantation bei guter Primärstabilität möglich war.

Insbesondere nach sieben Jahren ist das Ergebnis in funktioneller und ästhetischer Hinsicht unverändert. Das untenstehende OPG zeigt eine Kontrollaufnahme mit intaktem und reizlosem krestalen Knochen.

Auch klinisch ist die periimplantäre klinische Situation zufriedenstellend.

Fazit

Die Diagnose- und Therapiehoheit obliegt dem Zahnarzt, der Patient entscheidet über den Erfolg einer Implantation. Insofern ist die präoperative Kommunikation ebenso essenziell für das Behandlungsergebnis wie die korrekte Diagnose und die Einschätzung des Gewebetyps seitens des Behandlers.

Die eingesetzten Therapieverfahren sollten einen vernünftigen Aufwand-Nutzen-Effekt zum Ergebnis bieten. Therapieansätze, die die Anzahl der operativen Interventionen minimieren und gleichzeitig effektiv, d.h. zeit- und kostensparend sind, sind zu bevorzugen. Insbesondere sollte die persönliche chirurgische und prothetische Kompetenz nicht überbewertet werden. Der Behandler sollte in erster Linie das Potenzial der Ausgangssituation einschätzen können, d.h., welche Gewebereaktionen des Patienten bei welcher Technik erwartet werden kann.

Abb. 12–17 Typischer prothetischen Behandlungsverlauf und die völlig reizlos abgeheilte Gingiva.

Abb. 12 Zustand nach dreimonatiger Osseointegrationszeit.

Abb. 13 Reizlose Gingiva-Architektur nach transgingivaler Einheilung.

Abb. 14 und 15 Eingesetzte Kronenaufbauten Regio 13 und 23 mit ausgereifter Papillenmorphologie.

Abb. 16 und 17 Implantatkronen 13 und 23 direkt nach dem Einsetzen in situ.

Abb. 18 Ästhetisches Endergebnis nach zeitgleicher Extraktion, Osteotomie, Sofortimplantation mit transgingivaler Einheilung.

Abb. 19 OPG-Aufnahme nach sieben Jahren.

Abb. 20 und 21 Reizlose periimplantäre Verhältnisse Regio 13 und 23 nach siebenjähriger Einheilzeit.

ausgedehnten Osteotomie eine zeitgleiche, dreidimensional korrekte Implantation und palatinale Augmentation durchzuführen, auch wenn dabei die untere Hälfte des Implantates vollständig in den Augmentationsbereich hineinragt.

Die Implantate wurden trotz ausgedehnter apikaler Augmentation mittels konventionellen Zahnfleischformern transgingival im Sinne einer offenen Einheilung versorgt, die resorbierbare Membran wurde dicht bis an den Gingivaformer herangezogen (Abb. 10).

Nach komplikationsloser Einheilung über drei Monate konnten die Abformungen zur Herstellung der Implantatkronen durchgeführt werden.

Auch bei nicht individualisierten Gingivaformern ist eine zufriedenstellende rote Ästhetik mit ansehnlicher Weichteilarchitektur erreichbar (Abb. 14 und 17). Den Sofortimplantaten wird häufig vorgehalten, dass die ästhetischen Ergebnisse durch Belastungs- und/oder resorptionsbedingte Dehiscenzen mit der Zeit deutlich schlechter werden. Diese treten insbesondere dann auf, wenn die Sofortimplantation bei Biotyp II-Gewebstypen auftreten und intraoperativ kein Platform Switching durchgeführt wird. In diesem Fall lag ein günstiger Biotyp I mit einem vor allem



_Kontakt	cosmetic dentistry
<p>Zahnmedizinische Klinik Am Wasserturm ZKW Prof. Dr. Dr. Andreas H. Valentin OÄ Dr. med. dent. Elisabeth Werchau 07, 13 (Planken) 68161 Mannheim</p>	
	

BRITE VENEERS®

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

Onlinekurs (2 Fortbildungspunkte), Instruktor-Einsatz-Training (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

BriteVeneers® handcrafted ceramic

individuelle Kreation mit maximalen
Transluzenz- und Farbvariationen

100% Keramik

BriteVeneers® Online-Kurs für 299 €

inkl. DVD und ausführlicher Hands-on-Anleitung

Erlernen Sie die theoretischen Grundlagen des BriteVeneers®-Systems
bequem online Schritt für Schritt von zu Hause oder Ihrer Praxis aus.

BriteVeneers® One-Step ceramic

Zeitersparnis mit der
patentierten Tray-Technologie

100% Keramik

BriteVeneers® Praxis-Training*

Erlangen Sie zusätzliche Sicherheit durch ein Praxistraining am realen Patienten.
Hierzu kommt ein zahnärztlicher Trainer direkt in Ihre Praxis und gibt Ihnen bei
der Platzierung Ihres ersten Patientenfalles Unterstützung und Sicherheit.

* Preis auf Anfrage

MELDEN
SIE SICH
JETZT AN!

Tel.: +49 341 9600060 · Fax: +49 341 48474-600 · E-Mail: info@brite-veneers.com · www.brite-veneers.com

Behandlung und Therapie einer Einzelzahn­lücke unter weiß-rot-ästhetischen Gesichtspunkten

Autor_Dr. Kianusch Yazdani

_Einleitung

Schöne Zähne sind der Wunsch vieler Menschen, wie seit Jahren Umfragen ergeben.

Bei komplexen ästhetischen Fällen speziell im sensiblen Frontzahnbereich ist eine intensive Kommunikation zwischen Patient und dem Team Zahnarzt/Zahntechniker gefragt, die Therapie muss neben der Ästhetik auch in der Biologie und Funktion eine gute Prognose besitzen.

Ziel einer jeden Behandlung ist es, am Anfang des Gespräches ein Gefühl zu vermitteln, dass man sich um den Patienten individuell bemüht, die Wünsche ernst nimmt und eine Vertrauensbasis schafft. Nach Abschluss der Behandlung sollte ein zufriedener Patient entlassen werden, der diesen Therapieschritt immer wieder machen würde.

Mit den heutigen adhäsiven Techniken und Materialien wie Komposite und Keramiken lassen sich minimal- und noninvasiv hervorragende ästhetische und gleichzeitig langlebige Restaurationen konstruieren. Der nachfolgende Patientenfall zeigt, wie komplex und individuell sich letztlich jeder Fall darstellt.

_Patientenfall

Eine 35-jährige Patientin stellte sich 2006 mit einer insuffizienten zweiflügeligen Marylandbrücke vor. Es störte sie das Durchschimmern der Metallflügel im inzisalen Abschnitt der Zähne 11 und 22. Gelegentlich kamen Beschwerden am Zahn 22 hinzu.

Zusätzlich zeigte sich durch das Zahnfleisch apikal des Brückengliedes 21 eine Tätowierung, wahrscheinlich Amalgam von der retrograden Füllung des im Vorfeld resezierten (Narbenbildung) und nachträglich extrahierten Zahnes 21.

Der Metallflügel am Zahn 22 hatte sich bereits gelöst und sich dementsprechend eine Karies palatinal etabliert, was für die Schmerzen sprach.

Der Kopfbiss bzw. leicht offene Biss störte die Patientin nicht, es zeigten sich keine Auffälligkeiten nach erfolgter manueller Funktions- und Strukturanalyse der Gelenke und Muskeln.

Eine Optimierung der Bissituation durch eine kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädische oder rein kieferorthopädische Behandlung kam für die Patientin nicht infrage. Eine implantologische Lösung stellte sich für die Patientin ebenfalls nicht. Dem Wunsch der Patientin entsprechend sollte die Marylandbrücke entfernt und eine neue angefertigt werden.

Nach entsprechender Erläuterung verschiedener Optionen entschied sich die Patientin für eine einflügelige vollkeramische Adhäsivbrücke mit Kieferkammplastik.

Therapieplan:

1. Entfernung der alten Restauration
2. Versorgung von Zahn 22 mit einer direkten Kompositrestauration
3. Präparation des Zahnes 11 für ein Provisorium
4. Entfernung der Tätowierung und ggf. Amalgamresten

Abb. 1a und b_ Ausgangssituation.





Abb. 2a



Abb. 2b



Abb. 2c

5. Aufbau und Unterfütterung des Kieferkammes mit einem Bindegewebstransplantat
6. Etablierung und Stabilisierung eines Ponticdesigns mit einer provisorischen einflügeligen Brücke
7. Eingliederung einer einflügeligen vollkeramischen Brücke nach Stabilisierung/Optimierung der roten Ästhetik

Nach Entfernung der alten Versorgung wurde die Karies an 22 palatinal durch eine direkte Kompositrestauration definitiv versorgt, da der Flügel der neuen Restauration an Zahn 11 befestigt werden sollte.

Die Präparation alio loco erstreckte sich über die gesamte Palatinalfläche bis zur Inzisalkante, weshalb auch der Metallflügel der alten Marylandbrücke vestibulär inzisal durchschimmerte.

Es erfolgte eine Abformung für eine provisorische Versorgung, da die rote Ästhetik durch einen chirurgischen Eingriff unterhalb des Brückengliedes optimiert werden sollte.

Der chirurgische Eingriff zur Unterfütterung des Kieferkammes und des vestibulären Bereiches Regio 21 erfolgte mit der Entnahme eines größeren Bindegewebstransplantates (BGT) am Gaumen.

Zur Aufnahme des BGT erfolgte die Präparation vestibulär Regio 21; dabei zeigte sich ein Amalgamrest, welcher sich für die Tätowierung verantwortlich zeigte. Die Lücke wurde durch ein herausnehmbares Provisorium für eine Woche geschlossen. Nach erfolgter Abheilung und Entfernung der Nähte folgte die Ausformung des Pontics mit einer provisorischen Brücke.

Teamapproach

Spätestens jetzt ist ein intensiver Teamapproach mit dem Zahntechniker notwendig. Grundsätzlich lernt

bei uns jeder Patient das Team Zahnarzt/Zahntechniker persönlich kennen, sodass sich besonders der Zahntechniker, der letztlich den Zahnersatz anfertigt, sich ebenfalls ein Bild über die extraorale Ästhetik wie Mimik und Lachen machen kann.

Fotos von den Zähnen wie auch ggf. ältere Fotos vom Patienten sind für eine intra- und extraorale Analyse hilfreich. Durch die notwendige provisorische Versorgung konnten schon viele Details, die dem Patienten wichtig sind, eingearbeitet und ggf. notwendige Veränderungen umgesetzt werden. Nach vier Monaten hatte sich durch das Pontic der Bereich Regio 21 so ausgeformt, dass der Eindruck eines gingivalen Abschlusses an dem Freiglied entsteht. Wichtig ist, dass das Weichgewebe genügend Regenerationszeit bekommt, um ein dauerhaftes Ergebnis sicherzustellen.

Die Regeneration der roten Ästhetik wurde durch den offenen Biss perfekt unterstützt, sodass das Pontic in Ruhe ausgeformt werden konnte.

Die sehr dünne Inzisalkante von Zahn 11, bedingt durch die Präparationsform alio loco, erforderte in der Umsetzung der Restauration einen anderen Fertigungsansatz, da das Gerüst aus Zirkon bestand und die Transluzenz/Transparenz in der Schneide beeinträchtigen sollte.

Das Zirkongerüst wurde mit Glaskeramik so überpresst, dass inzisal nur Glaskeramik vorhanden war und die Transluzenz dadurch gewährleistet wurde.

Ein weiterer Vorteil dieser Technik besteht in der Anätzung der Keramik, sodass ein adhäsiver Verbund zustande kommt. Die definitive Restauration konnte sich dem Zahn perfekt anpassen, die Patientin war begeistert vom Ergebnis.

Abb. 2a_ Provisorium zur Ausformung des Ponticdesigns.

Abb. 2b_ Ausgeformtes Pontic.

Abb. 2c_ Nach Präparation 11 und Pontic von palatinal.

Abb. 3_ Einflügelige Marylandbrücke silikatisiert (Zirkon) und silanisiert (angepresste Glaskeramik Inzisalkante).

Abb. 4a_ Weißliche Verfärbung der Gingiva während der Eingliederung.

Abb. 4b_ Definitive Restauration direkt nach Eingliederung.



Abb. 3



Abb. 4a



Abb. 4b



Abb. 4c



Abb. 4d

Abb. 4c_ Harmonisches Gesamtergebnis.

Abb. 4d_ Restauration nach sechs Monaten.

Abb. 5a_ Restauration nach fünf Jahren.

Abb. 5b_ Unsichtbare Restauration nach fünf Jahren.

Zusammenfassung

Im dargestellten komplexen Patientenfall ist die Sanierung ohne gravierende Probleme durchgeführt worden, was nur durch das konsequente Einhalten des Konzeptes und der engen Zusammenarbeit mit dem Zahntechniker und auch der guten Compliance der Patientin zu verdanken ist. Das Gesamtergebnis ist für den Patienten ein rundum gelungenes. Die Möglichkeit der Vorhersagbarkeit durch Kontrolle und möglicher Veränderung des Zahnersatzes (Form, Farbe, Funktion) trug nicht unwesentlich dazu bei. Der Faktor Zeit beim Weichgewebe ist ebenfalls ein wesentlicher

Faktor. Nichtsdestotrotz sollten verschiedene Therapieoptionen und Behandlungsmodalitäten in solchen komplexen Fällen bekannt sein, man sollte sich viel Zeit nehmen für die Beratung und Erläuterung der ästhetischen Analyse mit dem Patienten.

Die Abbildungen 5a und b zeigen die Patientin fünf Jahre nach Eingliederung der definitiven Restauration.

Die rote Ästhetik und die adhäsive Verbindung am Zahn 11 ist stabil, in diesem Fall kommt der Vorteil natürlich zu tragen, dass die Versorgung bei den Exkursionsbewegungen keinerlei Belastung ausgesetzt ist.



Abb. 5a



Abb. 5b

Autor

cosmetic dentistry



Dr. Kianusch Yazdani

Mitglied in Studiengruppe für restaurative Zahnheilkunde, aktives Mitglied der DGEEndo, DGFDT, DGÄZ, AGET
Regelmäßige Referententätigkeit und Publikationen im In- und Ausland über die

Tätigkeitsschwerpunkte: mikroskopische Endodontie, Ästhetische Zahnheilkunde, Funktionstherapie und Funktionsdiagnostik, komplexe minimalinvasive Rehabilitationen.

Niedergelassen in eigener Praxis in Münster/Westfalen

Kontakt

Dr. Kianusch Yazdani

Praxis am Theater
Neubrückenstr. 12-14
48143 Münster (Westf.)
Tel.: 0251 46180
E-Mail: praxis@dryazdani.de



INTRODUCING

Two Striper[®]

DER P.B.S.[®] BOND- VORTEIL



LANGLEBIGSTER BOHRER

- Dauerhaft verbundene Diamantkristalle verhindern, dass sich die Diamanten lösen.

SCHNELLE, GLATTE SCHNITTE

- Größere Anzahl frei herausragender Diamanten für eine höhere Exposition.

SCHNELLE ENTFERNUNG

- Gleichmäßige Verteilung und eine hohe Konzentration der Diamantkristalle.

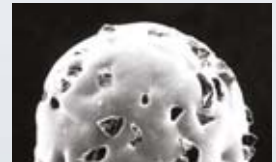
WIRTSCHAFTLICHER WEGBEREITER

- Der Diamantbohrer ist der einzige Bohrer, der mittels des P.B.S.[®] Bonding-Prozesses hergestellt wird.

Neue Diamant-Bohrerspitze

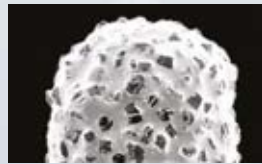


Neue Two Striper[®] Bohrerspitze



Neue galvanisierte Bohrerspitze

Benutzte Diamant-Bohrerspitze



Benutzte Two Striper[®] Bohrerspitze



Benutzte galvanisierte Bohrerspitze



**abrasive
technology**



800.964.8324 | www.abrasive-tech.com

Abrasion, Erosion, Attrition: Was nun? Was tun? Ein Fallexperiment

Autorin Dr. medic. stom. (RO) Diana Svoboda, M.Sc., M.Sc.



Abb. 8

Abb. 1a und b_ Anfangsbefund: abradierte Frontzähne im Ober- und Unterkiefer mit keilförmigen Defekten und Rezessionen an 14 und 15; besonders ausgeprägt die Abrasionen im Oberkiefer (Zustand nach Bleaching).

Abb. 2a und b_ Frontal offener Biss mit abradierten Schneidekanten und Schmelzabplatzungen an 13.

Abb. 3a und b_ Okklusale Ansicht beider Kiefer mit Restlücke zwischen 13 und 14 und Lückenschließung an 34.

Abb. 8_ Follow-up nach sechs Monaten.

Immer öfter werden wir in der Praxis mit dem pathologischen Verlust der Zahnschubstanz konfrontiert. Dabei ist die Anzahl der jungen Patienten deutlich gestiegen. Es ist sehr wichtig, die Ursache früh genug zu erkennen und zu behandeln, um so spätere kostspielige und invasive Therapien zu vermeiden.

Der Verlust von gesunder Zahnschubstanz kann als Folge einer Erosion (Demineralisierung der Zähne ohne Beteiligung von Mikroorganismen), Attrition (durch physiologischen oder pathologischen okklusalen Kontakt der Zähne zueinander), Abrasion (durch mechanische Prozesse, Bruxismus), Demastikation (durch Nahrungszerkleinerung und Abrasivität der Nahrung) oder Abfraktion (keilförmige Defekte) auftreten. Selten kommt es vor, dass Zahnschubstanzverlust nur eine Ursache hat. Die Praxis zeigt, dass sehr oft mehrere

Faktoren für den Zahnverlust verantwortlich sind. Der Patient kommt in die Sprechstunde mit dem Wunsch, die verloren gegangene Zahnschubstanz aus ästhetischen oder funktionellen Gründen wieder aufzubauen. Nach Abklärung der Ursachen bleibt es zu überlegen, welche therapeutischen Maßnahmen getroffen werden müssen.

Patientenfall

Ein 22-jähriger Patient stellte sich in unserer Klinik vor, unzufrieden mit dem Aussehen seiner Frontzähne, da die Schneidekanten abradiert waren (Abb. 1). Ebenfalls klagte er über nächtliches Knirschen.

Orientiert an den Okklusionsprinzipien sieht die konventionelle Therapie eine prothetische Behandlung vor. Aber im Anfangsstadium ist nicht immer eine Korrektur der Unterkieferposition, der Vertikaldimension oder der Okklusion notwendig. In diesen Fällen erscheint die konventionelle Therapie als invasiv und wird oft von den Patienten infrage gestellt.

Der Erfolg der teuren konventionellen Therapie hängt von der Prämisse ab, dass der Patient diszipliniert eine Okklusionsschiene trägt. Eine Variable die wir als Behandler nicht einkalkulieren können.

Die deutlich verbesserten adhäsiven Techniken haben in vielen Indikationen die konventionellen Therapien ersetzt. Sie erlauben und ermöglichen minimalinva-



Abb. 1a



Abb. 1b



Abb. 2a



Abb. 2b



Abb. 3a



Abb. 3b

sive Eingriffe mit maximalem Erhalt an gesunder Zahnschubstanz. Der Gedanke, diese Techniken bei reduziertem Zahnschubstanzverlust einzusetzen, liegt dann nah.

Der Patient hatte eine kieferorthopädische Behandlung, die zur Lückenschließung in Regio 35 diente, abgeschlossen. Zu vermerken ist, dass nach der Behandlung ein offener Frontalbiss besteht (Abb. 2). Die okklusalen Verhältnisse vor der Behandlung sind der Autorin nicht bekannt. Wichtig ist aber an dieser Stelle festzuhalten, dass Zahnfehlstellungen eine wichtige Rolle in diesem Zusammenhang spielen.

Der intraorale Befund zeigt eine Abrasion der Schneidekanten beider Frontzahngruppen, allerdings ohne Dentinfreilegung. Der Seitenzahnbereich blieb von Zahnschubstanzverlust verschont. Bis auf Zahn 14, welcher einen muldenförmigen Einbruch aufweist, was eher aber einer Erosion zuzuordnen wäre (Abb. 3).

Der Patient wurde über die Ursachen und Folgen des Bruxismus aufgeklärt. Das regelmäßige Tragen einer Okklusionsschiene zum Schutz der Zahnschubstanz wurde als unabdingbar für jegliche weitere rekonstruktive Maßnahmen erläutert.

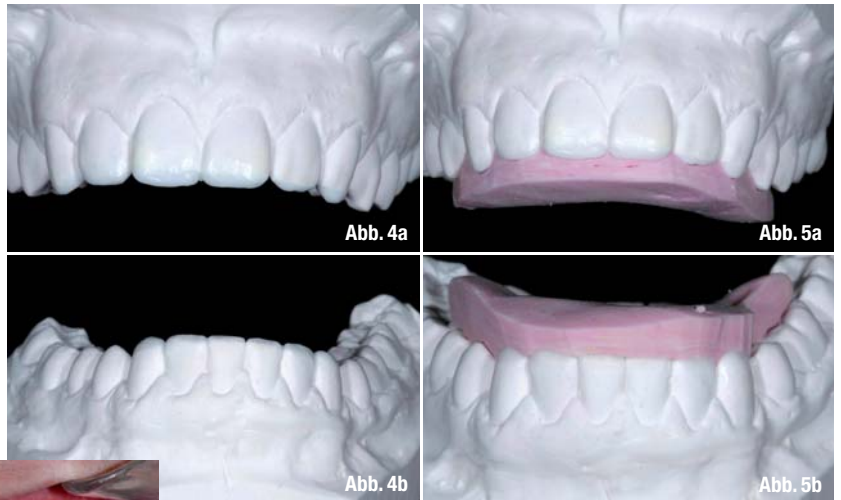
Die konventionelle Therapie mittels Kronen kommt für den jungen Patienten nicht infrage.

Auch eine Rekonstruktion mit Veneers erscheint dem Patienten als sehr invasiv, bezogen auf das fehlende Substanzvolumen.

Die minimalinvasive Therapie mit direkten Kompositaufbauten würde in diesem Fall dem Prinzip zum maximalen Erhalt gesunder Zahnschubstanz entsprechen. Der Patient wird über den experimentellen Charakter der Therapie unterrichtet und gibt seine Einwilligung zur Behandlung.

Um dem Patienten die Behandlungsschritte und, noch wichtiger, das Behandlungsergebnis zu zeigen, wurden diagnostische Modelle hergestellt. Beide Frontzahngruppen wurden aufgewachst (Abb. 4). Dabei orientierte sich die Zahntechnikerin an rein ästhetischen Kriterien.

Die Fotos und Modelle wurden mit dem Patienten besprochen und anhand dessen die geplante Vorgehensweise besprochen. Vom Wax-up wurden mehrere Silikonlüssel angefertigt. Zwei davon dienten zur Herstellung des Mock-ups. Zwei weitere wurden für den inzisalen Aufbau eingesetzt (Abb. 5). Der Aufbau der Inzisalkanten erfolgte sukzessive mithilfe der reduzierten Silikonlüssel. Diese wurden so gestaltet, dass sie leicht die Inzisalkante des Wax-ups überlappen (Abb. 6). So konnte man den



Silikonlüssel als Matrize einsetzen.

Die Rekonstruktion der Inzisalkanten beider Frontzahngruppen erfolgte in einer Sitzung (Abb. 7). Im Anschluss wurden beide Kiefer abgeformt und am gleichen Tag eine Okklusionsschiene hergestellt, sodass der Patient unmittelbar nach der Behandlung die Aufbauten schützen konnte. Die Behandlungsmethode ist als experimentell zu bewerten. Das Follow-up nach sechs Monaten (Abb. 8) zeigt ein zufriedenstellendes Zwischenergebnis. Alle

Rekonstruktionen befinden sich noch in situ. Der Patient, motiviert durch das Behandlungsergebnis, berichtet, die Okklusionsschiene jede Nacht zu tragen.

_Fazit

Der Therapieansatz zeigt viele Vorteile. Das oberste Ziel, gesunde Zahnschubstanz maximal zu erhalten, ist geboten!

Die Behandlungsdauer/-zeit ist überschaubar – in nur einer Sitzung konnten alle Inzisalkanten aufgebaut werden. Die Behandlungskosten sind gering, da keine teuren Laborkosten entstehen – lediglich die Kosten für die diagnostischen Modelle und das Wax-up. Die Rekonstruktion kann ohne örtliche Betäubung durchgeführt werden.

Und was passiert, wenn die Rekonstruktionen nicht halten? Dann haben wir wieder die Ausgangssituation: Gut erhaltene und gesunde eigene Zahnschubstanz, die so wie oben beschrieben wieder aufgebaut werden kann! Das kann jedoch nur mit dem Einverständnis (!) und guter Zusammenarbeit des Patienten funktionieren. Und das gilt für alle unsere Therapien!_

Abb. 4a und b_ Aufgewachste Frontzahngruppen.

Abb. 5a und b_ Silikonlüssel für den inzisalen Aufbau.

Abb. 6_ Reduzierter Silikonlüssel zum Aufbau der Inzisalkante.

Abb. 7a und b_ Abschlussbefund direkt nach der Rekonstruktion; nach Rehydratation sind die Übergänge nicht mehr sichtbar.

_Kontakt **cosmetic dentistry**

Dr. medic. stom. (RO) Diana Svoboda, M.Sc., M.Sc.
 diPura – Fachklinik für ästhetische Zahnmedizin und Implantologie
 Rellinghauser Straße 16
 45128 Essen
 Tel.: 0201 74718-0
 E-Mail: info@dipura.de
 www.dipura.de

Autor

Minimalinvasive Zahnmedizin – das Mock-up zur Schonung der gesunden Zahnhartsubstanz

Autor_Dr. Olivier Etienne

_Einleitung

Die Entwicklung der Adhäsivtechnik ist eine der großen Errungenschaften der Zahnmedizin der letzten zwei Jahrzehnte. Stetige Verbesserungen der Haftvermittler, Techniken und keramischen Materialien haben es ermöglicht, eine ästhetische Zahnmedizin mit geringer Bruchgefahr zu entwickeln. Ebenso entstanden neue Präparationstechniken durch die Mischung traditioneller Vorgehensweisen mit Erfahrungswerten und neuen Ideen. Moderne adhäsive Befestigungsmaterialien wurden schnell zentrale Bestandteile minimalinvasiver Behandlungskonzepte zur Erhaltung und Schonung dentaler Strukturen. Ein klinischer Faktor hat sich als besonders bedeutend herausgestellt: die Qualität des Bondings in Verbindung mit der Haftung an Dentin und Schmelz. Untersuchungen haben ergeben, dass aufgrund der unterschiedlichen Eigenschaften von Dentin und Schmelz das Schmelz-Bonding dem Dentin-Bonding stets überlegen ist.¹ Dieser Aspekt sollte bei der Planung mit berücksichtigt werden, um den besten Kompromiss zwischen ausreichender Materialstärke und Ästhetik zu finden (Tabelle 1).

Vollkeramische Restaurationen	Mindeststärke (in mm)		
	Labial	Lingual	Okklusal
Vollkeramische Kronen	1,2	1,2	1,5
Gepresste Verblendschalen (Leuzit, Lithium-Disilikat)	0,8	/	1,5
Feldspathaltige Verblendschalen	0,6	/	1,5

Tabelle 1 _Empfohlene Mindeststärke (mm) für verschiedene Keramiktypen auf nicht verfärbter Zahnhartsubstanz.

Auch die Festigkeit unter größtmöglichem Erhalt des Schmelzes bei der Präparation der Oberfläche sollte gewährleistet werden. Um Verfärbungen der natürlichen Zahnhartsubstanz kaschieren zu können, sind die transparenten Eigenschaften der verschiedenen Keramikmaterialien zu beachten, ebenso deren Min-

destärken und die dadurch beeinflusste natürliche Zahnfarbe der darunter gelegenen Struktur.² So erfordern gepresste Verblendschalen im Allgemeinen eine größere Schichtdicke als feldspathaltige Verblendschalen.

Um die Langlebigkeit der Restaurationen zu erhöhen und postoperativen Sensibilitäten vorzubeugen, sollte immer, sofern klinisch möglich, eine minimalinvasive Schmelzpräparation ohne Einbeziehung des Dentins bevorzugt werden.^{3,4} Bei dieser Präparation empfiehlt es sich, zuerst die variierende Schichtstärke des Schmelzes zu begutachten (Tabelle 2).

Stärke des labialen Zahnschmelzes	Stärke (in mm)	
	Minimum	Maximum
Gingivaler Bereich	0,3	0,5
Mittlerer Bereich	0,6	1,0
Inzisaler Bereich	1,0	2,1

Tabelle 2: Durchschnittswerte der natürlichen Stärke (mm) des labialen Zahnschmelzes an den Schneidezähnen.

Diese Schichtstärke hängt vom Alter des Patienten, der zahnmedizinischen Vorgeschichte und auch vom Verschleiß des Schmelzmantels ab (Abb. 1). Der natürliche Verschleiß an Schichtstärke kann zusätzlich auch durch abrasive Stoffe verstärkt worden sein, wie zum Beispiel Zahnpasta, die mit hochkonzentriertem Bikarbonat angereichert ist, oder säurehaltige Getränke und Zitrusfrüchte etc. Zur Optimierung der Ästhetik und zur besseren Voransicht durch das Wax-up sollte vor Beginn der Behandlung eine detaillierte klinische Untersuchung der tatsächlichen Abnutzung vorgenommen werden. Die Durchschnittswerte des labialen Zahnschmelzes deuten auf eine große Variationsbreite bei jedem Patienten und jedem Zahn hin (Tabelle 2).

_Material und Methode

Unter besonderer Berücksichtigung der grundlegenden Anforderungen an die Reduktion und Materialien

sind verschiedene klinische Konzepte zur Vermeidung einer Überpräparation der Zahnhartsubstanz entwickelt worden. Die Konzepte basieren entweder auf dem eher aggressiven Prinzip der progressiven Reduktion oder der kontrollierten Eindringtiefe.⁵

I. Methoden der progressiven Reduktion

Um die Menge der zu entfernenden Zahnhartsubstanz während der Präparation optisch nachvollziehen und manuell kontrollieren zu können, werden bei den progressiven Reduktionsmethoden Referenzpunkte, wie angrenzende Zähne, die Größe des Schneidwerkzeugs (Schnitttiefenmethode) oder ein vor Beginn der Behandlung angefertigter Silikonschlüssel (Schlüsselmethode) verwendet.

Während der Präparation besteht im Rahmen der Schnitttiefenmethode die einfachste Vorgehensweise darin, die zu entfernende Menge an Zahnhartsubstanz anhand der Größendifferenz zu den benachbarten Zähnen einfach abzuschätzen. Diese subjektive dreidimensionale Einschätzung der Schichtdicke lässt in der Umsetzung viel Freiraum für Flexibilität, ist jedoch im Hinblick auf das Ergebnis nicht sehr effizient, was den Erhalt der Zahnhartsubstanz anbelangt. Um das Verfahren zu verbessern, können zu Beginn der Präparation zusätzlich vertikale Orientierungsrillen in den Zahn eingeschnitten werden, wobei optisch sichergestellt werden sollte, dass nicht weiter als der Durchmesser des Diamantschleifers eingedrungen wird.^{6,7} Zudem hängt diese Methode auch von der Kontur des wiederherzustellenden Zahnes ab und hat daher den Vorteil, die Präparation zu jeder Zeit in allen Dimensionen kontrollieren zu können. Wenn ein Zahn in den gleichen, ursprünglichen Proportionen wiederhergestellt werden soll, ist dies die bevorzugte und einfachste Methode (Abb. 2). Bei der Umsetzung der Schlüsselmethode wird die angestrebte Morphologie der definitiven Rekonstruktion bereits während der Präparation als Referenz verwendet. Vor der Präparation wird ein ästhetisches Wax-up auf einem Situationsmodell aus Gips angefertigt. Nach Abstimmung mit dem Patienten bildet das Wax-up die Grundlage für die Anfertigung eines Schlüssels. Der Schlüssel wird idealerweise aus einer thermoplastisch geformten, transparenten Matrix, zum Beispiel einer Miniplastschiene, angefertigt. Der Schlüssel, beziehungsweise die Schiene, erlaubt die Kontrolle der Präparation während der Behandlung. Später können mit der Schiene auch die Provisorien in Form von temporären Verblendschalen angefertigt werden (Abb. 3).⁸ Bei der von Pascal Magne entwickelten Methode werden zwei in Streifen geschnittene Silikonschlüssel verwendet, wobei einer für die vertikale und einer für die horizontale Achse angefertigt wird.⁹⁻¹¹ Die Verwendung von zwei Silikonschlüsseln ermöglicht die gleichzeitige dreidimensionale Kontrolle der Reduktion während der Präparation und unterstützt so vollständig das Prin-

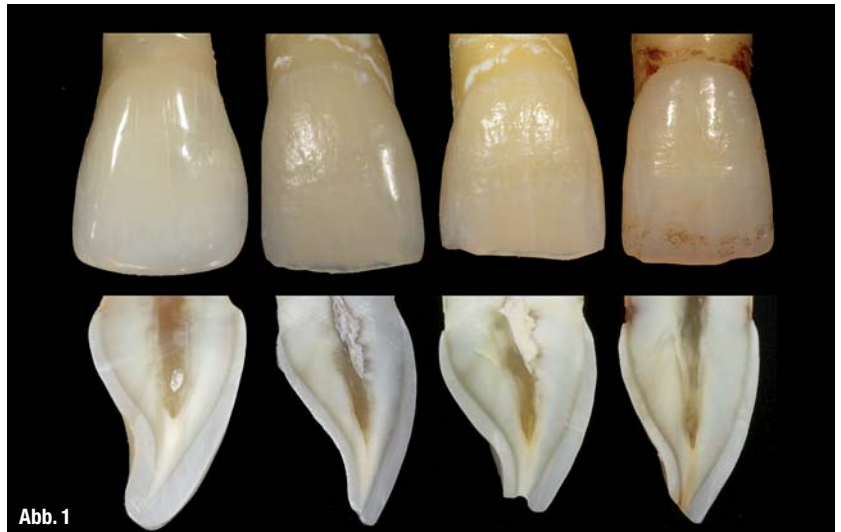


Abb. 1

zip der bestmöglichen Zahnerhaltung. Die Vorgehensweise erfordert allerdings eine häufige Verwendung des Kontrollschlüssels und ist daher umständlich und zeitaufwendig. Sie gewährleistet jedoch ein vorhersehbares und einheitliches Ergebnis.

Abb. 1 Labialansicht und Median-Sagittal-Schnitt von vier mittleren Oberkieferschneidezähnen verschiedenen Alters (von links nach rechts: Patienten im Alter von 19, 32, 42 und 68 Jahren). Die Schmelzdicke variiert zwischen den Zähnen abhängig vom Alter sowie auch bei jedem einzelnen Zahn abhängig von der Kronenlänge.

Methoden der kontrollierten Eindringtiefe

Im Vergleich zu den progressiven Reduktionsmethoden wird bei den Methoden der kontrollierten Eindringtiefe durch die Verwendung von speziell dafür entwickelten Diamantschleifern eine gezielte, vorhersagbare Reduktion der Zahnhartsubstanz ermöglicht. Durch die Nutzung sogenannter Tiefenmarkierer erfolgt die Kontrolle der Eindringtiefe, was zur Verringerung des Fehlerpotenzials führt (Tabelle 3).

Referenz (ISO)	Durchmesser des Bohrfutters	Durchmesser des Diamantschleifers (ISO)	Schnitttiefe
868 B	1,6 mm	2,0 mm (020)	0,4 mm
834	1,6 mm	2,1 mm (021)	0,5 mm
801 L	1,0 mm (oberer Teil)	2,3 mm (023)	0,65 mm
801 L	1,0 mm (oberer Teil)	2,9 mm (029)	0,95 mm

Referenz (ISO)

Die ersten Empfehlungen für die direkte Methode beschreiben den klinischen Einsatz von speziellen Diamantschleifern, die durch ihre Form die Eindringtiefe begrenzen (Abb. 4). Bei dieser Technik ist die Eindringtiefe durch die ISO-Referenzwerte bekannt und kann somit kontrolliert werden. Jedoch ist es nicht möglich, nach der Präparation die ursprüngliche Stärke des Schmelzmantels und damit die tatsächlich stattge-

Tabelle 3: ISO-Referenzwerte, Durchmesser und Schnitttiefen ausgewählter Bohrer für die Präparation von Verblendschalen.

Abb. 2_ Eine einheitliche Präparation kann erzielt werden, indem vertikale Orientierungsrillen mit gleicher Breite, die den Durchmesser des Diamantschleifers nicht überschreitet, angelegt werden. Die Kontrolle der einheitlichen Reduktion erfolgt mit einem vorab erstellten Silikonschlüssel.



Klinisches Verfahren und Anwenderbericht

I. Der ästhetische Befund und das Wax-up

Die eingehende intraorale Untersuchung – inklusive Erhebung eines ästhetischen Befundes in Bezug auf alle relevanten Kriterien – ist eine unverzichtbare Grundvoraussetzung für die geplanten ästhetischen Restaurationen.^{19,20} Die in Abstimmung mit dem Patienten ermittelten Veränderungswünsche werden durch das Modellieren mit einem Komposit veranschaulicht, das ohne Einsatz von Haftvermittlern direkt auf den trockenen Zahn aufgetragen wird (Abb. 5). Sobald die gewünschten Änderungen wie die Form der Zähne, Schließung von Zahnlücken etc. erreicht wurden, erfolgt die Abformung der Situation. Der Zahntechniker fertigt auf der Basis der gewonnenen Abformung ein detailliertes Wax-up an (Abb. 6). Anschließend erfolgt die Herstellung einer thermoplastisch geformten, transparenten Matrix (zum Beispiel einer Miniplastschiene) oder eines Silikonschlüssels, womit später eine feste Matrix am Patienten hergestellt werden kann.

II. Erstellung des Mock-ups

Der angefertigte Silikonschlüssel bzw. die Miniplastschiene wird mit Komposit befüllt und ohne Anwendung eines Haftvermittlers bis zur vollständigen Polymerisation des Komposits auf die Zähne des Patienten gesetzt (Abb. 7). Für die intraorale Anfertigung des Mock-ups werden, statt herkömmlicher Pulver-Flüssigkeitsgemische, Composite auf Bis-Acrylat-Basis empfohlen, da diese ein Verkleben der Instrumente während der nachfolgenden Präparation verhindern und somit anwenderfreundlicher sind. Die eingesetzte, auspolymerisierte Matrix unterstützt die Behandlung bis zum Erreichen der endgültigen Präparation, da sie während der gesamten Sitzung zur Orientierung und Kontrolle weiterhin verwendet werden kann.

III. Die minimalinvasive Präparation mit dem Mock-up Abhängig vom gewählten Material für die endgültige Restauration gibt die Stärke des Restaurationsmaterials den Durchmesser des Diamantschleifers und somit auch die Eindringtiefe vor (Tabelle 3). Zu Beginn

Tabelle 4: Die durchschnittliche Schmelzstärke eines Zahnes nach Naveau et al., gemessen jeweils zentral an der Zahnoberfläche (OK: Oberkiefer, UK: Unterkiefer).¹⁵

fundene Reduktion zu beurteilen. Auch gibt es mit zunehmendem Alter und aufgrund von Abnutzungen auf natürliche und unnatürliche Weise eine kaum einschätzbare Variation bei der wirklichen Schmelzstärke (Tabelle 4).¹²⁻¹⁴

Zähne	Die durchschnittliche Schmelzstärke der betroffenen Zahnoberfläche							
	bukkal/labial		palatal/lingual		approximal		okklusal	
	OK	UK	OK	UK	OK	UK	OK	UK
Inzisivus	1,0	0,9	0,7	0,6	0,7	0,65	0,9	0,9
Caninus	0,8	0,8	0,7	0,6	0,75	0,6	1,1	1,0
Prämolar	1,3	1,25	1,4	1,1	1,15	1,05	1,3	1,25
Molar	1,45	1,55	1,6	1,4	1,3	1,35	0,55	0,5

Abb. 3_ Sofern mit der Schlüssel-methode gearbeitet wird, ist es erforderlich, bereits im Voraus eine detaillierte ästhetische Planung zu erarbeiten. Diese wird aus einem Situationsmodell und darauf mithilfe eines Wax-ups erstellt. Mehrere Schlüssel können auf diesem Modell hergestellt und für die spätere Kontrolle während der Präparation in ihre horizontale oder vertikale Achse zerteilt werden. Um die Schlüssel einfach fixieren zu können, sollten das Zahnfleisch und die benachbarten Zähne mit einbezogen werden.

Der maximale Erhalt der Zahnhartsubstanz im Sinne einer minimalinvasiven Präparation kann daher mit dieser Methode nicht gewährleistet werden. Galip Gürel verfolgte die konsequente Weiterentwicklung der Konzepte und stellte im Jahr 2003 die indirekte Methode der kontrollierten Eindringtiefe vor.¹⁶ Dabei wird der Forderung nach einer minimalen Reduktion der Zahnhartsubstanz unter Berücksichtigung der Schichtdicke der endgültigen Restauration mit Unterstützung spezieller Diamantschleifer nachgekommen. Diese Methode basiert, über die Anfertigung vom Wax-up und späteren Mock-up, auf einer einfachen aber präzisen Technik. Sie gewährleistet, unabhängig vom behandelnden Zahnarzt, eine kontrollierte Eindringtiefe und eine hohe Reproduzierbarkeit bei der Präparation.^{17, 18}

Abb. 4_ Die für eine kontrollierte Eindringtiefe verwendeten Diamantschleifer sollten parallel zur Oberfläche eingesetzt werden. Sobald das Bohrfutter den Zahn berührt, ist ein weiteres Vordringen in die Tiefe nicht möglich. Diese Methode der kontrollierten Eindringtiefe ist geeignet, wenn die endgültige Form der Rekonstruktion mit der vorherigen unbehandelten Form übereinstimmt.





Abb. 5 Die ästhetische Analyse und die Wünsche des Patienten indizieren eine Versorgung mit keramischen Verblendschalen (Veneers). Mithilfe eines Komposits, das freihändig auf die Labialflächen aufgetragen wird, können wesentliche Veränderungen

direkt am Patienten ermittelt und gemeinsam mit ihm abgestimmt werden. Um die Verkürzung der Eckzähne zu simulieren, werden zu lange Zähne mit einem schwarzen Filzstift markiert. Durch die Überlagerung der Bilder wird der ästhetische Vorteil durch die Beseitigung der Zahnlücke und die Neuausrichtung der Schneidezähne veranschaulicht. Anschließend erfolgt eine erste orientierende Abformung zur Herstellung eines diagnostischen Modells mit Wax-up. **Abb. 6** Auf dem diagnostischen Modell erfolgt die Anfertigung eines Wax-ups. Dieses optimiert und finiert die vor der orientierenden Abformung erarbeiteten Veränderungen. Das Wax-up ermöglicht plastisch die Zähne zu verlängern und in der Größe zu verändern. Zudem zeigt es deutlich, dass die Gewebereduktion nicht einheitlich sein wird. Die weißen Bereiche zeigen das Wachs, die hellbraunen Bereiche den Gips. Die finale Umgestaltung wird durch eine Doppelmischabformung mit Silikon präzise abgeformt. Diese Abformung ist die Basis für das intraorale Mock-up.

der Präparation werden horizontale Rillen zur Tiefenmarkierung in die labiale Oberfläche eingeschnitten. Dadurch kann sichergestellt werden, dass mit dem rotierenden Instrument parallel zur Oberfläche eingedrungen wird, bis der nichtdiamantierte Teil des Bohrfutters das Komposit des Mock-ups berührt (Abb. 11). Um die Tiefenbegrenzung für die Präparation besser zu kennzeichnen, kann der Boden jeder Markierungsrille mit einem Bleistift oder Filzstift hervorgehoben beziehungsweise gekennzeichnet werden (Abb. 8). Sobald die labialen Tiefenmarkierungen gesetzt und gekennzeichnet wurden, sollte die inzisale Reduktion vorgenommen werden, bevor das Mock-up abgenommen wird. Nach dem Entfernen sind nur noch die Tiefenmarkierungen mit den am Boden eingefärbten Markierungsrillen zu sehen (Abb. 9). Sobald das Mock-up entfernt wurde, kann die Tiefe der Führungsrillen aufgrund der natürlichen Zahnstellung und -anatomie variieren. Die Führungsrillen werden sorgfältig miteinander verbunden, ohne über die Tiefenmarkierungen hinaus zu präparieren. Das endgültige Präparationsdesign wird anschließend mit Finierdiamanten fertiggestellt. Am Ende der Sitzung wird die Abformung zur Anfertigung eines Meistermodells genommen. Anschließend kann die Miniplastschiene bzw. der Silikonschlüssel, die/der anfänglich für die Anfertigung des Mock-ups verwendet wurde, für die Erstellung des Provi-

Diskussion

soriums verwendet werden. Eine Präparation nach diesem minimalinvasiven Prinzip der Zahnerhaltung gewährleistet, dass die Substanzreduktion nur an den Flächen erfolgt, wo sie wirklich erforderlich ist (Abb. 10).

Die indirekte Methode der kontrollierten Eindringtiefe ist unabhängig vom behandelnden Zahnarzt. Sie gewährleistet eine kontrollierte Eindringtiefe und eine hohe Reproduzierbarkeit bei der Präparation, hat jedoch auch ihre Grenzen. In bestimmten Fällen weisen ein oder mehrere Zähne eine erhebliche Fehlstellung auf, was somit zu gravierenden Abweichungen vom natürlichen Zahnbogen führt. Hier ist es oftmals unumgänglich, diese Zähne zuerst zu präparieren und zu reduzieren, bevor das Mock-up hergestellt werden kann. Dadurch wird verhindert, dass bei der Erstellung des Silikonschlüssels oder der Miniplastschiene Zähne erheblich aus dem Mock-up herausragen oder zu einer Deformation des Mock-ups führen. Um eine perfekte Platzierung des Schlüssels und somit des späteren Mock-ups auf den Zähnen zu gewährleisten, sollte zu Beginn der Präparation mit dem Silikonschlüssel überprüft werden, ob die anfängliche Reduktion auch tatsächlich ausreichend ist. Für die Labialflächen ist diese Methode vollständig

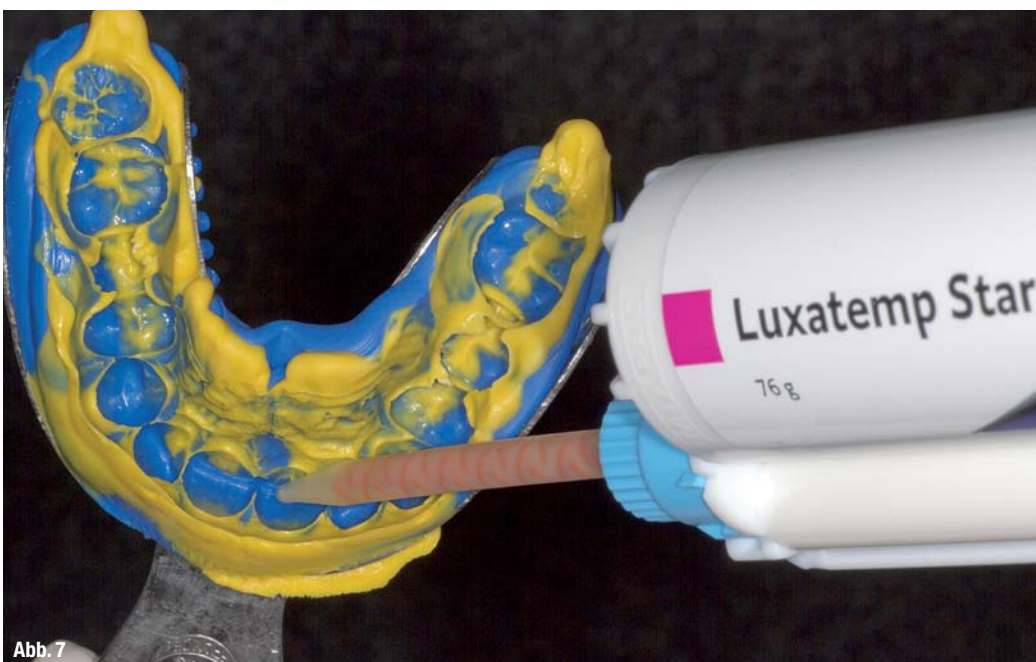


Abb. 7 Vom Wax-up wurde mit Doppelmischabformung ein präzises Negativ angefertigt. Das Komposit (Luxatemp Star, DMG) wird in die Abformung appliziert, bevor es zur Erstellung eines Positivs und somit des Mock-ups im Mund reponiert wird. Nach der Polymerisation kann das ästhetische Erscheinungsbild umgehend auch vom Patienten beurteilt werden. Aufgrund der variablen Stärke und der damit verbundenen Bruchgefahr des Komposits sollte das Mock-up zunächst nicht entfernt werden. Auf die Verwendung von Haftvermittlern sollte allgemein bei dieser Methode verzichtet werden.

Abb. 8_ Das Mock-up bleibt während der initialen Präparation eingesetzt. Der Diamantschleifer wird parallel über die labialen Oberflächen geführt, bis das Bohrfutter die Oberfläche berührt. Drei bis vier Orientierungsrillen sind ausreichend, um die endgültigen Tiefenbegrenzungen der Präparation ermitteln zu können. Nachdem die inzisalen Referenzpunkte gesetzt wurden, werden die Orientierungsrillen basal mit einem Filzstift gekennzeichnet.



Abb. 8



Abb. 9

Abb. 9_ Die noch anhaftenden Teile des Mock-ups werden entfernt, so dass eine direkte Einsichtnahme auf die Führungsrillen ermöglicht wird.

Mit der Präparation wird solange fortgefahren, bis die eingefärbten Rillen gerade eben entfernt wurden und die approximalen Bereiche die ästhetischen Bedürfnisse und



Abb. 10

Anforderungen an das spätere Restaurationsmaterial erfüllen. Die Doppelmischabformung kann mit einem Komposit auf Bis-Acrylat-Basis (Luxatemp Star, DMG) zur Erstellung eines Provisoriums erneut verwendet werden.

Abb. 10_ Klinische Situation nach einer Woche: Das endgültige ästhetische Erscheinungsbild wird durch die natürlichen Proportionen der Schneidezähne geprägt. Die Präparation mit dem Mock-up hat es ermöglicht, die Zielvorgabe bei maximalem Substanzerhalt zu erreichen.

Abb. 11_ Das Mock-up haftet auf den initial präparierten Zähnen. Die Tiefe der Führungsrillen ist nicht nur abhängig vom Durchmesser des Diamantschleifers, sondern auch von der Schichtdicke des eingesetzten Mock-ups. Der Diamantschleifer berührt mit dem nicht diamantierten Bohrfutter die Oberfläche, was zu einem Stopp führt. Sobald das Mock-up entfernt wird, kann die Tiefe der Führungsrillen im Vergleich zur Ausgangssituation mit Mock-up variieren. Durch Verbinden der Tiefenmarkierungen bis zu den basalen Kennzeichnungen wird die Präparation fortgeführt. Der Schmelz kann so bestmöglich erhalten werden und die Stärke der späteren Veneers ist gleichmäßig.

geeignet. Palatal und lingual ist die Beurteilung jedoch schwieriger, weshalb diese Methode für die Anfertigung von Teilkronen an ihre Grenzen stößt. Mithilfe des Mock-ups ist es möglich, die statische und dynamische Okklusion visuell zu überprüfen und somit für eine geeignete Stärke des Materials für die definitive Restauration zu gewährleisten.

__Schlussfolgerung

Im Vordergrund sollte immer der Erhalt der Zahnhartsubstanz stehen, da dies naturgemäß eine bessere Langlebigkeit gewährleistet und zudem zukünftige Eingriffe vereinfacht. Jede Entscheidung

und jeder klinische Eingriff sollte unter Berücksichtigung des therapeutischen Verlaufs getroffen werden. Hinsichtlich der Zahnerhaltung sollte im Rahmen einer adhäsiven Befestigung beachtet werden, dass die Haftung am Zahnschmelz der Haftung am Dentin überlegen ist. Somit ist es empfehlenswert, die Techniken zu bevorzugen, die den Erhalt des Schmelzes bestmöglich unterstützen, sofern die Rekonstruktionsstärke dies erlaubt. Um ein ästhetisch vorzeigbares Ergebnis zu erlangen, sollte das Mock-up die Basis der Behandlung darstellen. Für die Präparation eignen sich spezielle Diamantschleifer mit entsprechender Form, die eine kontrollierte Eindringtiefe ermöglichen.



Abb. 11

_Kontakt
cosmetic
dentistry



Dr. Olivier Etienne,
Chirurgien dentiste
1, rue de la Division Leclerc
67000 Strasbourg
Frankreich
Dr. Etienne ist Assistenz-
professor für Prothetik an
der zahnärztlichen Fakultät
der Universität Strasbourg.

Er ist Autor zahlreicher französischer und internationaler Artikel und hält Vorträge zu verschiedenen Themen in der Ästhetischen Zahnmedizin.

Literaturliste

Autor

Envision a Smile – Ein Bild sagt mehr als tausend Worte

Der lang ersehnte Schlüssel in der Patientenkommunikation

Autor Prof. Dr. Martin Jörgens

Jeder Zahnarzt sehnt sich in Beratungsgesprächen mit Patienten nach perfekten visuellen Hilfsmitteln, die eine geplante Therapie für den Patienten nachvollziehbar machen und verdeutlichen. Modelle, Wax-ups und auch Mock-ups sind sicher für die meisten Patienten eine wertvolle und sinnvolle Hilfe. Auch können Fotos oder erstellte Videos hilfreich für Diagnose- und Therapieerläuterungen sein. Dennoch bleiben viele Details einer Umsetzung oft im akustischen Kommunikationsraum stehen und häufig müssen Planungen extrem lange beschrieben werden, ohne dass man die richtige Kommunikationsebene des individuellen Patienten trifft.

Der Schlüssel wäre eine perfekte und leicht anwendbare Bildverarbeitungssoftware, die uns ermöglicht, aus einem Status quo-Ausgangsbild eine gedachte Situation als Simulation mit echter Umsetzbarkeit zu erstellen. Wird dieses Imaging dann zur Gesprächsgrundlage, vereinfacht sich das Therapiegespräch so erheblich, dass die Weisheit „Ein Bild sagt mehr als tausend Worte“ zutrifft. Ich war schon sehr lange auf der Suche nach einer passenden Software. Aber immer wieder wiesen die vorgestellten Softwares ganz erhebliche Schwächen auf. Es gibt ganz einfache Systeme, die aber keine wirkliche reale Umsetzung ermöglichen. Bei einigen Systemen kann die Zahnfarbe geändert werden. Bei anderen Systemen fehlt einfach die individuelle, zahnpositionbezogene Veränderungsmöglichkeit. Das heißt, dass Änderungen zwar möglich sind, aber meist passt das Imagingbild hinterher nicht mehr zu der gegebenen anatomischen Grundposition der Zähne und Zahnwurzeln. Solche Systeme können eigentlich nur eine Anwendung im Be-



Abb. 5



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

reich der Totalprothetik finden.

Was ich aber suchte, war ein System, welches wirklich eine Eins-zu-eins-Umsetzung vom Status quo zum Imaging erlaubt und darüber hinaus die genaue Umsetzung vom Imaging in eine reale Fertigung unterstützt. Es dauerte genau bis zum Mai letzten Jahres, bis ich auf der AACD-Tagung „The Rise of Collaboration“ in Boston fündig wurde. Am Stand von „Envision a Smile“ fanden Dr. Jürgen Wahlmann und ich was wir suchten – das passende Imaging-System.

Entwickelt wurde das Programm von Dr. George Kirtley, einem anerkannten amerikanischen Spezialisten für Cosmetic Dentistry, Mitcoordinator und Seniortrainer im Larry

Abb. 1 Ausgangssituation.

Abb. 2 Fallsimulation – gespiegelter 21 auf 11.

Abb. 3 Fallsimulation – gespiegelter Befund mit einem kompletten Bleaching.

Abb. 4 Fallsimulation mit vier Veneers.

Abb. 5 Fallsimulation mit zehn Veneers.



Abb. 6a und 6b_Ausgangssituation. Rosenthal Institute Aesthetic Advantage an der NYU – New York University. In seiner Praxis in Indianapolis wird jeder Fall nach dem gleichen Schema vorbereitet: Aufnahme und Untersuchung des Patienten, sehr eingehende Festlegung der Wünsche und Erwartungen des Patienten, Abdrucknahme für Modelle für Wax-up und Mock-up, Fotostellungen Full Face und Oral Smile für ein komplettes Imaging mit „Envision a Smile“.



Abb. 7a und 7b_ Fallsimulation. In dieser Sitzung werden keine Therapien durchgeführt. Auch werden keine zahnmedizinischen Notwendigkeiten oder Therapien besprochen. Ihm geht es in den beiden ersten Terminen nur um den Aufbau einer sicheren Patientenbeziehung. Erst nachfolgend wird über einzelne Therapien gesprochen. „Envision a Smile“ bietet hervorragende Möglichkeiten, da es mit einer Fallbibliothek realer Fälle aus seiner Praxis bestückt ist. Damit konnte Dr. George

Abbildungen 6 bis 8 von
Dr. George Kirtley



Kirtley zunächst selbst auf seine besten Veneerfälle zurückgreifen, die er zusammen mit seinen hoch spezialisierten, amerikanischen Veneertechnikern gemacht hatte.

Aus seiner Fallbibliothek kann nunmehr aber jeder „Envision a Smile“-Kunde seinen eigenen Fall „imaging“ und auf die Qualität der durchgeführten Fälle von Dr. George Kirtley zurückgreifen. Darüber hinaus kann jeder Behandler auf einfachem Weg auch seine eigenen Fälle mit in die Bibliothek aufnehmen und damit entsprechend erweitern. Die Fälle können dann mit der Software so detailliert bearbeitet werden, bis sie genau den Vorstellungen des Behandlers entsprechen.

Neben Farbänderungen der Zähne in allen Nuancen sind auch Änderungen der Gingivafarbe und -form möglich.

Alle Zahnformen – in Länge, Breite, Ausdehnung, Kantenverlauf, Krümmung usw. – können gewählt und verändert werden.

Kleinere Änderungen einzelner Zähne können vorgenommen werden.

Darstellungen einzelner Zähne, die unterschiedlich bearbeitet werden sollen, sind möglich.

Die Smilekorridore können einzeln oder gemeinsam verändert werden.

Ein ganz besonderes Tool ist die direkte Sichtbarmachung der geplanten Veneers auf den alten, unbehandelten Zähnen. Dabei kann genau kontrolliert werden, ob die erstellten und nun transparenten Veneers richtig auf den alten Zähnen liegen. Dieser Transparenzmodus ist für uns auch therapeutisch unbezahlbar, da schnell erkennbar wird, wo Präparationen erfolgen müssen und wo nicht.

Ein Paradebeispiel ist der dysgnathe Patient, welcher mit einem einzelnen oberen, mittleren Schneidezahn kommt, der mal durch ein Frontzahntrauma oder eine Wurzelfüllung farblich erheblich verändert wurde.

„Envision a Smile“ ermöglicht nun ein Differenzial-Imaging in vielen Einzelstufen:

1. Zunächst wird einmal der gesunde Zahn der Gegenseite gespiegelt und eingesetzt.
2. Zusätzlich wird eine Bleachingsituation dargestellt.
3. Es wird eine kleine Simulation für nur 4 Veneers erstellt.
4. Dann folgt eine umfangreichere Version für 10 Veneers.
5. Es kann der Komplettfall mit 20 Veneers simuliert werden.

Dabei erfolgt die Bearbeitung immer getrennt für den Oberkiefer und den Unterkiefer.

Nach Durchführung aller Imagingschritte werden Ausgangsbild und Imagingbild von der Software parallel nebeneinander gedruckt. Dazu können Praxislogo und alle Praxisdaten wirksam und optisch



ansprechend mit auf den hochwertigen Ausdruck dargestellt werden. Es ist auch möglich, nur die Oralpartie einer Gesichtsaufnahme zu bearbeiten, um das neue Lächeln dann direkt in die Gesichtsaufnahme zu integrieren.

Die Imagingbilder lassen sich aber nicht nur kommunikativ im Gespräch mit dem Patienten einsetzen. Sie dienen vielmehr auch der perfekten Präsentation der Praxis, die ein solches Imaging konkurrenzlos erstellt. „Envision a Smile“ kreiert die besten optischen Visitenkarten der gehobenen Praxis, die auf Cosmetic Dentistry spezialisiert ist. Im Vergleich mit Alternativangeboten von anderen Praxen wird sich der Patient immer eher für das entscheiden, was ihm schon mal anschaulich auf einem Foto gezeigt werden konnte, als für ein, nur mit Schrift bedrucktes Stück Papier. Individueller kann eine Praxis ein Angebot für eine Versorgung nicht erstellen.

Dazu kommen weitere Vorteile:

- _ Lückenlose Dokumentation der Zähne vor, während und nach der Prothetik.
- _ Bessere Planungsmöglichkeiten bei umfangreichen oder speziellen Zahnersatztherapien.
- _ Anschauliche Therapiegrundlage, um auch weitere, detailliertere Vorstellungen und Wünsche des Patienten zu berücksichtigen.

Auch für den Zahntechniker birgt „Envision a Smile“ viele Vorteile. Wenn vor der Erstellung eines Wax-ups ein Imaging durchgeführt wird, sieht der Techniker im Vorfeld das gewünschte Ergebnis und kann seine Formvorschläge berücksichtigen und direkt in das Wax-up einarbeiten. Bei der Erstellung von umfangreichem Zahnersatz im Bereich der Teil- oder Totalprothetik ist es schon vor der Aufstellung von Zähnen extrem hilfreich, für den Techniker auf ein Ausgangsbild und ein Imaging zurückzugreifen. Interdisziplinären Behandlern wie Kieferorthopäden, Kieferchirurgen und Ästhetischen- sowie Plastischen Chirurgen kann das System als Zielvision der Therapie dienen.

Im Bereich der Ästhetischen und Plastischen Chirurgie sehen Patient und Chirurg schon vorab die mannigfaltigen Änderungen des Gesichts, die sich bereits aus einer Änderung der Oralsituation erge-

ben. Umfangreiche Änderungen dieser Strukturen sollten vor Durchführung von Facelifts auf jeden Fall abgeschlossen sein. „Envision a Smile“ dient hier vor allem auch einer intensiveren interdisziplinären Zusammenarbeit mit den Chirurgen.

Praktisch enthält dieses Imaging-System alle Elemente, die es zu einer vitalen Guideline für die gesamte, zu fertigende Arbeit machen.

Ein weiterer interessanter Punkt ist die Möglichkeit der Veröffentlichung von Imagingbildern. Hierbei handelt es sich nicht um Abbildungen, die von einem Verbot der Veröffentlichung von Vorher-Nachher-Bildern betroffen sind, da sie fototechnisch verändert wurden und eine reine Fotosimulation darstellen. Ein Imagingbild ist kein reales Nachher-Bild.

Derzeit ist eine englischsprachige Version auf dem Markt erhältlich. Langfristig ist auch eine deutsche Version geplant. Sicher erhält der interessierte Zahnarzt die besten Infos hierzu, wenn er die AACD-Tagung in Washington vom 2. bis 5. Mai 2012 besucht und das „Envision a Smile“-Programm live im Einsatz sieht. Alle Infos zu dem Programm finden sich aber auch auf www.envisionsmile.com. Hier sind zahlreiche Fälle dargestellt und alle wichtigen Informationen zu Envision a Smile inklusive einer genauen Beschreibung für die Erstellung der Patientenfotos erhältlich. Als Anwender stehen Dr. Jürgen Wahlmann und ich für Fragen zum Programm zur Verfügung.

Abb. 9a_Ausgangssituation.

Abb. 9b_ Fallsimulation.

_Kontakt

cosmetic
dentistry

Prof. Dr. Martin Jörgens

DentalSpecialists
Kaiserswerther Markt 25
40489 Düsseldorf
Tel.: 0211 4790079
Fax: 0211 4790009
E-Mail: joergens@dentalspecialists.de
www.dentalspecialists.de



Der Weg ist **das Ziel!**

Mit detaillierter Analyse zum optimalen Ergebnis

Autoren Dr. Julia Hehn, Dr. Marcus Striegel, Dr. Thomas Schwenk, Dr. Florian Göttfert



Abb. 1

Abb. 1_ Intraoralaufnahme der Oberkieferfront vor Behandlungsbeginn.

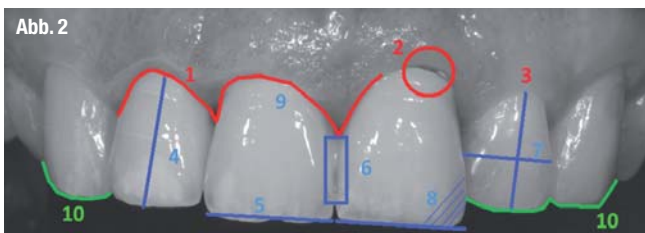


Abb. 2

Abb. 2_ Fehleranalyse anhand der Fotodokumentation.

_Einleitung

Schon lange richtet sich der Fokus unserer Patienten nicht mehr nur auf die Wiederherstellung der Kau-funktion mit den damit verbundenen Therapiemaßnahmen. Immer häufiger werden wir Zahnärzte mit Behandlungsfällen konfrontiert, bei denen Patienten primär den Wunsch nach einer optischen Verbesserung des natürlichen Zahnbildes bzw. der aktuellen Versorgung äußern.

Oft werden diese ästhetisch, komplexen Fälle jedoch unüberlegt und ohne profunde Diagnostik übereifrig therapiert. Dies führt meist zu instabilen, ästhetisch unbefriedigenden Langzeitergebnissen, welche das Vertrauen zwischen Behandler und Patient schwächen.

_Patientenfall

Eine 48-jährige Patientin stellte sich mit dem Wunsch nach einer Neuversorgung der Oberkieferfront in unserer Praxis vor. Die bisherige zahnmedizinische Therapie war durch den Ehemann der Patienten erfolgt, der neben konservativen Kompositfüllungen in der Oberkieferfront auch eine Überkronung der Zähne 12–21 mit vollkeramisch verblendeten Metallkronen durchgeführt hatte. Trotz der Bemühungen konnte die eingeschränkte Ästhetik nicht zufriedenstellend korrigiert werden.

_Ausgangssituation

In einem ausführlichen, ersten Besprechungstermin erfolgte neben der Anamnese, klinischen Befundung und Röntgenaufnahmen eine Dokumentation der Ausgangssituation mittels Fotoaufnahmen und In-situ-Modellen (Abb. 1).

Eine detaillierte Fehleranalyse anhand dieser Unterlagen weist die Defizite der alten Versorgung gezielt auf und ermöglicht eine strukturierte Planung der Neuversorgung (Abb. 2).

_Behandlungsablauf

Die Analyse im vorhergehenden Abschnitt zeigt, dass dieser komplexe Fall der Ästhetikklasse 4 zuzuordnen

Analyse der roten (gingivalen) Ästhetik

1. Unharmonischer Gingivaarkadenverlauf: Ein ungleichmäßiger Arkadenverlauf beeinflusst die Frontzahnästhetik negativ. (Mittels einer parodontalchirurgischen Kronenverlängerung wird der Gingivaverlauf harmonisiert).
2. Gingivarezession am Zahn 21: Ein Nichtbeachten der biologischen Breite kann langzeitprognostisch zu Gingivarezessionen im Bereich des Kronenrandes führen.
3. Falsche Einschätzung des Gingivatyps: Bei einem dünnen Gingivatyp (wie hier an der Attached Gingiva Regio 22 gut ersichtlich) ist die metallkeramische Versorgung im Frontzahnbereich eher kontraindiziert. Subgingival liegende Anteile des Metallgerüsts lassen die marginale Gingiva oft bläulich wirken.

Analyse der weißen (dentalen) Ästhetik

4. Falsche Zahnachse: Die zu stark labial laufende Kroneninklination führt zu einem unharmonischen Zahnbogen.
5. Unharmonischer Inzisalkantenverlauf: Der Inzisalkantenverlauf der mittleren Schneidezähne ist ausschlaggebend für ein harmonisches Gesamtbild und sollte bilateral gleichmäßig, leicht nach distal ansteigend verlaufen.
6. Breiten-/Längenverhältnis der Zähne: Das optimale Breiten-/Längenverhältnis beträgt 85–86 % für die mittleren Schneidezähne und 76–79 % für die lateralen Schneidezähne. Weicht das Verhältnis der Zahnkronen zu sehr von diesem Idealbild ab, wirken die Zähne zu klein und breit oder zu lang und schmal.
7. Verblockung der medialen Inzisivi: Durch die Verblockung der mittleren Schneidezähne wirken die Zähne unnatürlich breit.
8. Unnatürliche Kronengestaltung: Die Prinzipien der Biomimetik sind unabdingbar für die Gestaltung künstlicher Zahnkronen. Eine wie hier zu dominant modellierte, distale Schneidekante wirkt unnatürlich.
9. Falscher Farbverlauf: Der natürliche Farbverlauf der Nachbarzähne sollte bei der Neuversorgung „kopiert“ werden. Das fehlende Tiefenfarbspiel im Bereich der Kronenzahnhälfte lässt die Versorgung „tot“ wirken.

Analyse der Funktion

10. Fehlende Eckzahnführung: Die starken Abrasionen an den Zähnen 13, 22 und 23 weisen auf ein funktionelles Defizit hin.

ist (Tabelle 1). Neben der weißen Ästhetik mussten auch rote Ästhetik und Funktion in die Planung mit einbezogen werden (Tab. 2).

Primär erfolgte eine funktionelle Vorbehandlung mittels Schienentherapie. Basierend auf den über das zebris JMA-Registriersystem ermittelten Vermessungsdaten wurde eine Zentrikschiene mit Front-/Eckzahnführung erstellt. Zur Aufhellung der natürlichen Zahnfarbe erfolgte ein zweifaches In-Office-Bleaching. Mithilfe eines funktionell-ästhetischen Wax-ups konnte der Patientin eine erste Vorstellung der späteren Versorgung vermittelt werden. Nach Entfernung der Metallkeramikkronen erfolgte eine minimalinvasive, labiale Kronenverlängerung am Pfeiler 21. Das hier angewandte Prozedere mit schallaktivierten, diamantierten Osteotomieaufsätzen hat sich langzeitprognostisch aufgrund seiner geringen Invasivität bewährt. Im Anschluss erfolgte die Präparation für Vollkeramikkronen auf isogingivalem Niveau. Die provisorische Phase wurde mit einem Kompositprovisorium überbrückt, welches nach Vorgabe des Wax-ups erstellt wurde. Diese Methode erlaubt dem Patienten ein „Probetragen“ der neuen Situation und ermöglicht kleinere Modifikationen vor der Herstellung der definitiven Versorgung. Nach einem halben Jahr erfolgte die adhäsive Eingliederung der e.max-Vollkeramikkronen (Abb. 3).

Das Behandlungsergebnis überzeugt durch eine gleichmäßig verlaufende, interproximal voll ausgebildete Gingiva. Mit den Vollkeramikkronen wurde sowohl ein harmonischer Zahnbogen erzielt als auch

Tabelle 1: 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 der Funktion, der weißen und der roten Ästhetik erforderlich
- Klasse 5:** Kieferorthopädische oder kieferchirurgische Vorbehandlung erforderlich

len Defizite nicht kompensieren. Die Therapie ästhetisch anspruchsvoller Behandlungsfälle fordert daher ein Behandlungskonzept, welches sowohl die dentalen, gingivalen als auch funktionellen Problematiken berücksichtigt. Hier ist die Fotodokumentation ein gutes Hilfsmittel, von der auch die spätere Zusammenarbeit mit dem Zahntechniker profitieren kann. Aus Zeitgründen wird dieser Punkt leider nach



Abb. 3

Abb. 3_ Intraoralaufnahme der Oberkieferfront nach prothetischer Neuversorgung.

wie vor oft vernachlässigt! Hier gilt es, seinem strukturierten, hochwertigen Therapiekonzept treu zu bleiben und den geringen Mehraufwand in Kauf zu nehmen. Das Ergebnis wird nicht nur Ihren Patienten überzeugen!_

Tabelle 2: Behandlungsablauf

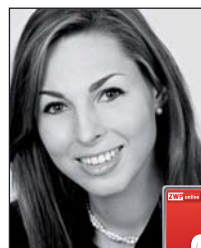
1. Funktionelle Diagnostik und Vorbehandlung: Zebris, Zentrikschiene
2. In-Office-Bleaching
3. Funktionell-ästhetisches Wax-up
4. Entfernung der prothetischen Versorgung, minimalinvasive Kronenverlängerung und Präparation
5. Provisorische Versorgung in der neuen Situation
6. Vollkeramische, definitive Versorgung

eine funktionell stabile Eckzahnführung etabliert. Zur Kompensation funktioneller Habits, wie z.B. Zähnepressen und Bruxismus, trägt die Patientin auch weiterhin eine Aufbisschiene.

_Fazit

Die detaillierte Befundung und Analyse ist Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches Behandlungskonzept! Um ein ansprechendes, harmonisches Endergebnis zu erzielen genügt es nicht, sich lediglich auf die weiße Ästhetik zu beschränken. In vielen Fällen kann auch ein hochmoderner Zahnersatz die gingiva-

_Kontakt



Dr. Julia Hehn
 edel&weiss
 Ludwigsplatz 1a, 90403 Nürnberg
 E-Mail: hehn@edelweiss-praxis.de
 Studium an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen und Examen 2010
 Tätigkeitsschwerpunkt: Ästhetische Zahnheilkunde



Dr. Marcus Striegel
 Ludwigsplatz 1a, 90403 Nürnberg
 Tel.: 0911 241426
 Fax: 0911 2419854
 E-Mail: striegel@edelweiss-praxis.de
 Zertifizierter Spezialist der DGÄZ – Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde e.V.

Die kieferorthopädische Behandlung erwachsener Patienten – eine interdisziplinäre Therapie

Teil II: Kieferorthopädie und konservierende Therapie

Autoren Dr. med. dent. Shadi Gera, Dr. med. dent. Tobias Teuscher, Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted, Dr. med. dent. Abdallah Awadi

Einleitung

Nicht selten sind bei Patienten unphysiologische Zahnformen bzw. atypische Zahngrößen (Länge zu Breite) im Frontzahnbereich zu finden. Dies kann trotz idealer Zahnstellung nach einer kieferorthopädischen Behandlung zu einem Kompromiss hinsichtlich Ästhetik, Funktion und Stabilität führen. Das Erscheinungsbild wird je nach Ausmaß der Form- bzw. Größenabweichung unter einer mehr oder weniger deutlichen Disharmonie des Zahnbogens leiden. Die Funktion bzw. die Stabilität wird dadurch beeinträchtigt, dass eine isolierte Zahngrößenabweichung bei lückenlosem Zahnbogen mit einem Kompromiss bei der Verzahnung verbunden ist. Durch eine korrekte Behandlungsplanung, die eine Absprache zwischen Kieferorthopäde und Konservist beinhaltet, kann die kieferorthopädische Behandlung eine Situation schaffen, die anschließend eine ideale Versorgung der betroffenen Zähne durch Zahnverbreiterung bzw. Formkorrektur erlaubt. So kann ein optimales Resultat hinsichtlich Ästhetik,

Funktion und Stabilität erzielt werden. Zur Formkorrektur oder Zahnverbreiterung eignen sich diverse Behandlungsmethoden, wie der Zahnaufbau mit Komposit (Kunststoffaufbau) oder Keramik (Keramikverblendung bzw. Veneers). Durch Änderungen der Zahngröße und Zahnform kann die Qualität des Behandlungsergebnisses der kieferorthopädischen Behandlung zum Teil noch einmal deutlich gesteigert werden.

Klinischer Fall

Befunde und Diagnose

Eine 48-jährige Patientin stellte sich wegen einer prothetischen bzw. konservierenden Behandlung zur Verbesserung der dentofazialen Ästhetik vor (Abb. 1a–f). Bei der intraoralen Untersuchung wurde bei ihr Folgendes festgestellt:

- eine traumatische Okklusion in der Front wegen des frontalen Kopf- bzw. Kreuzbisses
- unter Berücksichtigung der fehlenden Zähne liegt ein Engstand vor

Abb. 1a–f Zustand einer Patientin vor der kieferorthopädischen Behandlung. Zahnfehlstellungen, Engstände, Zahn 22 nicht vorhanden und der Zahn 12 schmal. Um eine ästhetische und funktionelle konservierende bzw. prothetische Versorgung durchzuführen, ist eine kieferorthopädische Therapie notwendig, bei der die Lücken korrekt und symmetrisch auf beiden Seiten geöffnet werden müssen.



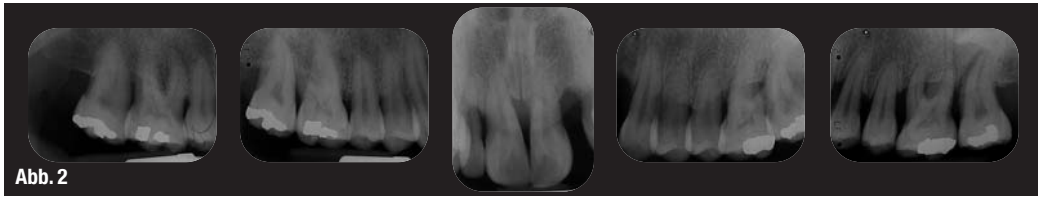


Abb. 2

_ Zahnfehlstellungen im Oberkieferzahnbogen
 _ Verlust des Zahnes 22 mit Einengung dessen Lücke
 _ Hypoplasie mit Formanomalie des Zahnes 12.
 Radiologisch ist ein horizontaler Knochenabbau an den Frontzähnen, insbesondere an den mittleren Schneidezähnen zu sehen (Abb. 2).

Therapieplan und therapeutisches Vorgehen

Als Behandlungsziele waren die Verbesserung der dentofazialen Ästhetik, Herstellung einer funktionellen stabilen Okklusion bei korrekter Kondylenposition sowie Herstellung einer Symmetrie und Harmonie zwischen den Zähnen bei möglichst optimaler Relation zwischen Kronenlänge und -breite bei den Zähnen mit disharmonischer Relation aufgrund der Hypoplasie.

Um diese Behandlungsziele zu erreichen, ist eine interdisziplinäre Therapie zwischen Parodontologie, Kieferorthopädie und Zahnerhaltung erforderlich. Die Behandlung des vorliegenden Falles wird in drei Phasen geteilt:

Phase I: Parodontologische Behandlung, um gesunde parodontale Situation vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung zu erreichen. Hierfür wurde nach der Motivation, Instruktion und Initialtherapie konservative Parodontalbehandlung (Kürettage) durchgeführt. Auf eine antibiotische Intervention wurde in diesem Fall verzichtet.

Phase II: Drei Monate nach der parodontologischen Behandlung und bei entzündungsfreien parodontalen Verhältnissen erfolgt die orthodontische Behandlung mit festsitzenden Apparatur-Multibrackets



Abb. 3a



Abb. 3b

(Abb. 3a und b). In dieser Phase wurde der Zahnbogen im Oberkiefer ausgeformt und nivelliert. Aufgrund der parodontalen Destruktion wurden schwache Kräfte verwendet. Zur guten Kontrolle der parodontalen Situation wurde bei der Patientin alle drei Monate eine gründliche Zahnreinigung durchgeführt. Die Lücke für den Zahn 22 wurde so erweitert, dass ein lateraler Schneidezahn in der physiologischen Form und Größe passend ersetzt wird. Zur Herstellung der Symmetrie zwischen den beiden lateralen Schneidezähnen wurde eine Lücke zwischen den Zähnen 12 und 11 gebildet, sodass eine spätere

Abb. 2_ Röntgenstatus vor Beginn der Behandlung. Ein fortgeschrittener horizontaler Knochenabbau ist zu sehen.

Abb. 3a und b_ Multibandapparat in situ zu Beginn der Behandlung und nach der Lückenöffnung.

Abb. 4a-f_ Situation nach Ende der kieferorthopädischen Behandlung mit der gewünschten Lückenverteilung in der Front.



Abb. 4a

Abb. 4c

Abb. 4d

Abb. 4b

Abb. 4e

Abb. 4f

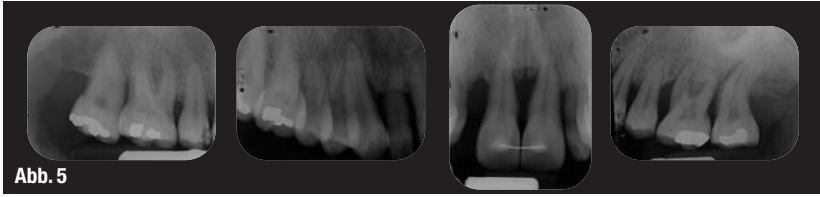


Abb. 5

Abb. 5 Röntgenstatus am Ende der kieferorthopädischen Therapie. Keine Veränderung der Knochensituation ist zu beobachten.

Abb. 6a-f Situation nach der konservierenden Versorgung; der Zahn 12 wurde mit Kompositmasse verbreitert und der Zahn 22 wurde aus Kompositmasse hergestellt.

Verbreiterung des Zahnes 12 mit Füllungsmaterial möglichst wird (Abb. 4a und b, 5).

Phase III: Acht Monate nach Beginn der kieferorthopädischen Therapie wurden die Brackets entfernt. Zur Stabilisierung des Ergebnisses wurde ein fester Retainer an die mittleren Schneidezähne geklebt. Zur Optimierung der dentofazialen Ästhetik wurde der Zahn 12 mit Kompositmaterial aufgebaut. Der Zahn 22 wurde durch eine Keramikbrücke ersetzt (Abb. 6a-f).



Abb. 6a

Abb. 6c

Abb. 6d

Abb. 6b

Abb. 6e

Abb. 6f

_Autor

cosmetic
dentistry



**Dr. med. dent.
Shadi Gera**



Kontakt

Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted
Center for Dentistry, Research and Aesthetics
Chawarezmi Street 1
P. o. box 1340
30091 Jatt/Israel
E-Mail: nezar.watted@gmx.net

ANZEIGE

Designpreis

2012

Deutschlands schönste Zahnarztpraxis

Einsendeschluss

01.07.2012

informationen erhalten sie unter: zwp-redaktion@oemus-media.de

www.designpreis.org

QR-Code: Bilder Designpreis 2011.
QR-Code einfach mit dem
Smartphone scannen.



neu! minimalinvasive zahnästhetik

| Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs |

| in Kooperation |



| Kursinhalte |

Minimalinvasive Verfahren der orofazialen Ästhetik

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

THEORIE

Minimalinvasive Verfahren der orofazialen Ästhetik

- | Video- und Livedemonstration Bleaching am Patienten
- | Video- und Livedemonstration des Einsatzes von Direktveneers
- | Video- und Livedemonstration des Einsatzes von acht Non-Prep Veneers mittels Tray-Dentistry innerhalb von 60 Min. am Patienten/Phantomkopf

PRAXIS

Hinweis: Jeder Kursteilnehmer erhält die DVD „Minimalinvasive Zahnästhetik“, auf der alle Behandlungsschritte am Modell bzw. Patienten noch einmal Step-by-Step gezeigt und ausführlich kommentiert werden.

| Organisatorisches |

Kursgebühr **passive Teilnahme** inkl. DVD 295,- € zzgl. MwSt.
Kursgebühr **aktive Teilnahme** inkl. DVD 395,- € zzgl. MwSt.
DGKZ-Mitglieder erhalten 10% Rabatt auf die Kursgebühr!

Tagungspauschale 45,- € zzgl. MwSt.
Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de
www.oemus.com



Nähere Informationen zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter www.oemus.com



inkl. DVD



Konsultation und Tableclinics

Im Rahmen der Konsultation haben die Teilnehmer die Möglichkeit, eigene Patientenfälle anhand von Modellen, Röntgenbild und Patientenfotos vorzustellen und mit dem Referenten zu diskutieren sowie beobachtend (**passive Teilnahme**) an den Übungen zur Handhabung von Instant-Veneers teilzunehmen. Pro Teilnehmer bitte ein Fall, die Daten nach Möglichkeit vor dem Kurs digital einreichen. Wer im Rahmen der Tableclinics die praktische Handhabung und Platzierung von vorgefertigten Instant-Veneers am Modell üben möchte (**aktive Teilnahme**), kann gegen eine zusätzliche Gebühr von 100,- € zzgl. MwSt. (für das Einweg-Kunststoffmodell und zwei Veneers) selbst Instant-Veneers platzieren. Die aktiven Teilnehmer platzieren selbst am Modell zwei vorgefertigte Instant-Veneers mittels adhäsiver Klebetechnik und können ihr Modell mit Veneers im Anschluss als Anschauungsmaterial für die Patientenaufklärung mitnehmen.

Inhalt der praktischen Übungen (aktive Teilnahme)

- | Training der Auswahl der richtigen Veneergröße und -form
- | Training der Farbbestimmung und Auswahl der Einsatzfarbe mittels Try-In-Technik
- | Training des adhäsiven Klebeprozesses und der Individualisierung der Instant-Veneers

| Termine 2012 |

HAUPTKONGRESS

01.06.2012 13.00 – 19.00 Uhr	Nord Rostock-Warnemünde	Ostseekongress/5. Norddeutsche Implantologietage
21.09.2012 13.00 – 19.00 Uhr	Süd Konstanz	EUROSYMPOSIUM/7. Süddeutsche Implantologietage
13.10.2012 09.00 – 15.00 Uhr	Süd München	3. Münchener Forum für Innovative Implantologie
03.11.2012 09.00 – 15.00 Uhr	West Essen	2. Essener Implantologietage
17.11.2012 09.00 – 15.00 Uhr	Ost Berlin	29. Jahrestagung des BDO

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-390
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für die Kursreihe „Minimalinvasive Zahnästhetik“ melde ich folgende Personen verbindlich an:

- 01.06.2012 | Rostock-Warnemünde **NORD** 21.09.2012 | Konstanz **SÜD** 03.11.2012 | Essen **WEST** 17.11.2012 | Berlin **OST**
 13.10.2012 | München

Bitte senden Sie mir das Programm zum Hauptkongress

- aktive Teilnahme Ja
 passive Teilnahme Nein

Name, Vorname

DGKZ-Mitglied

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIAAG erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail

Herstellerinformation

American Dental Systems

BUSA rotierende Instrumente: Jetzt auch in Deutschland!

Ein Höchstmaß an Qualität, Innovation und Leistung zeichnet die rotierenden Instrumente von BUSA aus. Nicht umsonst sind diese deshalb Marktführer in den USA. American Dental Systems holt das BUSA-Produktportfolio nun exklusiv nach Deutschland und bietet seinen Kunden ab sofort eine Vielzahl erstklassiger rotierender Instrumente an. Die Produktpalette ist breit und erlesen: BUSA-Instrumente aus Hartmetall und Diamant sowie



powered by
American Dental Systems

Schleifsteine und Polierer sind erhältlich. American Dental Systems hat außerdem eine logistische Lösung entwickelt, die den Praxisalltag dank eines personalisierten Systems effizienter gestaltet und eine unmissverständliche Handhabung verspricht: BUSA Logistic Solution. Damit hat der Zahnarzt die Möglichkeit, sich individuelle Bohrer-Kits zusammenstellen zu lassen, die passgenau auf seine Wünsche zugeschnitten sind. Zusätzlich erhält der Zahnarzt ein perfekt abgestimmtes Ordnungssystem,

das seinem Praxisteam die Arbeit mit den Instrumenten sowie deren Aufbewahrung und Nachbestellung stark erleichtert. Das Resultat: Kein überflüssiger Organisationsaufwand und mehr wertvolle Zeit für die Behandlung des Patienten.

American Dental Systems GmbH

Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300, Fax: -310
E-Mail: info@ADSystems.de
www.ADSystems.de



AG Keramik

Buch-Bestseller erneuert seinen Erfolg

Wiederauflage von „Vollkeramik auf einen Blick“ reflektiert neue Erkenntnisse aus Klinik und Praxis.

Die vollkeramische Restauration und die Nutzung der CAD/CAM-Technik haben in den vergangenen fünf Jahren einen enormen Aufschwung genommen. Neben dem Wunsch der Patienten nach zahnfarbenen, metallfreien und somit biologisch verträglichen Therapielösungen hat die Erfahrung der Zahnärzteschaft sowie der Zahntechniker im Umgang mit vollkeramischen Werkstoffen erheblich zugenommen. Die erzielte hohe Qualität und Dauerhaftigkeit der Versorgungen haben Longitudinalstudien in der Klinik und in der niedergelassenen Praxis nachgewiesen. Wesentlichen Anteil an der Verbreitung des Know-how hat das „Vademecum der Vollkeramik“, das erstmalig im Jahr 2006 als deutschsprachige Ausgabe unter dem Titel „Vollkeramik auf einen Blick – Leitfaden zur Indikation, Werkstoffauswahl, Vorbereitung und Eingliederung“ erschienen ist. Neben mehreren Nachauflagen sind zwischenzeitlich auch fremdsprachige Editionen in Englisch, Französisch, Japanisch und Koreanisch – zusammen mit Co-Autoren aus den Verbreitungsgebieten – distribuiert worden. Die kompetente und praxisgerechte Darstellung aller Facetten rund um die Vollkeramik erhielt überall Wertschätzung. Dadurch wurde das Keramikhandbuch zu einem internationalen Standardwerk und somit zu einem Bestseller, d.h. in den vergan-

genen Jahren zu einem der meistverbreiteten Ratgeber in der Zahnheilkunde. Die weltweit rasch voranschreitende Durchdringung der vollkeramischen Restauration in der Zahnmedizin, die Entwicklung verbesserter und neuer Keramikwerkstoffe, die Optimierung der CAD/CAM-Technologie, die Ausdehnung der Indikationen sowie das gewachsene, klinische Wissen waren Anlass, den Buchinhalt zu überarbeiten und zu ergänzen. Dafür traf sich das Redaktionsteam mit Hochschullehrern, Werkstoffwissenschaftlern, Keramik-Industriellen und erfahrenen Praktikern zu einer mehrtägigen Klausurtagung im Benediktinerkloster Frauenchiemsee – im Chiemsee/Oberbayern gelegen –, um das Keramikhandbuch für die 5. deutsche Auflage (Abb.) zu bearbeiten. Neue Themen fanden Eingang, z.B. Kauflächen-Veneers, Adhäsivbrücken, Implantatprothetik, Verblendtechniken mithilfe von CAD/CAM-Verfahren, eine

Navigation im Befestigungs-Prozedere sowie eine nach Werkstoffen und Versorgungsarten gegliederte Übersicht von literaturbelegten klinischen Ergebnissen mit observierten Überlebensraten – ein argumentatives Hilfsmittel für die Praxis bei Auseinandersetzungen mit Kostenträgern und Versicherungen.

Im handlichen 21 x 21 cm-Format, fest gebunden, erscheint „Vollkeramik auf einen Blick – 5. deutsche Auflage“ im Mai 2012. Unter der ISBN 3-00-017195-9 ist das Werk für 49,95€ im Fachbuchhandel oder über die Geschäftsstelle der AG Keramik erhältlich.



AG Keramik
Postfach 10 0117
76255 Ettlingen
E-Mail: info@ag-keramik.de
www.ag-keramik.eu

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

COMPONEER - jetzt auch im großen Kit

COMPONEER ist die neue innovative Methode zur Frontzahnrestauration mit Komposit-Schmelzschalen. Es ist ein Komplettsystem, das den Freihandaufbau wesentlich erleichtert und dadurch, im Vergleich zu üblichen Methoden, ein schnelleres und hochqualitatives Ergebnis ermöglicht. COMPONEER eignet sich sowohl für klinische Fälle als auch für ästhetische Korrekturen.

Nach dem erfolgreichen Start auf der IDS 2011 wollen immer mehr Zahnärzte, mithilfe eines System Kits, komplette Frontzahnrestaurationen in einer Sitzung durchführen. Viele von ihnen haben es aktiv in ihr Dienstleistungsportfolio aufgenommen und verwenden COMPONEER bereits regelmäßig.

Deshalb bringt Coltène/Whaledent jetzt mit dem Premium System Kit eine große Packung auf den Markt. COMPONEER funktioniert nach dem Baukastenprinzip und besteht aus folgenden Teilen: Komposit-Schalen, Instrumenten und Hilfsmaterialien sowie Komposit und Bond. Somit hat der Zahnarzt alles Nötige, um eine komplette Restauration vorzunehmen.

Jetzt gibt es COMPONEER in zwei unterschiedlichen System Kits. Das kleinere Basic System Kit enthält 36 Schalen sowie alle Hilfsmaterialien. Das neue Premium System Kit umfasst mit 84 mehr als

doppelt so viele Schalen wie das kleinere Kit: Im Einzelnen sind das vier 6er-Sets Unterkiefer-Schalen und zehn Oberkiefer-Sets, da diese weitaus häufiger gebraucht werden. Der Zahnarzt kann somit, je nach System Kit, jeweils 6 oder 14 komplette Restaurationen durchführen. Braucht er bei kleineren Versorgungen nur wenige Schalen, erhöht sich entsprechend die Zahl der Behandlungen, die er mit einem einzigen Set COMPONEER-Schalen durchführen kann.

Das neue, große Premium System Kit eignet sich bestens für Zahnärzte, die häufig Restaurationen im Frontzahnbereich durchführen. Für Einsteiger und um das System kennenzulernen, gibt es das Basic System Kit. Sollten alle Schalen verarbeitet sein, ist die Neuanschaffung simpel: Oft benötigte Größen und Farben können einfach einzeln oder als 6er-Sets (Fronten) nachbestellt werden. Somit ermöglicht es COMPONEER den Zahnärzten mit wenig Aufwand und geringen Investitionen, den Patienten ein neues und attraktives Lächeln zu schenken.



Coltène/Whaledent

Tel.: 07345 805-0

Fax: 07345 805-201

E-Mail: info@coltenewhaledent.de

www.componeer.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 Visko-

sitätsstufen 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 Zentralkavität 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 Flow-Material komplettiert. Optional kann vorhergehend 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 Handlungseigenschaften und praxisökonomischen Arbeitsstrategien kombiniert in allen Indikationsbereichen umgesetzt werden.



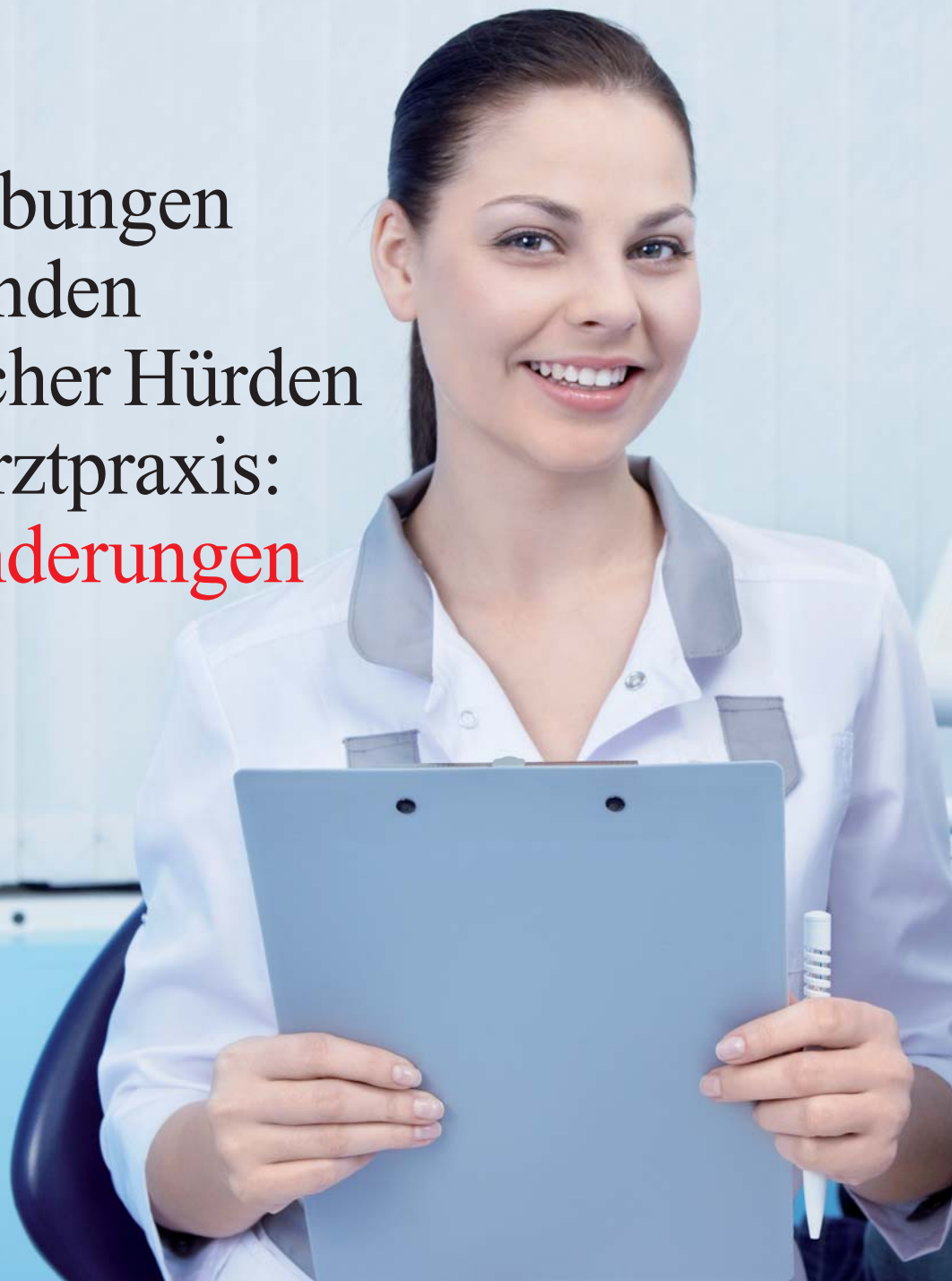
SHOFU Dental GmbH

E-Mail: info@shofu.de

www.shofu.de

Praktische Übungen zum Überwinden psychologischer Hürden in der Zahnarztpraxis: Verhaltensänderungen

Autorin_Dr. Lea Höfel



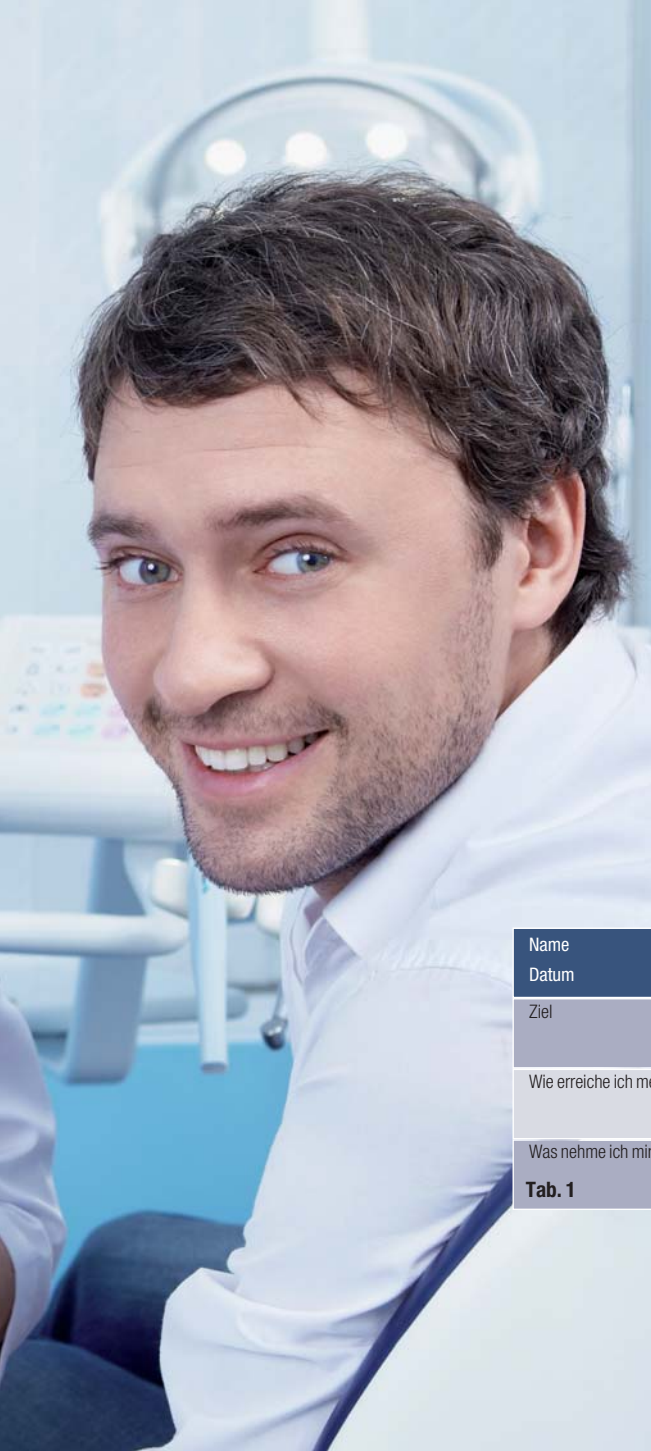
_Kennen Sie Patienten, die ständig Termine verschieben oder ausfallen lassen? Patienten, die dauernd ausspülen, wegzucken oder pausenlos reden? Jede Form von offensichtlichem Verhalten, das die Zahnbehandlung behindert, kann sich sehr störend auf ein entspanntes Miteinander auswirken. In der Folge ist vielleicht das Team gereizt, die Arbeitsabläufe kommen ins Stocken, der Patient ist unzufrieden und der Zahnarzt ist kurz davor, sich berufsunfähig zu melden. Soweit muss es jedoch nicht kommen, sobald Sie das ursächlich störende Verhalten erkennen und den Patienten dazu anleiten, sich eigenverantwortlich kooperativ zu verhalten.

_Terminverschieberitis

Besonders beim Zahnarzt zeigen viele Patienten dasselbe Verhalten: Sie verschieben Termine, kommen zu

spät, kommen gar nicht und haben dabei oft die fantasievollsten Erklärungsmodelle. Die wahren Ursachen werden selten genannt und können vielfältig sein. Manche Patienten haben Angst vor dem Zahnarztbesuch, andere sind unorganisiert und für eine weitere Gruppe steht der Zahnarztbesuch einfach nicht auf der Prioritätenliste. Oft kennen die Patienten diese wahren Gründe gar nicht oder wollen sie nicht wahrhaben. Wie bekommen wir es nun hin, dass wir diese Personen zu zuverlässigen Patienten machen?

Im ersten Schritt sollte es dem Patienten nicht zu leicht gemacht werden. Ich erlebe häufig, dass die Helferin auch noch beim fünften Anruf freundlich ins Telefon lächelt und dem Patienten versichert, dass es natürlich „gar kein Problem“ sei, einen neuen Termin zu finden. Wenn er im Nachhinein anruft und erklärt, warum er angeblich zum dritten Mal nicht kommen



Eine Zahnarztpraxis, die wie ein Fähnchen im Wind ihre Meinung ändert, ist nicht zuverlässig. Eine Zahnarztpraxis, die Behandlungsvorschläge macht, die dann genauso gut terminlich ständig aufgeschoben werden können, vermittelt wenig Kompetenz. Eine Zahnarztpraxis, die ihren Patienten dabei unterstützt, störendes Verhalten zu kultivieren, besitzt wenig zwischenmenschliches Know-how. Was im Gehirn des Patienten ankommt, sind die folgenden Botschaften: Mein merkwürdiges Verhalten ist in Ordnung! Und: Die Zahnarztpraxis macht keinen guten Eindruck, die wissen selbst nicht, was sie möchten. Unterbrechen Sie diesen Kreislauf freundlich, aber bestimmend.

Vorgehen

Klären Sie mit dem Patienten, was er möchte. Meist sind es gesunde Zähne, schmerzfreie Zähne oder schöne Zähne. Und nun stellen Sie ihm einfach die Frage, mit welchem Verhalten er dieses Ziel erreichen

Name Datum	
Ziel	Gesunde Zähne
Wie erreiche ich mein Ziel	Regelmäßige Termine xx.xx.2012 / xx.xx.2012 / xx.xx.2012 /
Was nehme ich mir als ersten Schritt vor?	Hingehen Termin in Kalender eintragen Maßnahmen gegen Angst absprechen

Tab. 1

kann: Mit regelmäßigen Zahnarztbesuchen oder ohne regelmäßige Zahnarztbesuche? Lassen Sie ihn bitte selbst antworten.

Vermutlich bekommen Sie die Antwort, dass es regelmäßige Zahnbehandlungen sind. Hier reicht oft

konnte, hat die Helferin großes Verständnis – alles ist in Ordnung. Genauer betrachtet ist es jedoch nicht in Ordnung. Das Ziel einer professionellen Zahnbehandlung kann so nicht erreicht werden. Der Patient erwartet von der Zahnarztpraxis Zuverlässigkeit, Kompetenz und zwischenmenschliches Know-how. Er darf an dieser Stelle (und vielleicht für sein Leben) lernen, dass sein eigenes Verhalten keinen dieser Aspekte widerspiegelt.

Hier gibt es eine einfache Regel, die schon in der Kindererziehung die beste Wirkung erzielt. Zweimal ist okay – wir geben dem Patienten die Chance, einsichtig zu sein. Ein drittes Mal ist jedoch nicht mehr in Ordnung. Auf den ersten Blick erscheint dies vielleicht hartherzig und wenig patientenfreundlich. Doch schauen wir uns noch einmal an, was der Patient von einer guten Praxis erwartet: Zuverlässigkeit, Kompetenz und zwischenmenschliches Know-how.



© FuzzBones

_Autorin **cosmetic dentistry**



Dr. Lea Höfel

Diplom-Psychologin, Buchautorin „Zahnarztangst? Wege zum entspannten Zahnarztbesuch“. Internationale Veröffentlichungen und Tagungsbeiträge zu den Themen „Kognitive Grundlagen der Ästhetik“ und „Psychologie in der Zahnmedizin“. Zusätzliche Ausbildungen: NLP-Master, Entspannungstrainerin und Journalistin, Heilpädagogisches/Therapeutisches Reiten.

Kontakt

Dr. Lea Höfel
Tel.: 08821 7304633
Mobil: 0178 7170219
E-Mail: hoefel@psychologie-zahnheilkunde.de
www.weiterbildung-zahnheilkunde.de



schon, den Patienten einfach nur anzuschauen – er kommt von selbst darauf, dass er sich dementsprechend unzuverlässig verhält.

Nun wird er vermutlich anfangen, seine Terminverschieberitis erklären zu wollen, weil das bisher so gut funktioniert hat. Stoppen Sie ihn hier! Sie möchten keine weiteren Erklärungen, warum es nicht geht. Sie möchten herausfinden, wie es geht. Gehen Sie also zurück zum Ziel: regelmäßige Termine = gesunde Zähne. Entscheidend ist der erste Schritt, den der Patient ändert. Bei manchen Personen ist es einfach: sie müssen sich den Termin nur im Kalender eintragen. Andere haben Angst und möchten klären, was gegen die Angst unternommen werden kann. Wiederum andere müssen sich nur einmal fest vornehmen, hinzugehen. Das war bisher noch nicht in ihrem Denkmuster vorhanden. Sie haben sich so sehr damit beschäftigt, was sie alles tun können, außer zum Zahnarzt zu gehen, dass ihnen dieser triviale Gedanke noch nicht gekommen ist.

Setzen Sie sich mit dem Patienten hin oder klären Sie das am Telefon. Schreiben Sie es auf (Tabelle 1). Was ist das Ziel? Wie erreiche ich das Ziel? Was ist der erste Schritt?

Mit diesem einfachen Vorgehen haben Sie schon die meisten Patienten auf Ihrer Seite, weil das automatisierte Verhaltensmuster unterbrochen wird. Sobald der Beginn anders abläuft als bisher, werden neue Verhaltensweisen folgen.

Wichtig ist jedoch auch, dem Patienten zu zeigen, welches Verhalten von der Praxis bevorzugt oder noch geduldet wird und welches nicht. Hier helfen meist visualisierte Zeichnungen (Abb. 1). Sie haben einen „Rahmen des Möglichen“, innerhalb dessen das Verhalten geduldet wird. Sie haben ein gemeinsames Ziel und Termine. Diese sollten wahrgenommen werden – entweder auf geradem Weg oder mit ein paar Umwegen. Kommt der Patient jedoch wiederholt nicht zu den Terminen, entfernt er (!) sich von seinem (!) Ziel. Das ist wichtig, geben Sie die Verantwortung in die Hände des Patienten. Er hat ein Ziel, das er erreichen möchte – mit Ihrer Unterstützung. Und wenn er sich nicht daran hält, können Sie ihn dabei nicht weiter unterstützen. Ein Bild sagt häufig mehr als tausend Worte.

Für Personen, die ihr Ziel eher körperlich aktiv fühlen möchten, können Sie einen Stuhl in der Ecke hinstellen, welcher das Ziel symbolisiert (Abb. 2). Fragen Sie nun einfach Ihren Patienten, wie er dort hinkommt. Viele sagen, sie brauchen nur aufzustehen und hinzugehen. Lassen Sie ihn an dieser Stelle wirklich die Schritte gehen! Das Ziel zu sehen und hinzudeuten, ist schon gut. Eigene Schritte gehen ist noch besser! Was auf psychologischer Ebene abläuft ist die Tatsache, dass der Patient unbewusst verankert, dass es in seiner Verantwortung liegt, auf einfachem Weg gesunde Zähne zu bekommen.

Im Rahmen der Zahnarztpraxis

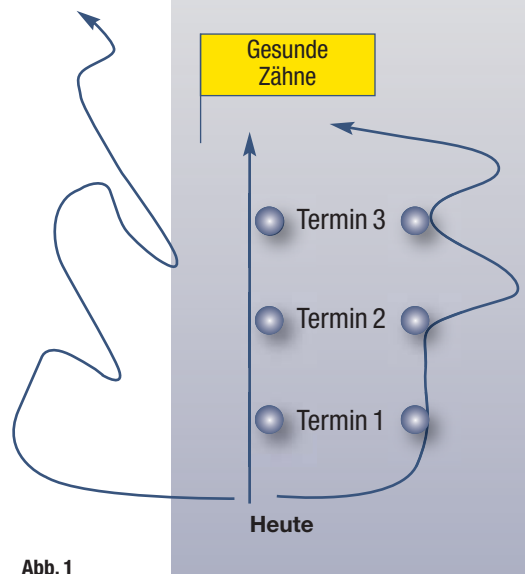


Abb. 1

_Verhalten ist veränderbar

Jedes Verhalten hat einen Zweck. Wir erkennen ihn nicht immer und doch ist er vorhanden. Die Patienten, die ständig ausspülen, wegzucken oder pausenlos reden, haben auch ein Ziel. Sie möchten der Behandlung entgehen. Vielleicht aus Angst, möglicherweise aus Verweiltaktik, weil der Zahnarzt so schön ist. Hier gilt dasselbe wie bei der Terminverschieberitis. Klären Sie das Ziel, vereinbaren Sie, was dafür zu tun ist und starten Sie mit dem ersten Schritt. Hier sind kleine Veränderungen schon große Erfolge. Ein Patient, der alle 30 Sekunden ausspült, ist erfolgreich, wenn er es anfangs 40 Sekunden aushält. Er lernt dadurch, dass er sein Verhalten unter Kontrolle hat. Was er 10 Se-

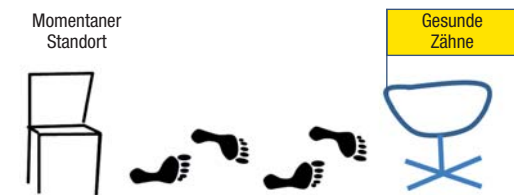


Abb. 2

kunden verlängern kann, geht noch länger. Einmal weniger wegzucken ist ein Erfolg. Ein Patient, der ständig redet, darf erkennen, dass er sein Ziel von gesunden Zähnen nicht herbeireden kann. Nehmen Sie die Dinge mit Humor und weniger ernst. Redet der Patient trotz Absprache wieder ungezügelt los, reicht oft eine amüsiert hochgezogene Augenbraue, um ihn lächelnd zum Schweigen zu bringen. Spielen Sie mit dem Verhalten. Mit klaren Zielvorgaben, Absprachen und Humor behalten Sie den Spaß an Ihrer Arbeit und Ihr Patient lernt möglicherweise noch etwas fürs Leben.

neu!

veneers von a-z

Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs

In Kooperation mit



SCAN MICH

Programm „Veneers von A-Z“

QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers I-nigma)



Kursinhalte

THEORIE

- 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

PRAXIS

- a **Livedemonstration am Modell und Schweinekiefer**
 - l Herstellung der Silikonwälle für Präparation und Mock-up/ Provisorium
 - l Präparation von bis zu 10 Veneers (15-25) am Modell
 - l Evaluierung der Präparation
 - l Gingiva-Contouring
 - l Sofortveneers
- b **Videodemonstration**
 - l Behandlungsschritte beim Einsetzen von Veneers

Hinweis: Jeder Kursteilnehmer erhält die DVD „Veneers von A-Z“, auf der alle Behandlungsschritte am Modell bzw. Patienten noch einmal Step-by-Step gezeigt und ausführlich kommentiert werden.

Organisatorisches

Kursgebühr inkl. DVD 295,- € zzgl. MwSt.
 DGKZ-Mitglieder erhalten 10% Rabatt auf die Kursgebühr!
 Tagungspauschale 45,- € zzgl. MwSt.
 Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
 Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
 event@oemus-media.de, www.oemus.com



Nähere Informationen zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter www.oemus.com

Dieser Kurs wird unterstützt



Stand: 25.04.2012

Termine 2012

HAUPTKONGRESS

07.09.2012 13.00 – 19.00 Uhr	Veneersymposium Ost Leipzig	9. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
06.10.2012 09.00 – 15.00 Uhr	Veneersymposium Nord Hamburg	42. Internationaler Jahreskongress der DGZI
13.10.2012 09.00 – 15.00 Uhr	Veneersymposium Süd München	3. Münchener Forum für Innovative Implantologie

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-390
 oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
 Holbeinstr. 29
 04229 Leipzig

Für die Kursreihe „Veneers von A-Z“ melde ich folgende Personen verbindlich an:

- OST** 07.09.2012 | Leipzig **NORD** 06.10.2012 | Hamburg **SÜD** 13.10.2012 | München
- Bitte senden Sie mir das Programm zum Hauptkongress

- Ja
 Nein

Name, Vorname

DGKZ-Mitglied

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIAAG erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail

Daktari lebt –

Wie aus einer Serengeti-Safari ein mutiges, internationales Hilfsprojekt in Tansania entsteht

Autor_Prof. Dr. Martin Jörgens



_Historisch betrachtet hatte Deutschland als Kolonialmacht bis zum Ersten Weltkrieg eine sehr dominierende Rolle in Tansania gespielt. Deutsch-Ostafrika war ein sehr großer Kolonialstaat und bis dahin war nicht die Zugspitze der höchste Berg Deutschlands, sondern der Kilimandscharo mit einer Höhe von 5.895 Metern.

Nach meiner erfolgreichen Kilimandscharo-Besteigung im Oktober 2010 führte mich meine Safari-Leiendenschaft in die nordwestlichen Grenzgebiete Tansanias, an die kenianische Grenze. Ein privates Game Reserve namens Kleins Camp, welches zur südafrikanischen andBeyond Gruppe gehört, war eines meiner Safari-Ziele. Kleins Camp hat auch deutsche Kolonialwurzeln und wurde vormals von deutschen Siedlern in der Kolonialzeit gegründet.

Zunächst durchquerten wir aber die Serengeti mit einem schweren Geländewagen. Die Durchquerung

kann, je nach klimatischen Voraussetzungen und dem jeweiligen Straßenzustand, allein schon sehr aufreibend und anspruchsvoll sein, sodass man hier ausreichende Geländewagenerfahrung als Selbstfahrer mitbringen muss.

Nach unserer Ankunft in Kleins Camp wollten wir morgens zu einem Gamedrive starten, als mein Maasai Ranger Selay im Nebensatz sein Maasaidorf Ololosokwan erwähnte. Dazu führte er voller Stolz aus, dass es dort auch Schulen und eine kleine Klinik für die Grundversorgung der Maasai gäbe.

Dies führte zu einer sofortigen Planänderung und schon zwei Stunden später stand ich in der Klinik, die fünf Jahre zuvor von der andBeyond Foundation errichtet worden war.

Der diensthabende Arzt Obed begrüßte mich sehr freundlich und hilfsbereit und zeigte mir eingehend das solide Klinikgebäude. Die Klinik verfügte über



nach der Serengeti-Safari durch. Dieser Prescout diente der Erfassung aller notwendigen Bedürfnisse und Fakten vor Ort, um den zahnmedizinischen Bedarf der Maasai-Bevölkerung für die Zukunft genau zu analysieren und daraus die weitere Umsetzung zu planen.

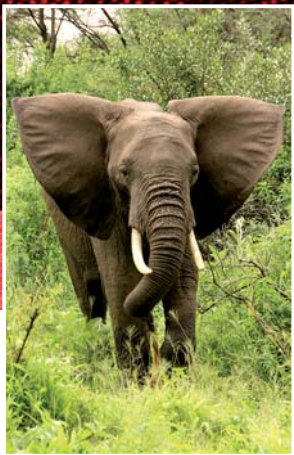
Unser Team bestand aus Frau Dr. Caroline Kentsch, meiner Partnerin und mir. Caroline hatte zu unserem Vorteil nach ihrem Studium für einen längeren Zeitraum in Zahnstationen des Roten Kreuzes in Peru verbracht und verfügte damit schon über ausgehende Dritte Welt-Erfahrung. Ich hatte meinerseits in meiner über zehn Jahre dauernden Tätigkeit als mobiler Land Rover Zahnarzt, gerade auf den Events Camel-Trophy, G4-Challenge und Land Rover Experience, viel Erfahrungen in Outdoor Dentistry sammeln dürfen. Damals hatte ich in der zahnmedizinischen Versorgung von 4x4-Events bei Null angefangen und mich mit meiner Ausrüstung an der dentalen Ausstattung der U.S. Army orientiert. Über die Jahre hinweg wuchs diese mobile Spezialausrüstung stetig. Dadurch verfügten wir über ein komplettes mobiles Dentalkit, welches uns praktisch alle zahnärztlichen Eingriffe mobil, außerhalb der Praxis, erlaubte.

Kernstück war die Transcare Max Einheit von Acteon. Diese garantierte unabhängig von Wasser- und Druckluftanschluss ein sicheres Arbeiten und funktionierte mit 110/220-Volt-, aber auch selbst mit einem 12-Volt-Anschluss an einer Autobatterie. Weiterhin verfügten wir über ein mobiles Kleinröntgengerät DX3000 von Dexcowin mit einer direkten Bildverarbeitungssoftware auf einem mobilen Laptop. Ein mobiler Diodenlaser pico von elexxion sowie weitere elektronische Kleingeräte wie eine Dynamoleuchte, Katadyne-Wasserfilter, Elektrometriegeräte rundeten das mobile Equipment mehr und mehr ab.

sieben separate Zimmer, stand auf einem gegossenen Fundament und hatte eine sichere, feste Dachstruktur. Leider fehlten noch Strom- und Wasserversorgung. Doktor Obed nutzte derzeit drei Zimmer für seine allgemeinmedizinische Tätigkeit. Und als ich dann über der Eingangstür zu Zimmer 4 das Schild „DAKTARI“ – Suaheli für „Doktor“ - fand, wusste ich instinktiv, dass ich endlich den Platz in Afrika für unser lang geplantes DentalSpecialists-Project gefunden hatte.

Ich versprach noch am gleichen Tag den Maasai, dass wir dort eine Zahnstation einrichten würden und uns um den zahnmedizinischen Support ihrer 5.000-Seelen-Gemeinde kümmern würden.

Im Nachhinein betrachtet war dies ein sehr großes Versprechen und forderte sehr viel Vorbereitungsenergie, Disziplin und sehr viel Liebe zur Detailplanung. Wir führten das erste Projekt genau 14 Monate



Mit diesem Gesamtequipment flogen wir dann kurz vor Weihnachten mit Condor von Frankfurt nach Tansania ab. Angekommen am Kilimandscharo Airport, passierten wir zunächst den Zoll und regelten die Einreiseformalitäten. Unser Toyota Landcruiser, mit schwerer Safariausstattung versehen, war eine überlange Spezialanfertigung und für die Menge an Equipment genau das richtige Fahrzeug. So starteten wir unsere Expeditionsreise nach Kleins Camp. Die Fahrt führte uns vorbei am Lake Manyara Nationalpark, durch die Ngorongoro Conservation Area und komplett durch die gesamte Serengeti. Nach langer, anstrengender Reise erreichten wir Kleins Camp und entschieden uns bereits am nächsten Tag nach Ololosokwan zu fahren und mit der Einrichtung vor Ort zu beginnen.

Obed war höchst erfreut uns zu empfangen und freute sich noch mehr, als wir unsere Spendengüter auspackten, die wir bei dem deutschen Medikamentenhilfswerk action medeor – www.medeor.de – erworben hatten. Sowohl eine umfangreiche Menge an Medikamenten, die über ein medeor-eigenes Medikamentenlager in Dar es Salaam besorgt wurden, als auch umfangreiches zahnmedizinisches und chirurgisches Instrumentarium konnten als Grundstock gestiftet werden. Damit verfügt die Klinik jetzt mit Zimmer 4 über eine zahnmedizinische Grundausstattung, die kontinuierlich erweitert werden kann.

Es zeigte sich bei der Behandlung der Maasai, dass diese oft in ganzen Familiengruppen auch aus größeren Entfernungen zu uns reisten. Die traditionsbewussten und stolzen Maasai leben sehr familien-

bezogen in großen Dorfgemeinschaften. Es gibt sehr unterschiedliche und besondere Riten, um durch körperliche Schmerzzuführung mental zu wachsen. Zu erwähnen sind hier zahlreiche Brandmale, die in symmetrischen, ästhetischen Mustern in die Haut gebrannt werden, und auch Extraktionen von kerngesunden Zähnen im Frontzahnbereich aus rein traditionellen oder ästhetischen Gründen. Erst später erfuhren wir, dass Maasai mittlere Frontzähne entfernen, um im Notfall bei Erkrankungen einen Ernährungsweg für flüssige Nahrung zu schaffen. Weiterhin zeigte sich, dass durch die große, mittlere Lücke im unteren Frontzahnbereich oftmals ausreichend Platz geschaffen wurde, so dass nunmehr auch Weisheitszähne richtig durchbrechen und ihre richtige, funktionsgerechte Position einnehmen konnten.

Maasai sind in vielerlei Hinsicht extrem an ihre umgebende Natur angepasst und wahre Überlebenskünstler.

Mütter mit Kindern kamen genauso wie junge Maasikrieger unterschiedlicher Reife- und Ausbildungsgrade. Das Interesse der Maasaibevölkerung an unserem modernen, mobilen Dentservice war extrem hoch und die Warteschlangen der Patienten wuchsen von Tag zu Tag. Dies war nur verständlich, da es in dieser Region keine zahnmedizinischen Versorgungseinrichtungen gibt.

Maasai müssen extreme Wege zurücklegen, um in Nähe von Arusha Hilfe zu finden. In dieser Region Tansanias können immer noch durch erkrankte Zähne bakterielle Infektionen verursacht werden, die



schlimmstenfalls einen tödlichen Ausgang nehmen. Der Klinikalltag war geprägt von lebhafter und zum Teil fröhlicher Grundstimmung der Maasai. Hauptanliegen waren zu 80 Prozent Schmerzbehandlungen von Infektionen infolge zerstörter Zähne. In den meisten Fällen konnten die Maasai selbst schon den betroffenen Zahn ausmachen und anzeigen. Das Maasaiwort für Schmerz „Keme“ prägte sich ziemlich schnell bei uns ein.

Zu diesen zahlreichen Extraktionen gesellten sich viele Weisheitszahnextraktionen, Entfernungen abgebrochener Wurzelreste, Zystektomien und leider viele, viele Milchzahnextraktionen. Die „Zivilisation“ hatte hier auch ihren Tribut gefordert, und seitdem in einem kleinen Laden im Dorf Süßigkeiten überhaupt zu kaufen waren, stieg die Kariesfrequenz bei den Kindern auf ein Extremmaß. Ebenfalls sehr verbreitet war ein mit Honig gesüßter Tee, der zusammen mit den Lollies als Hauptverursacher der örtlichen Karies ausgemacht wurde.

Durch die moderne Ausstattung waren wir weiterhin in der Lage, Wurzelfüllungen sicher durchzuführen. Dies war aus zeitlichen Gründen nur begrenzt möglich. Die integrierte Ultraschalleinheit der Transcare Max ermöglichte uns zahlreiche Zahnsteinentfernungen und auch umfangreiche Parodontalbehandlungen. Der elexion Laser pico leistete auch täglich seinen Dienst. Wegen des breiten Indikationsspektrums kann dieser parodontologisch, chirurgisch, endodontisch und auch als Softlaser eingesetzt werden. Durch die sehr robuste Ausführungsweise überlebte der pico auch den Geländewagentransport und arbeitete perfekt und störungsfrei.

Taten wir uns am Anfang verständlicherweise zunächst schwer, gesunde Zähne aus traditionellen, ästhetischen Gründen zu entfernen, so adaptierten wir auch hier unser Verhalten auf die lokalen Gegebenheiten. Obed hatte maßgeblichen Einfluss auf uns, da er uns wirklich inständig bat, auch in solchen Fällen Extraktionen auszuführen. Die Vorstellung der alternativen, traumatischen Luxation eines Zahns mit einem Buschmesser oder Meißel und zudem noch ohne jede Anästhesie, ließ uns hier schnell Einsicht walten.

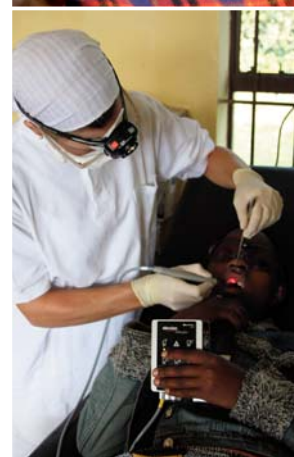
Die Arbeitstage waren trotz der ständig neuen kulturellen Eindrücke körperlich und mental hart. Wir fuhren morgens mit dem Geländewagen durch das Game Reserve und durchquerten dabei immer den Grumeti River in einer Furt. Nach der halbstündigen Fahrt starteten wir unsere Dental Clinic. Erst nach einem langen pausenfreien Kliniktag ging es gegen Abend zurück, um den Fluss noch bei Tageslicht zu queren.

Ungewohnt für uns war dabei die kontinuierliche Frequenz der Patienten, die oft einen ganzen Tag auf Behandlung warteten. Arbeiteten wir zunächst im Wechsel an einer Liege, ergänzten wir unsere Arbeitstechnik durch die Inbetriebnahme eines zweiten Stuhls. Es war zwar nur ein Bürostuhl, aber für Röntgenbilder und Extraktionen im Unterkiefer war er völlig ausreichend und steigerte so die Patientenfrequenz.

Zudem war für uns beide der Part der Desinfektion und ständigen Neuaufbereitung der Instrumente arbeitstechnisch sehr ungewohnt. Da wir normalerweise mit extrem fleißigen, schnellen Assistentinnen arbeiten, die diesen Part zügig erledigen, fanden wir nunmehr zwischen den Patientenbehandlungen keine Pause mehr. Wir arbeiteten nonstop von früh bis spät und waren abends völlig erschöpft. Mit dieser „Simultantechnik“ konnten wir in der Zeit mehr als 220 Maasai operieren.

Die gesamte Dorfgemeinschaft von Ololosokwan war mehr als glücklich darüber und freute sich auf alle zukünftigen medizinischen Schritte, die wir hier vor Ort gehen werden.

Da in Ololosokwan auch viele Familienmitglieder der Angestellten von Kleins Camp leben, versorgten wir natürlich auch die Angehörigen. Insgesamt bauten wir unsere mobile Klinik an zwei ganzen Tagen in Kleins Camp auf, um die Angestellten zu versorgen, die in der Zwischenzeit keine Zeit hatten, unsere Klinikprechstunde in Ololosokwan aufzusuchen. Das war praktisch die Grundsteinlegung für eine zukünftige, sinnvolle Kooperation mit andBeyond. Neben der reinen klinischen Tätigkeit absolvierten wir aber auch mehrere offizielle Besuche, die für die





_Info **cosmetic dentistry**



Spendenkonto:
Deutsches Medikamenten-Hilfswerk action medeor e.V.

Konto: 4242
BLZ: 300 501 10
Stadtsparkasse Düsseldorf

Verwendungszweck:
„Daktari for Maasai“
Referenznummer:
2-46-0170

weitere Umsetzung des DentalSpecialists Projects wichtig waren. Neben dem Besuch des Dorfältesten hatten wir auch ein langes Dinner mit dem Bürgermeister von Ololosokwan, der natürlich sehr an der weiteren Entwicklung seines Dorfs interessiert war. Und obwohl die Klinik praktisch in privater Hand ist, erstatteten wir dem Gouvernement der Serengeti und dem District Medical Officer einen offiziellen Besuch ab, um seine Zustimmung zu erhalten und mehr über die medizinischen Planungen und Visionen für die Region Serengeti zu erfahren. Hier sind langfristige Absprachen und Einverständnisse für alle Beteiligten nur hilfreich.

Die Zukunftsperspektiven sind sehr Erfolg versprechend. Wir möchten bei unserer nächsten Expedition, basierend auf unseren lokalen Erfahrungen, bereits zwei mobile Dentalstühle mitnehmen, die dann vor Ort Zimmer 4 und Zimmer 5 zahnmedizinisch beleben können. Diese werden als feste Einheiten vor Ort bleiben. Aufgrund der mobilen Auslegungen können wir diese aber auch mal in einem entfernten Dorf oder in Kleins Camp tageweise einsetzen. Geplant ist dieses Mal eine Expedition mit mindestens zwei Zahnärzten, einer Zahnarzhelferin und einer Dentalhygienikerin, die ihrerseits unabhängig eigene Patienten behandeln kann. Nach der Analyse der örtlichen Erkrankungen werden wir ein weiteres umfangreiches Medikamentensortiment erwerben und stiften. Weitere zahnärztliche Instrumente werden die Ausstattungen nach und nach erweitern. Dazu zählen auch chirurgische Absauganlagen, OP-Leuchten, Ultraschallgeräte, u.a.

Langfristig planen wir, Ololosokwan zu einem Zentrum des internationalen Zahnarzt- und Ärztes-transfers für Tansania zu verhelfen.

Dies wird auch dadurch logistisch vereinfacht, dass bei bestehender umfangreicher Grundausstattung der Klinik, Ärzte nicht immer die Serengeti komplett durchfahren müssen, sondern auch per Flugzeug direkt von Arusha zum nahe von Ololosokwan gelegenen Lobo Airfield fliegen können. Dies beschleunigt und vereinfacht die An- und Abreise doch gewaltig.

Die gelungene Kooperation mit medeor geht auch zukünftig neue Schritte. Für Unterstützungswillige hat medeor bereits ein Projektkonto „Daktarie for Maasai“ eingerichtet. Hier kann zielgerichtet gespendet werden, da dieses Geld nur für die Anschaffung von Medikamenten und zahnmedizinischem Equipment dient. Reine zielgerichtete, projektbezogene Hilfe ohne jeden bürokratischen Verlust. Eine gemeinnützige Spendenquittung wird dann selbstverständlich von medeor ausgestellt. Die bestellten Medikamente und Instrumente werden wir bei der zweiten Expedition wieder direkt in Arusha übernehmen und direkt zur Klinik transportieren. Mit dem neuen Equipment kann dann vor Ort in einem noch größeren Umfang geholfen werden. Wir sind zuversichtlich, dass wir damit einen guten Beitrag zur medizinischen Entwicklung der Region Ololosokwan/Serengeti leisten werden.

_Kontakt **cosmetic dentistry**

Prof. Dr. Martin Jörgens
DentalSpecialists
Kaiserswerther Markt 25
40489 Düsseldorf
Tel.: 0211 4790079
Fax: 0211 4790009
E-Mail: joergens@dentalspecialists.de
www.dentalspecialists.de



Neu: Ästhetik-Kurse inklusive **Step-by-Step DVD**

Anlässlich der 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e. V. am 27./28. April 2012 in Essen startete eine bundesweite Kursreihe rund um die Ästhetik. Im Fokus stehen dabei die gesamte Bandbreite der Veneertechnik (konventionell, Instant- und Non-Prep), chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik, moderne Konzepte der Zahnaufhellung sowie Unterspritzungstechniken.

Am 27. April 2012 fanden anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. in Essen mit den Themen „Veneers von A – Z“ und „Minimalinvasive Zahnästhetik“ die ersten beiden Kurse der neuen Reihe von kombinierten Theorie- und Demonstrationenkursen zu Schwerpunktthemen der Ästhetik statt.

Weitere Kurse gibt es darüber hinaus zu den Themen „Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik“ sowie „Unterspritzungstechniken“.

Insbesondere im Hinblick auf die praktische Relevanz der Themen finden die Kurse jeweils als kombinierte Theorie- und Demonstrationenkurse statt. Ziel ist es, die wesentlichen Kenntnisse zum jeweiligen Therapiegebiet zu vermitteln und die Teilnehmer in die Lage zu versetzen, die entsprechenden Behandlungskonzepte im Praxisalltag umsetzen zu können. Die Demonstrationen erfolgen durch die Referenten anhand von Modellen sowie Präparaten und werden dabei per Kamera aufgenommen und für die Teilnehmer im Großbildformat übertragen. Behandlungen am Patienten werden per Video-Einspielung gezeigt.

Step-by-Step DVD und kostenfreie Kongressteilnahme

Die eigens für die Kursreihe produzierten Step-by-Step DVDs haben in diesem Kontext eine besondere Bedeutung und stellen einen Mehrwert für die Kursbesucher dar (in Kursgebühr enthalten). Ein weiterer Vorteil für die Kursbesucher ergibt sich aus der Tatsache, dass die Kurse in der Regel im Rahmen von Kongressen stattfinden und so auch z.T. den kostenfreien Besuch des Gesamtkongresses ermöglichen*.

Die Kurse im Überblick

Veneers von A-Z – Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht
Minimalinvasive Zahnästhetik – Dr. Jens Voss/Leipzig
Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik – Prof. Dr. Marcel Wainwright/ Kaiserswerth
Unterspritzungstechniken – Dr. Andreas Britz/Hamburg



Jede DVD kann auch einzeln unter www.oemus-shop.de bestellt werden.

* Die Teilnahme am Hauptkongress ist ohne zusätzliche Kongressgebühr (somit nur Tagungspauschale für den zweiten Tag) bei folgenden Kongressen möglich:

- Ostseekongress/Norddeutsche Implantologietage (Veneers, Zahnästhetik)
- Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin (Veneers, rot-weiße Ästhetik)
- Eurosymposium/Süddeutsche Implantologietage (Zahnästhetik)
- Münchener Forum für Innovative Implantologie (rot-weiße Ästhetik)
- Essener Implantologietage (rot-weiße Ästhetik)

Für die Kurse „Unterspritzung“ gilt diese Regelung nicht.

Kontakt **cosmetic**
dentistry

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-0
Fax: 0341 48474-290
E-Mail:
grasse@oemus-media.de
www.oemus.com

Zähneputzen via Smartphone

Bluetooth-Bürste macht Zähneputzen zum Spiel

Das Unternehmen Beam Technologies bietet eine Zahnbürste an, die Kinder zu besserer Mundhygiene anspornen soll. Das Putzgerät namens „Beam Brush“ ist mit einem Bluetooth-Modul ausgestattet und lässt sich an ein Smartphone koppeln. Eine eigene App überwacht schließlich die Zahnreinigung und vergibt Punkte.

Zahnpflege-Wettkampf

Die „Beam Brush“-Software schreibt mit, wann und wie lange der Benutzer seine

Zähne reinigt. Dazu kann sie auch messen, welche Teile des Gebisses gut gepflegt und welche eher vernachlässigt werden. Über längere Zeit erteilt sie dem User schließlich Ratschläge darüber, wie er seine Mundpflege verbessern kann.

Das Tool vergibt außerdem Punktwertungen für die „Zahnputzleistung“.

Da es in der Lage ist, mehrere „Beam Brushes“ gleichzeitig zu verwalten, erstellt es schließlich Highscores und Ziele, die Kinder nach Wettkampfprinzip zu mehr Enthusiasmus bei der täglichen Mundhygiene verleiten sollen. Beam Technologies vertreibt das motorlose Produkt für 50 Dollar (rund 38 Euro), die App läuft auf Android-Smartphones ab der Version 2.1.

Quelle: Beam Technologies

Neue Broschüre über lokale Betäubung erschienen

Betäubung? Ja gerne!



© visuelldesign

In Deutschland werden beim Zahnarzt pro Jahr rund 52 Millionen lokale Betäubungen gegeben. Nebenwirkungen sind dabei sehr selten. Laut einer aktuellen Emnid-Umfrage ängstigen sich auch nur 17 Prozent der Deutschen vor einer Betäubungsspritze beim Zahnarzt.

Aushalten oder Spritze? Für viele Menschen ist das keine Frage. Sie lassen sich für eine Zahnbehandlung eine lokale Betäubung geben. Warum auch nicht? Schmerzen beim Zahnarzt müssen heutzutage nicht mehr sein. Die Initiative proDente e.V. informiert alle Interessierten mit einer Broschüre rund um das Thema Betäubung beim Zahnarzt. Diese kann kostenfrei unter 01805 552255 oder bei proDente bestellt werden.

Männer sind Vorsorgemuffel

Frauen nutzen zahnärztliches Bonusheft öfter

Zahnärztliche Vorsorge ist den Deutschen wichtig, aber Frauen achten mehr darauf als Männer. Zu diesem Ergebnis kommt eine repräsentative Umfrage des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Zusammenarbeit mit dem In-

stitut für Demoskopie Allensbach. Die Umfrage zeigt, dass die Mehrheit der gesetzlich Krankenversicherten auf die Führung ihres zahnärztlichen Bonusheftes achtet, Frauen deutlich akkurater als Männer. Fast drei Viertel der

Frauen, aber nur etwas mehr als die Hälfte der Männer pflegen ihr Heft. Gesetzlich Krankenversicherte mit höherer Schulbildung achten insgesamt sehr viel stärker auf die Aktualisierung des Bonusheftes als Personen mit einfacher Schulbildung. Immerhin ein Fünftel der Befragten gab an, nicht auf die Führung eines Bonusheftes zu achten, obwohl sich die Zuschüsse der Krankenkassen bei Zahnersatz dadurch um bis zu dreißig Prozent erhöhen.

Insgesamt hat sich die wachsende Vorsorgeorientierung längst ausgezahlt. Die Mundgesundheit der Bevölkerung in Deutschland hat in den letzten zwanzig Jahren massive Fortschritte gemacht. Bei Kindern und Jugendlichen belegt Deutschland im internationalen Vergleich mittlerweile einen Spitzenplatz.

Quelle: BZÄK, KZBV, IDS Köln



© linepics

Bundesweite Umfrage zur zahnärztlichen Versorgung

Zahnarztbesuch: Jeder Zehnte hat große Angst

Die Mehrheit der Deutschen geht regelmäßig kontrollorientiert zum Zahnarzt. Trotzdem empfindet gut jeder Zweite eine zumindest (leichte) emotionale Anspannung bei dem Gedanken an eine zahnmedizinische Behandlung. Zwölf Prozent der Erwachsenen geben an, stark ausgeprägte Ängste mit dem Zahnarztbesuch zu verbinden. Knapp die Hälfte hat nur „etwas“ oder „wenig“ Angst, ein gutes Drittel aber „gar keine“. Diese Ergebnisse zeigt eine repräsentative Umfrage des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Demoskopie Allensbach.

Laut Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, decken sich die für Deutschland ermittelten Werte mit denen von Untersuchungen in anderen Nationen wie den USA oder Australien, und für die Minderheit von Patienten, deren Ängste so stark ausgeprägt sind, dass



© Tyler Olson

sie den Gang zum Zahnarzt über Jahre vermeiden, stehen Behandlungsmöglichkeiten wie Psychotherapie, Hypnose und in Fällen von ärztlich attestierter Phobie auch eine Vollnarkose zur Verfügung. KZBV und BZÄK raten dazu, der Entstehung von

Zahnbehandlungsängsten durch frühzeitige und regelmäßige Zahnarztbesuche vom Kleinkindalter an vorzubeugen. Bei den ersten Kontakten lernen Kinder die Praxis bzw. den Zahnarzt kennen. Sie gewöhnen sich an die regelmäßige Routineuntersuchung, mit der sich größere Zahnschäden und zahnmedizinische Eingriffe vermeiden lassen. Die Studienergebnisse über „Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland“ stützen sich auf die Befragung von 1.788 Personen, die einen repräsentativen Querschnitt der erwachsenen deutschen Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik bilden. Die Erhebung wurde im

April/Mai 2011 vom Institut für Demoskopie Allensbach in Zusammenarbeit mit dem IDZ durchgeführt.

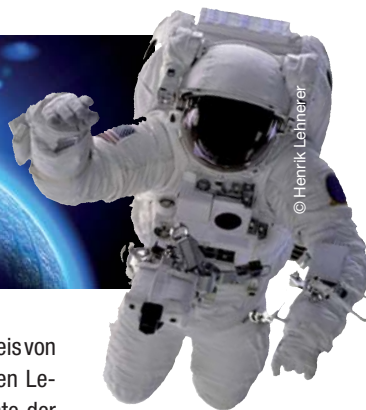
Die Studie wurde als IDZ-Information I/2012 veröffentlicht. Sie ist erhältlich über: www.idz-koeln.de

Expedition ins All

Zahnarzt will hoch hinaus



© Paul Palachin



© Henrik Lehmerer

Ein Zahnarzt will sich zu einem Preis von 71.000 Euro einen extravaganten Lebenstraum erfüllen: 2014 möchte der 39-jährige Dr. Jos Gal mit dem holländischen Weltraumunternehmen „Space Expedition Curacao“ (SXC) eine Reise in den Weltraum unternehmen. Es handelt sich dabei nur um ein kurzes Vergnügen: Gerade einmal eine Stunde dauert der Flug ins All – inklusive fünf Minuten Schwerelosigkeit. Zuvor stehen noch zahlreiche gesundheitliche Tests an, um sicherzugehen, dass er den physischen und psychischen Belastungen des Fluges gewachsen ist. Und noch eine Hürde muss überwunden werden: Der Prototyp des Raumschiffs „Lynx“, mit dem der Zahnarzt die Reise antreten will, befindet sich noch in der Entwicklungsphase. Erste Testflüge soll es in den nächsten Monaten geben.

Quelle: ZWP online

ANZEIGE



Sie wünschen sich ein perlenstrahlendes Lächeln?
Quick White by Cleon garantiert Ihnen glänzend weiße Zähne.





InOffice Bleaching (Wasserstoffperoxid)	Home Bleaching (Carbamidperoxid)	Intenz Bleaching (InOffice & Home Kit)
		

Haben Sie Interesse?

Wir freuen uns auf Ihren Anruf: 05443-2033-0!

Zhermack GmbH Deutschland | Öhlmühle 10 | 49448 Marl am Dümmer | Tel.: 05443/2033-0
Fax: 05443/2033-11 | info@zhermack.de | www.zhermack.de

Buchvorstellung

Patienten packen ihre Angst an der Wurzel

Der letzte Zahnarztbesuch ist schon lange her, eigentlich sollten die Patienten mal wieder gehen – aber allein der Gedanke daran treibt ihnen den kalten Schweiß auf die Stirn ... Zahnarztangst ist weit verbreitet – viele trauen sich erst in die Praxis, wenn sich die Schmerzen nicht mehr ignorieren lassen. Mit diesem Buch treffen Patienten jetzt die Entscheidung gegen ihre Angst und für eine entspannte Behandlung!

Die Psychologin Dr. Lea Höfel ist auf die Behandlung von Menschen mit Zahnarztangst spezialisiert. In diesem Buch zeigt sie den Patienten Wege auf, wie sie ihre persönlichen „Angstfallen“ entdecken und ihrer Angst aktiv entgegenwirken können. Check-



listen, Erfahrungsberichte und humorvolle, abwechslungsreiche Übungen, mit denen die Patienten sich zu Hause alleine und unkompliziert vorbereiten können, leiten zum entspannten Zahnarztbesuch an.

Als zusätzliches Plus gibt es eine auf das Buch abgestimmte, geleitete Trance-Sitzung des bekannten Trainers Marc A. Pletzer zum Download. So sind die Patienten und deren Unterbewusstsein für den nächsten Zahnarztbesuch optimal gerüstet! Das Buch ist im Schattauer Verlag erschienen und zum Preis von € 19,95 (D)/€ 20,60 (A) im Buchhandel erhältlich. (ISBN 978-3-7945-2870-7)

Studie zu Wachstums- und Beschäftigungseffekten bis 2030

Tausende neuer Arbeitsplätze im Dentalsektor



nach für weitere Beschäftigungsimpulse sorgen. Die Menschen werden immer älter, Prävention wird immer bedeutender. Um die Mundgesundheit und die damit zusammenhängende Allgemeingesundheit bis ins hohe Lebensalter zu erhalten, bedarf es intensiver zahnmedizinischer Betreuung, innovativer Versorgungsstrukturen und Therapien sowie der technischen Weiterentwicklung von Medizinprodukten.“

Beide Zahnärzteorganisationen gaben zu bedenken, dass die positive Prognose des Dentalsektors mit der Bereitschaft der Gesundheitspolitik, stabile Rahmenbedingungen zu setzen, stehe und falle.

Die Studie „Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft“ erscheint als Band 33 der Schriftenreihe des IDZ. Sie ist im Fachbuchhandel erhältlich.

Quelle: BZÄK/KZBV

Etwa 76.000 neue Arbeitsplätze werden bis zum Jahr 2030 in Zahnarztpraxen, Dentallaboren und durch den Vertrieb von Dentalprodukten im Einzelhandel entstehen. Zu dieser Einschätzung kommen das Darmstädter WifOR-Institut und das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in einer Studie, die gestern in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Der Untersuchung zufolge, die im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) durchgeführt wurde, werden die stärksten Wachstumsimpulse im Dentalsektor aus der vorsorgeorientierten Nachfrage im Zweiten Gesundheitsmarkt entstehen. Zu den Ergebnissen der Studie sagte der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz: „Man darf den zahnmedizinischen Sektor nicht immer nur als Kostenfaktor diskutieren. Er ist ein Wirtschaftsfaktor und Teil der Jobmaschine Gesundheitswesen. Schon jetzt arbeiten über 400.000 Menschen in der Dentalbranche. Vor allem aber bedeutet die präventive Zahnmedizin von heute eine sinnvolle Investition, deren Dividende die ständige besser werdende Zahngesundheit der Bevölkerung ist.“

Der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Christoph Benz, kommentierte: „Die Ausbildungsquote in den Berufen rund um die Zahnmedizin ist traditionell hoch. Und die demografische Entwicklung wird aller Voraussicht



Rot-weiße Ästhetik – Optionen und Standards

9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ)

Vom 27.4. bis zum 28.4.2012 lud die Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin (DGKZ) ins ATLANTIC Congress Hotel Essen zu ihrer neunten Jahrestagung ein. Die Teilnehmer erwartete ein interessantes wissenschaftliches Programm mit Fachvorträgen und Seminaren rund um die ästhetisch/kosmetische Zahnmedizin.

Kosmetische Zahnmedizin im Kontext orofazialer Ästhetik polarisiert auch heute noch wie kaum ein anderes Thema. Die Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin hat diese interdisziplinäre Herausforderung zum Gegenstand ihres seit 2003 währenden Engagements für ein seriöses und fachlich fundiertes Angebot bei ästhetisch/kosmetischen Behandlungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich gemacht und sah sich auf ihrer neunten Jahrestagung aus beruflichem Munde von Universität und Praxis mehr als bestätigt. Das wissenschaftlich ausgesprochen anspruchsvolle Programm stand in diesem Jahr unter dem Motto: „Rot-weiße Ästhetik – Optionen und Standards“ und wurde von den Teilnehmern begeistert aufgenommen. Hochkarätige Referenten beleuchteten alle relevanten Aspekte.

Den Auftakt des Fortbildungsprogramms am Freitag bildeten die anspruchsvollen Seminare „Veneers von A-Z“ von Dr. Jürgen Wahlmann und „Minimalinvasive Zahnästhetik“ von Dr. Jens Voss, die großes Interesse fanden.

Der Hauptkongress wurde am Samstag durch den wissenschaftlichen Leiter, Prof. Dr. Martin Jörgens/Düsseldorf, mit einer Bestandsaufnahme zum Thema „Cosmetic Dentistry“ eröffnet. Anschließend standen die Grundlagen der Gesichtsästhetik im Fokus. Zum einen aus Sicht der Ästhetischen Chirurgie – erläutert von Prof. Dr. Dr. Johannes Hönig/Hannover, zum anderen aus zahnmedizinischer Sicht – dargelegt von Dr. Jens Voss/Leipzig. In der Folge beleuchteten zahlreiche namhafte Referenten alle relevanten Aspekte der rot-weißen Ästhetik. Die Palette reichte dabei von der Chirurgie (Prof. Grimm/Witten), über die Parodontologie (Prof. Buchmann/Düsseldorf), Prothetik (Dr. Gehrke), Funktion (Prof. Zöllner/Witten), Kieferorthopädie (Prof. Watted/Jatt, Israel) und Kompositrestaurationen (Priv.-Doz. Dr. Gernhardt/Halle [Saale]), bis hin zum Papillen-Tuning mit Hyaluronsäure (Prof. Jörgens/Düsseldorf)

Abgerundet wurde die 9. Internationale Jahrestagung der DGKZ durch zwei Seminare für die zahnärztliche Assistenz und eine informative Dentalausstellung. Die Teilnehmer waren mit dem Ambiente des ATLANTIC Congress Hotel Essen sowie mit den angebotenen Inhalten der Veranstaltung sehr zufrieden und gaben durch die Bank ein positives Feedback – ein Kongressbesuch, der sich in jedem Fall lohnt hat. Der Jubiläumskongress „10 Jahre DGKZ“ findet am 26./27. April 2013 in Berlin statt. _



QR-Code: Video Implantologie und Ästhetik in Essen.



QR-Code: Bilder Implantologie und Ästhetik in Essen. QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers i-nigma).



Zahnarzt & Heilpraktiker – geht das, und wenn ja, warum?

Interview mit Dr. Markus Lehmann, wissenschaftlicher Direktor des Instituts ABW zum autodidaktischen Fernkurs für Zahnärzte zur Vorbereitung auf die amtsärztliche Heilpraktikerprüfung.

Die Erweiterung des zahnärztlichen Therapiespektrums ist nur bedingt möglich und hat Grenzen. Spezialisierung gepaart mit einer fundierten Ausbildung scheint immer noch der bessere Weg, seine Zahnarztpraxis für die Zukunft erfolgreich zu führen. Ein Weg kann sein, neben der zahnärztlichen Praxis auch als Heilpraktiker zu arbeiten. Hierbei gibt es aber einiges zu beachten, rechtlich wie auch fachlich.

Herr Dr. Lehmann, Zahnarzt & Heilpraktiker, geht das?

Zum ersten Teil der Frage: ja, es ist durchaus möglich Zahnarzt & Heilpraktiker zu sein, man muss jedoch betonen, dass der Heilpraktiker keine zahnärztliche Zusatzqualifikation ist, sondern ein eigenständiger, hoch qualifizierter Beruf, den es zu erlernen gilt. Zahnärzte haben einen großen Vorteil, sie verfügen über ein profundes medizinisches Wissen und Verständnis, das hilft ungemein bei der Ausbildung und spart immens Zeit und Aufwand. Übrigens gibt es in Deutschland schon seit Jahren eine ganze Reihe von Zahnärzten, die bereits erfolgreich als Heilpraktiker arbeiten, so neu ist diese Idee also nicht.

Heilpraktikerschulen, und dann dauert diese Ausbildung ca. 2 Jahre. Das IABW – Institut für Akademische Bildung und Wissenschaft – bietet einen Fernkurs an, bei dem man sich unter anderem mit einer anwenderfreundlichen Software autodidaktisch sehr intensiv auf diese Prüfung vorbereiten kann – wir

„Nun ist aber der Bedarf an **ganzheitlich medizinisch und auch medizinisch ästhetischen Behandlungen** unter den Patienten sehr stark angewachsen und wird entsprechend nachgefragt.“

sprechen von 120 bis 160 Tagen Vorbereitung, bevor man zur Prüfung geht. Ergänzt wird dieses autodidaktische Studium mit einem zweitägigen fakultativen Intensivkurs, der dann nochmals unterstützend auf die wichtigsten praktischen Inhalte der mündlichen Prüfung vorbereitet. Diese Möglichkeit scheint – das zeigen die aktuellen Teilnehmerzahlen – eine sinnvolle und zeitsparende zu sein.

Wie sinnvoll kann der „Heilpraktiker“ für Zahnärzte sein?

Im Zahnheilkundengesetz ist klar geregelt, was ein Zahnarzt darf und eben auch, was nicht. Das ist gut so und verhindert dementsprechend auch, dass fachübergreifend Tätigkeiten ausgeübt werden, die ein Zahnarzt nicht darf – andersrum aber auch, dass ein Arzt oder eine andere artverwandte Berufsgruppe nicht in die Zahnheilkunde eingreifen darf. Nun ist aber der Bedarf an ganzheitlich medizinischen und auch medizinisch ästhetischen Behandlungen unter den Patienten sehr stark angewachsen und wird entsprechend nachgefragt. Gerade im Bereich des Gesichtes hat der Zahnarzt eine hohe Kompetenz aufgrund seines Studiums und seiner täglichen Behandlungen in diesem Bereich, darf aber hier aus rechtlichen Gründen in vielen Regionen nicht tätig werden.

Wie kann man sich auf die Prüfung vorbereiten?

Jeder, der sich mit dem Gedanken befasst, die „Amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker“ abzulegen, sollte sich darüber bewusst sein, dass es sich schon um eine richtige und umfangreiche Prüfung handelt, auf welche man sich gut vorbereiten sollte. Aber wie schon angesprochen, haben Zahnärzte den großen Vorteil des vorhandenen medizinischen Wissens auf ihrer Seite. Interessenten ohne medizinische Vorkenntnisse gehen in der Regel auf eine der vie-



Welche Behandlungen darf denn ein Heilpraktiker?

Detaillierte Ausführungen würden den Rahmen des Interviews sprengen, aber Sie wären überrascht, wie vielfältig und weitreichend ein Heilpraktiker medizinisch am gesamten Körper behandeln darf. Abgesehen von den bekannten ganzheitlichen und naturkundlichen Aspekten, darf der Heilpraktiker bestimmte Infusionen geben, intramuskulär spritzen, Laseranwendungen am ganzen Körper vornehmen und sogar ästhetische Filler im Gesicht unterspritzen. Natürlich sind auch Akkupunktur, Homöopathie und Kinesiologie weitere interessante Aspekte, insbesondere auch in Hinblick auf eine ganzheitliche Zahnheilkunde. Was der Heilpraktiker nicht darf, ist unter anderem die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, wie z.B. Antibiotika.

Wie kann man mit der Ausbildung beginnen?

Mit dem autodidaktischen Studium kann man jederzeit starten, es sollte aber mindesten 120 Tage vor der geplanten Prüfung liegen. Die Intensivseminare – die nicht bindend für jeden sind, der den autodidaktischen Fernkurs absolviert – gibt es ein oder zwei Mal im Jahr, immer im Vorfeld der offiziellen Heilpraktikerprüfung der Städte. Die Anmeldung zur „Amtsärztlichen Überprüfung“ muss man selbst abklären und vornehmen, sich auch im Vorfeld noch einmal intensiv mit den Bedingungen dieser vertraut machen.

Mehr Informationen finden interessierte Zahnärzte auf unserer

Homepage unter www.Institut-ABW.de

Herr Dr. Lehmann, wir danken Ihnen für das Gespräch.

„Abgesehen von den bekannten ganzheitlichen Aspekten, darf der Heilpraktiker umfangreiche Laseranwendungen und sogar ästhetische Filler anwenden.“

ANZEIGE

Jubiläumstagung

20 Jahre Schönheitschirurgie Lindau

4. Internationaler Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin

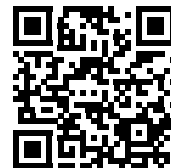
14.–16. Juni 2012 in Lindau am Bodensee // Hotel Bad Schachen



Goldsponsor



SCAN MICH



Programm
Jubiläumstagung
„20 Jahre Schönheits-
chirurgie Lindau“

QR-Code einfach
mit dem Smartphone
scannen (z. B. mithilfe
des Readers i-nigma)

Faxantwort //

0341 48474-390

Bitte senden Sie mir das Programm zum 4. Internationalen Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin zu.

E-Mail-Adresse

Praxisstempel

Behandlungsvereinbarung in der Ästhetischen Zahnmedizin

Autor_Dr. Thomas Ratajczak

Die am 01.01.2012 in Kraft getretene neue GOZ enthält an versteckter Stelle ein für den Bereich der Ästhetischen und – erst recht – Kosmetischen Zahnheilkunde schwerwiegendes Formproblem in § 2 Abs. 3 Satz 1. Diese Norm spielte unter der GOZ 1988 keine Rolle und dürfte den wenigsten Zahnärzten überhaupt bekannt sein. Gerichtsurteile dazu sind keine auffindbar. Sie knüpft an die in § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ (alt = neu) geregelte Frage der sog. Verlangensleistungen an: „Leistungen, die über das Maß einer

zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf der Zahnarzt nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.“ Für diese Verlangensleistungen sah § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ bisher vor, dass Leistungen, die weder im Gebührenverzeichnis der GOZ noch im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind, und ihre Vergütung abweichend von der GOZ in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden „können“. Man konnte für diese selten erfüllten Voraussetzungen per Vereinbarung mit dem Patienten den Gebührenrahmen der GOZ verlassen, musste es aber nicht. Es gab damals die Möglichkeit, statt der Abrechnung von Analogziffern auch was ganz anderes zu vereinbaren, einschließlich Honorarpauschalen (z.B. fürs Bleaching). Zulässig war das nur für einen ganz engen Bereich. Hier wich die GOZ 1988 von der Regelungssystematik der GOÄ 1996 stark ab, was der BGH in seiner bekannten Entscheidung vom 23.03.2006 – III ZR 223/05 – zu ärztlichen kosmetischen Behandlungen (Abrechnung nur nach GOÄ zulässig) nicht erkannt hatte.

Ab 2012 „müssen“ unterschiedslos alle Leistungen nach § 1 Abs. 2 Satz 2 und ihre Vergütung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Fehlt es an dieser schriftlichen Vereinbarung, entsteht insoweit kein Honoraranspruch, die entsprechende Behandlungsvereinbarung ist jedenfalls hinsichtlich des Honorars nach § 125 BGB nichtig. Das betrifft ausnahmslos alle zahnärztlich-kosmetischen Leistungen im eigentlichen Sinne, aber grundsätzlich auch den gesamten Bereich der Ästhetischen Zahnheilkunde, weil man auch in diesem Rahmen ständig mit dem Einwand konfrontiert wird, die (geplante) Behandlung gehe über das Maß des medizinisch Notwendigen hinaus oder sei gar nicht medizinisch notwendig. Beides ist ein Anwendungsfall des § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ und damit seit dem 01.01.2012 des § 2 Abs. 3 GOZ. Als Folge muss die gesamte Behandlung schriftlich vereinbart werden – sonst entsteht kein durchsetzbarer Honoraranspruch des Zahnarztes!

§ 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ betrifft alle „Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen“. Seit vielen Jahren ist es der Hauptstreitpunkt bei ästhetischen, bei kosmetischen, aber auch z.B. bei implantologischen

Abb. 1 Als Muster empfehle ich (aus Berger/Ratajczak/Brodmann/Wuttig/Schmidt/Herrmann, GOZ-Kompendium 2012):

Heil- und Kostenplan gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. § 2 Abs. 3 GOZ

Vereinbarung zwischen
[Vorname, Nachname, Anschrift des Patienten bzw. des Zahlungspflichtigen]
(Zahlungspflichtiger bzw. Patient)

und

(Zahnarzt/Zahnärztin)

Bei [Name des Patienten, Geburtsdatum, ggf. Anschrift] wurde folgender Befund erhoben:
..... [wesentlicher Befund anhand eines Zahnschemas und ggf. ergänzend in Form von Stichworten eintragen]

Vorgesehen ist ...

Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen werden folgende Diagnose-/Behandlungsmaßnahmen durchgeführt:

Zahn/Region	Gebührennummer	Bezeichnung der Leistung	Anzahl	Gebühr Einzelsatz	Steigerungssatz	Betrag
Summe						

Diese Vereinbarung gilt explizit auch für den Fall, dass über das Ausmaß der zahnmedizinisch notwendigen Versorgung i.S. des § 1 Abs. 2 Satz 1 GOZ Unklarheit oder Streit entstehen und ggf. ein Gericht feststellen sollte, dass die nachstehend geplante Versorgung ganz oder teilweise über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgeht.

Gemäß § 2 Abs. 3 Satz 2 GOZ wird der Zahlungspflichtige darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe) möglicherweise nicht gewährleistet ist und der Zahlungspflichtige die Rechnung selbst bezahlen muss.

_____, den _____

(Zahlungspflichtiger)

(Zahnarzt/Zahnärztin)

Abb. 1

Versorgungen, ob die geplante bzw. die durchgeführte Behandlung überhaupt oder jedenfalls in Teilen mehr als zahnmedizinisch notwendig ist. Bisher störte diese Diskussion nur im Verhältnis Patient-Versicherer/Beihilfe, wenn sich später im Prozess herausstellte, dass nur weniger als gemacht zahnmedizinisch notwendig gewesen wäre. Künftig hängt an einer solchen Feststellung der gesamte Honoraranspruch des Zahnarztes für den „mehr als notwendigen Teil“, ggf. also für alles, wenn die schriftliche Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ fehlt. Im Allgemeinen ist die Frage, ob die geplante bzw. die durchgeführte Behandlung zahnmedizinisch notwendig ist, hochstreitig und wird verbindlich erst durch die Gerichte entschieden.

Im klassischen Anwendungsbereich der Cosmetic Dentistry versteht sich dagegen von selbst, dass es sich um Leistungen im Anwendungsbereich des § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ handelt. Bisher brauchte man dazu nur dann eine schriftliche Vereinbarung, wenn man sich vom Abrechnungsmodus der GOZ lösen wollte. Seit 01.01.2012 braucht man diese immer!

Im Bereich der ästhetisch orientierten Zahnheilkunde wird sich der Streit um die medizinische Notwendigkeit künftig verschärfen. Die Rechtsprechung definiert die medizinische Notwendigkeit seit Jahrzehnten mit folgender Formel: „Von der Notwendigkeit einer Behandlung ist auszugehen, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar ist, sie als medizinisch notwendig anzusehen“ (BGH, 17.12.1986 – IVa ZR 78/85 –). Der darin enthaltene Begriff „objektiv“ bedeutet nach der Rechtsprechung, dass weder der Patient noch der behandelnde (Zahn-)Arzt die Frage der medizinischen Notwendigkeit verbindlich entscheiden kann, sondern ggf. das Gericht mithilfe eines Gutachters. Die medizinische Notwendigkeit ist ein gerichtlich voll überprüfbarer Rechtsbegriff, allerdings mit der Besonderheit, dass es nicht um die Feststellung einer Ja/Nein-Entscheidung geht. Eine Behandlung ist bereits dann medizinisch notwendig, wenn sie eine der vielen Therapiealternativen ist, die im konkreten Behandlungsfall mit Rücksicht auf die bestehenden Befunde zahnmedizinisch vertretbar sind. Im Rahmen der Therapiealternativen darf der Patient grundsätzlich entscheiden, was er für sich für richtig hält. Das mildert aus der Sicht des Patienten das Problem ab: es gibt eine Bandbreite medizinisch notwendiger Entscheidungen, zwischen denen er wählen darf (grundlegend BGH, 12.02.2003 – IV ZR 278/01 –).

Aber es mildert das Problem nicht aus der Sicht des Zahnarztes, zumal es immer wieder Gutachter gibt, denen nicht ausreichend bewusst ist, dass es bei der Nachprüfung von geplanten bzw. schon durchgeführten Behandlungen nicht darum geht, wie sie den Fall gelöst hätten, sondern nur darum, ob die Falllösung des zu begutachtenden Kollegen in Anbe-

tracht aller Umstände (Anamnese, Befunde, Alter und Vorstellungen des Patienten etc.) als eine aus fachlicher Sicht mögliche Behandlungsvariante oder als fachlich unsinnig zu bezeichnen ist.

Es gibt Gerichte, die einen Vergleich der Notwendigkeit, ein Urteil schreiben zu müssen, eindeutig vorziehen, und auch für die Rechtsanwälte wird ein Vergleich nach dem Rechtsanwaltsvergütungsgesetz deutlich besser entlohnt als ein Urteil. Wenn es künftig in Verfahren, in denen die medizinische Notwendigkeit im Streit ist, „zum Schwur“ kommt, und der Zahnarzt sich nicht zumindest vorsorglich mit einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ 2012 abgesichert hat, dann liegt die Vermutung nahe, dass die Gerichte (und die PKV bzw. die Beihilfe) dies als Einladung verstehen werden, Vergleichsgespräche zu führen. Wer das je vor Gericht mitgemacht hat, weiß, was das bedeutet.

Daher ist dringend zu empfehlen, jedenfalls immer dann, wenn die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit sich von vornherein klar stellt (weil sie bisher schon immer streitig war) oder seitens PKV oder Beihilfe explizit aufgeworfen wird, auch einen kompletten HKP zu schreiben (der die gesamte Behandlung einschließlich der Begleitleistungen umfassen sollte), mit den von § 2 Abs. 3 GOZ geforderten Zusätzen zu versehen und ihn vom Zahlungspflichtigen (das ist bei geschäftsfähigen Erwachsenen der Patient) unterschreiben zu lassen und auch selbst zu unterschreiben (die schriftliche Vereinbarung erfordert nach § 126 BGB zwei Unterschriften). Die der Unterschrift vorausgehende Besprechung sollte man in der Behandlungsdokumentation gut dokumentieren, am besten einen Mitarbeiter mit hinzuziehen. Ein Muster für die Vereinbarung ist nebenstehend wiedergegeben. _

_Kontakt

cosmetic
dentistry



Dr. Thomas Ratajczak

Rechtsanwalt, Fachanwalt
für Medizinrecht,
Fachanwalt für Sozialrecht,
Justitiar des BDIZ EDI
Kanzlei RATAJCZAK &
PARTNER Rechtsanwälte
Berlin · Düsseldorf · Essen ·
Freiburg · Jena · Köln ·

Meißen · München · Sindelfingen
Posener Straße 1
71065 Sindelfingen
Tel.: 07031 9505-18 (Frau Balda)
Fax: 07031 9505-99
E-Mail: ratajczak@rpped.de
www.rpped.de





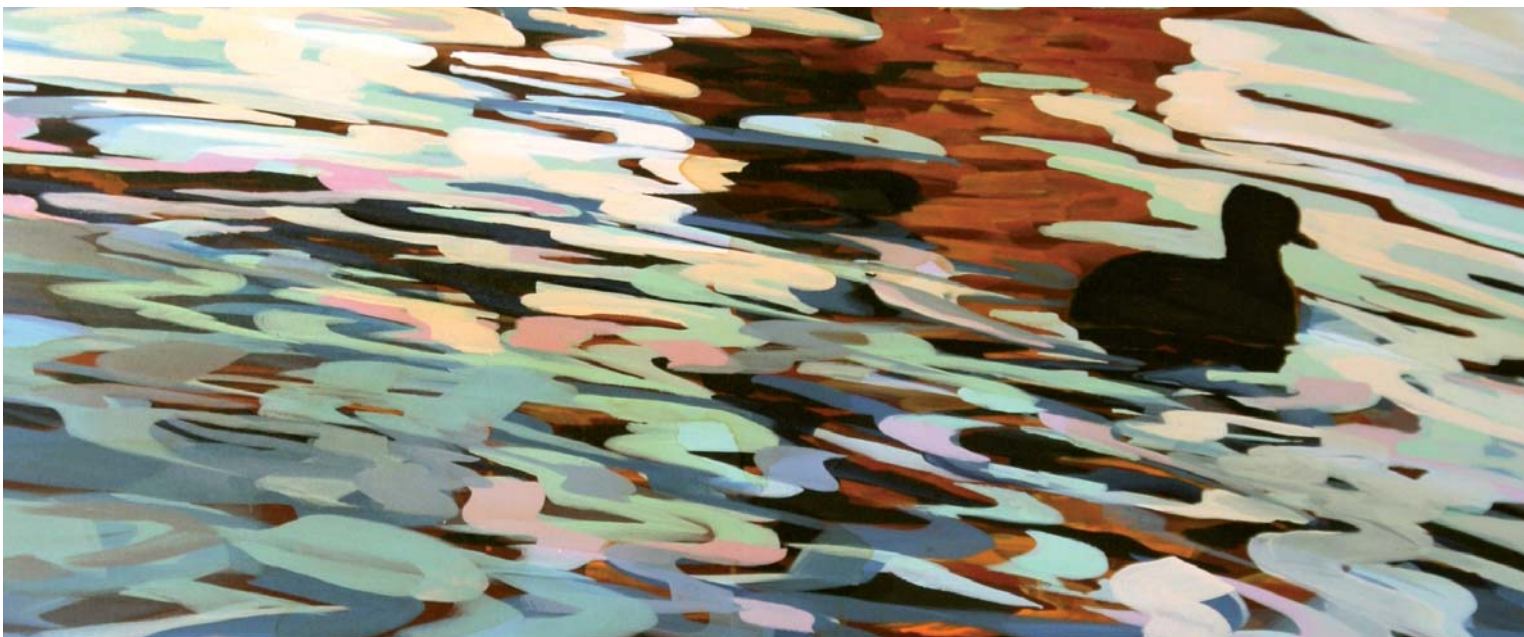
Vom Inneren Lächeln und der **Leichtigkeit des Seins**

Wer sich mit den Arbeiten von Daniela Friederike Lüers umgibt, der wird es empfinden. „Gelassenheit und das Innere Lächeln sind Themen des Lebens, die ich jeden Tag aufs Neue lernend üben darf“, sagt die Malerin von sich selbst. Ihre Gemälde strahlen Kraft und Ruhe aus.

Malerisch bewegt sie sich zurzeit im Medium Acryl-Farbe auf ca. 1–3 m² großen Leinwänden. Ungewohnte Bildanschnitte und Perspektiven, gelegentlich auch die Farbgebung, erwecken den Betrachter zu aktivem Sehen.

Thematisch hat sie dieses Jahr eine malerische Pilgerreise durch Europa begonnen, die einen Teil der Ausstellung FRAGMENTE ausmachte. Gezeigt wurde diese im Rahmen des deutsch-polnischen Kulturaustausch-Projektes im Kulturzentrum Suwalki in Masuren, Polen.

Weitere thematische Schwerpunkte sind zuweilen aus ihrer Lebensumgebung entlehnt: Landschaftsfacetten der Müritz-Region, so z.B. Felder zu verschiedenen Jahreszeiten, weite Himmel und immer wieder Wasser, Licht, Bewegung und Reflexion.





_Corporate Paint

Um ihre Präsenz am heutigen Markt zu behaupten und sich darzustellen, denken viele Firmen über ein Konzept im Sinne des Corporate Designs nach. Dieser „rote Faden“ der Wiedererkennbarkeit in allen Kommunikationsebenen erleichtert die Orientierung. Corporate Paint setzt die Idee der Corporate Identity in das sinnlich greifbare Medium der Malerei um.

Unternehmensspezifische Inhalte, z.B. eine Firmenphilosophie oder Ähnliches, werden in hoher Individualität und Wertigkeit transportiert.

Dies gilt selbstverständlich auch für Arztpraxen. Hier wird ein repräsentatives Gemälde im Empfangsbereich den unverwechselbaren Stil Ihrer Zahnarztpraxis abrunden.

Ein Deckengemälde über dem Behandlungsstuhl kann zur Unterhaltung und Ablenkung dienen und

einen zusätzlichen Kommunikationsimpuls im Praxisgeschehen liefern.

Auf jeden Fall unterstreichen Originalgemälde eine individuelle Positionierung und Ihren ganz persönlichen Ausdruck.

Die aktuellen Ausstellungstermine sind:

„WILDWECHSEL und WASSER“

Kleines Meer****

Waren (Müritz) 26.4.–24.9.2012

„FARBFELDER und LANDSTRICHE“

Galerie 77

Waren (Müritz) 26.4.–20.6.2012

„Mecklenburger Landschaft“

Fritz-Reuter-Museum

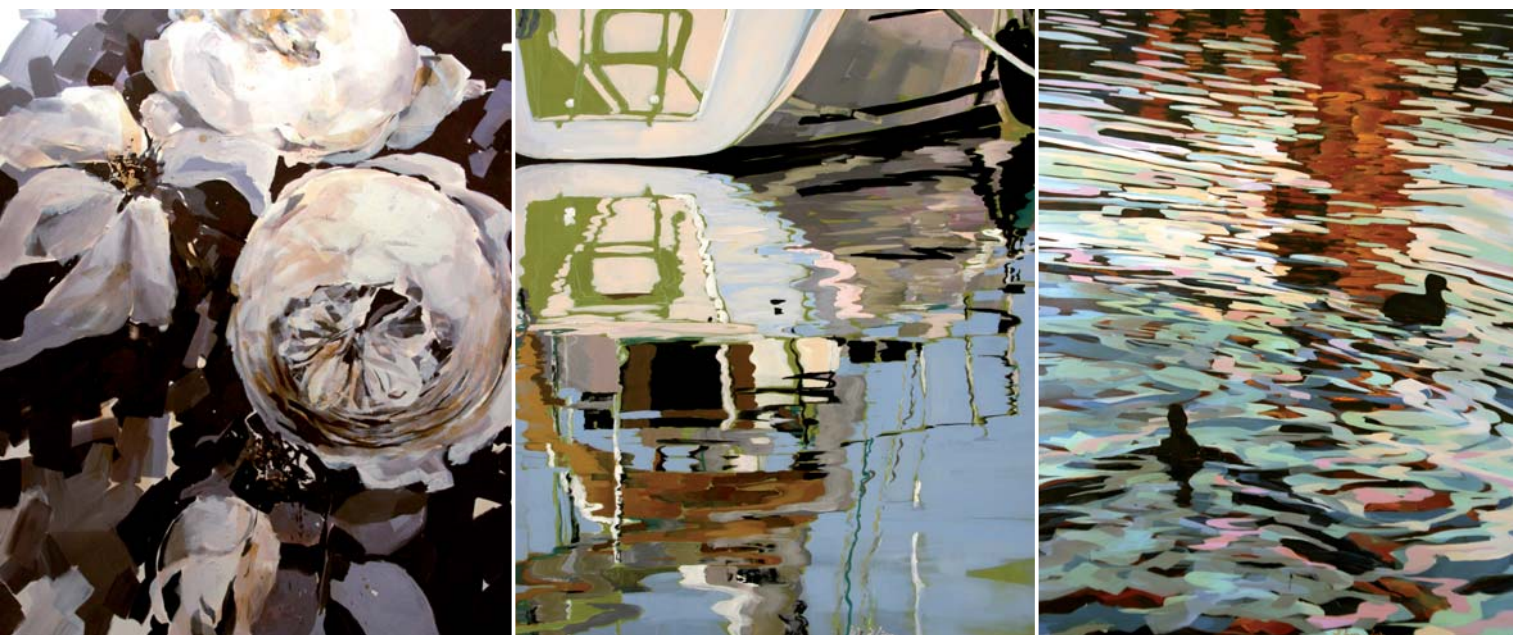
Stavenhagen 8.7.–10.8.2012

_Kontakt **cosmetic** dentistry

**Daniela
Friederike Lüers**

Mühle,
Beckenkrug 8
17192 Varchentin
Tel.: 039934 89789

E-Mail:
info@daniela-lueers.de
www.daniela-lueers.de



Madeira – Abenteuer in den Levadas

Autor_Wolfram Schreiter

Madeira – die portugiesische, immergrüne „Blumeninsel“ im Atlantischen Ozean – ist nicht nur für ihre üppige Vegetation bekannt, sondern vor allem auch für die sogenannten Levadas. Diese künstlichen Kanäle wurden früher als Bewässerungssystem angelegt. Heute hauptsächlich touristisch genutzt, versprechen sie abenteuerliche Wandertouren durch Tunnel, Cañons und Wasserfälle. Grund genug, uns diese faszinierende Insel einmal genauer anzusehen.

_Nach vier Flugstunden landeten wir in der Hauptstadt Funchal, allerdings ohne mein Gepäck inkl. Wanderausrüstung, was sehr ärgerlich war. Immerhin wollten wir keine Zeit verlieren und uns gleich in das Abenteuer Levadas stürzen. Also verbrachten wir die ersten zwei Tage zunächst damit, uns an der Ostküste die Halbinsel Ponta de São Lourenço und den Ort Porto Moniz anzuschauen, der für seine natürlich geschaffenen Badebassins im Vulkangestein bekannt ist. Dorthin gelangten wir nur über eine eindrucksvolle Küstenstraße mit vielen Tunneln. Weiter ging es direkt nach São Vicente, wo wir eine typische Vulkanhöhle besichtigten. Da Madeira wie auch alle anderen makaronesischen („glückseligen“) Inseln – Azoren, Kanaren und Kapverden – vulkanischen Ursprungs ist, findet man dieses bizarre Felsgestein auf der gesamten Insel wieder, Sandstrände sucht man hier hingegen vergeblich. Da wir jedoch nicht zum

Baden hierhergekommen sind und auch mein Gepäck mittlerweile endlich nachgeliefert wurde, freuten wir uns schließlich auf unsere erste „richtige“ Wanderung. Diese führte uns nur ein paar Kilometer weiter nach Rabacal zu den sogenannten 25 Quellen. Schon die Anfahrt war ein Abenteuer für sich, denn zunächst galt es, einen unglaublich steilen und vor allem engen Pass zu überwinden. Am Ausgangspunkt angekommen, machten wir uns nun auf den Weg zu den Quellen. Obwohl diese Levada trotz schlechten Wetters leider von vielen Touristen besucht war, genossen wir die atemberaubende Landschaft, bis wir an unserem Ziel, den 25 Fontes, ankamen. Die Quellen sind eigentlich kleine Wasserfälle, die aus einer Höhe von mehr als 100 Meter in einen kalten See fallen.

Nach einem idyllischen Picknick am Wasser ging es weiter nach Achadas da Cruz. Hier fuhren wir mit ei-





nerspektakulären Seilbahn, die in privatem Besitz ist, eine 451 Meter hohe Felswand herunter. Der Wind fauchte um die Kabine, die immer bedrohlicher schwankte, und uns wurde recht mulmig zumute. In Deutschland wäre bei diesem Wind mit Sicherheit Fahrverbot. Endlich unbeschadet im Tal angekommen, besuchten wir ein kleines Dorf für Aussteiger.

Das Abenteuer kann beginnen

Am nächsten Tag schauten wir in dem Örtchen Monte den Korb-schlittenfahrern beim Steuern ihrer Gefährte zu. Dieser Spaß zieht Jahr für Jahr viele Touristen an, die sich die zehninütige Fahrt hinunter nach Funchal nicht entgehen lassen wollen. Die Korb-schlitten rutschen dabei auf engen, kurvigen Straßen mit einer Maximalgeschwindigkeit von 48 km/h hinunter, während jeweils zwei traditionell bekleidete Männer das Gefährt steuern und die Gummisohlen ihrer Stiefel als Bremsen benutzen. Unser nächstes Ziel hieß Ribeiro Frio. Von dort führt ein Wanderweg zu den Balcones, einem 870 Meter hohem Aussichtspunkt, der seinen Namen ganz zu Recht verdient. Nach einer eineinhalbstündigen Tour durch einen Lorbeerwald erreichten wir den Gipfel und staunten nicht schlecht. Tatsächlich

blickt man hier wie von einer Terrasse auf die tiefen Täler und das Meer hinab und fühlt sich eins mit der Natur.

Am fünften Tag unserer Reise fuhren wir mit unserem Mietwagen nach Curral das Freiras, einem weiteren Aussichtspunkt, der einen herrlichen Blick ins Tal bot. Und diesmal entdeckten wir endlich auch einen spannenden Levadaweg, der direkt Lust auf mehr machte. Drei Stunden ging es direkt am Abgrund ohne Sicherung an den Wasserkanälen entlang, durch Tunnel und kleine Wasserfälle. Spätestens jetzt war unsere Abenteuerlust endgültig geweckt! Zufrieden ließen wir den Tag mit einem leckeren Fischessen ausklingen. Neben den Espetadas, etwa ein Meter langen Fleischspießen, ist der Espada, der Schwarze Degenfisch, eine Delikatesse der Insel, die man unbedingt probiert haben sollte.

Schwindelfrei zum Höllenkessel

Auch der nächste Tag lockte wieder mit einer Levadawanderung. Allerdings sollte es diesmal eine schwarze Tour sein, die laut Reiseführer wirklich nur von absolut schwindelfreien Kletterern unternommen werden sollte. Also fuhren wir zeitig nach Queimadas und bereiteten uns auf eine siebenstündige





Wanderung zum Caldeirão do Inferno – dem Höllenkessel vor. Ob der Name wirklich Programm ist? Wagemutig gingen wir los. Zunächst säumten prächtige Hortensien, afrikanische Liebesblumen und Strelitzien unseren Wegesrand. Nach mehreren Tunneln, die man aufgrund einer niedrigen und spitzen Steindecke nicht ohne Taschenlampe durchqueren sollte, kamen wir in Caldeirão Verde an und machten eine Pause am Wasserfall. Danach folgte tatsächlich ein Abenteuertrip der Superlative auf moosbewachsenen, alten und nassen Levadamauern, die teilweise sogar abgebrochen waren oder durch Felsvorsprünge nur in geduckter Haltung zu bezwingen waren. Wir passierten glitschige Treppen und Tunnel mit kleinen Aussichtsfenstern in die

Schlucht. Die Levada rauschte neben uns vorbei, vor uns hörten wir das Dröhnen von weiteren Wasserfällen. Plötzlich standen wir an einem der spektakulärsten Plätze Madeiras.

Hier hat die Ribeira Grande eine enge Klamm geschaffen. Zwei alte Holzbrücken führen darüber hinweg und zwei Wasserfälle schießen in die Levada hinein. Touristen sahen wir hier keine mehr – kein Wunder, ist der infernalische, ungesicherte Weg doch tatsächlich das Schwindelerregendste, was Madeira an Levadas zu bieten hat. Wir fühlten uns wie in einem Zauberwald mit knorrigen Bäumen, Flechten und Moosen. Aufkommender Nebel verstärkte die Herr-der-Ringe-Stimmung zusätzlich. Gegen 18 Uhr kommen wir schließlich im Höllenkessel an. Hier sind die senkrecht hochlaufenden Wände zwar nicht ganz so eng wie im Kessel Caldeirão Verde, dafür aber mehr als doppelt so hoch. Mit flinken Füßen machten wir uns schließlich wieder auf den Rückweg, da es dunkel wurde und der Nebel immer dichter.

Der Berg ruft

Am nächsten Morgen stand eine Bergwanderung auf dem Plan: Die Tour sollte uns vom dritthöchsten Berg über den zweithöchsten bis zum Pico Ruivo (1.862 Meter) führen. Nun standen uns 1.000 Meter im Anstieg und 1.000 Meter im Abstieg bevor. Zunächst war die beeindruckende Gebirgskette noch von Wolken eingeschlossen, doch gegen Ende zog alles auf, sodass wir nach dieser anstrengenden Tour doch noch mit einem tollen Weitblick vom höchsten Berg der Insel belohnt wurden.

Am letzten Tag besichtigten wir den kleinen Ort Santa Cruz und liebten unsere Reise noch einmal Revue passieren: Von den Ortschaften Madeiras waren wir etwas enttäuscht, da sie das typische mediterrane Flair vermissen liebten. Auch zum Baden war es Ende April noch zu kalt und unser Hotel auf 1.400 Meter Höhe ließ uns bei nur sieben Grad ebenfalls eher frösteln. Nichtsdestotrotz ist Madeira immer ein lohnendes Wanderparadies mit vielen Tunneln, dunklem Felsgestein und einer spannenden Vegetation.



Kontakt

cosmetic
dentistry

Wolfram Schreiter

4solutions MEDIA
Fockestraße 6
04275 Leipzig
Tel.: 0341 9096900
Fax: 0341 9096969
E-Mail:
info@4solutions-media.de
www.4solutions-media.de



DGKZ e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin
Die innovative Fachgesellschaft für den modernen Zahnarzt



Kostenlose Fachzeitschrift

Lesen Sie kostenlos „cosmetic dentistry“ – die qualitativ außergewöhnliche Mitgliederzeitschrift informiert Sie über alle relevanten Themen der kosmetischen Zahnmedizin. Auch als ePaper mit Archivfunktion auf www.zwp-online.info verfügbar.

Ermäßigte Kongressteilnahme

Besuchen Sie die Jahrestagungen der DGKZ e.V. und nutzen Sie die für Mitglieder ermäßigten Teilnahmegebühren. (Die 9. Jahrestagung wird am 27./28. April 2012 in Essen stattfinden.)

Kostenlose Mitglieder-Homepage

Nutzen Sie Ihre eigene, individuelle Mitglieder-Homepage, die die DGKZ e.V. allen aktiven Mitgliedern kostenlos zur Verfügung stellt. Über die Patientenplattform der DGKZ e.V., die neben Informationen für Patienten auch eine Zahnarzt-Suche bietet, wird der Patient per Link mit den individuellen Mitglieder-Homepages verbunden.

Patientenwerbung und Öffentlichkeitsarbeit

Profitieren Sie von einer starken Gemeinschaft, die durch Öffentlichkeitsarbeit auch Ihr Praxismarketing unterstützt.

Nutzen Sie die Vorteile der Mitgliedschaft in der DGKZ e.V. und treten Sie jetzt dieser starken Gemeinschaft bei!
Die einfache bzw. passive Mitgliedschaft kostet 200,00 €, die aktive Mitgliedschaft 300,00 € jährlich.

Weitere Infos:

Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V.
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-202, Fax: 0341 48474-290
info@dgkz.info/www.dgkz.com



SCAN MICH



Mitgliedsantrag
DGKZ

QR-Code einfach
mit dem Smartphone
scannen (z. B. mithilfe
des Readers i-nigma)

Faxantwort

0341 48474-290

oder per Post an

DGKZ e.V.
c/o OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Ja, ich möchte Mitglied der DGKZ e.V. werden. Bitte senden Sie mir den Mitgliedsantrag zu:

Vorname

Name

E-Mail

Praxisstempel

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:

+49 341 48474-290

**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.: 0341 48474-0
Fax: 0341 48474-290
E-Mail: kontakt@oemus-media.de

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

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbecke · Tel.: 0341 48474-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner · Tel.: 0341 48474-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller · Tel.: 0341 48474-0

Produktmanagement/Redaktionsleitung:

Heike Isbaner
Tel.: 0341 48474-221
E-Mail: h.isbaner@oemus-media.de

Korrekturat:

Ingrid Motschmann · Tel.: 0341 48474-125
Helga Friedrich · Tel.: 0341 48474-126
Hans Motschmann · Tel.: 0341 48474-126

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 44 € ab Verlag inkl. 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.



Heike Isbaner

Herstellung:

Dipl.-Des. Jasmin Hilmer
Tel.: 0341 48474-118

Abo-Service:

Andreas Grasse
Tel.: 0341 48474-201

Druck:

Löhner Druck
Handelsstraße 12
04420 Markranstädt





|| Frischer Wind für Praxis und Labor

OEMUS MEDIA AG – Die Informationsplattform der Dentalbranche.

Vielseitig, kompetent, unverzichtbar.

OEMUS MEDIA AG || Bestellformular

ABO-SERVICE || Per Post oder per Fax versenden!

Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Andreas Grasse
Fax: 0341 48474-290 | Tel.: 0341 48474-200

Ja, ich möchte die Informationsvorteile nutzen und sichere mir folgende Publikationen bequem im preisgünstigen Abonnement:

Zeitschrift	jährliche Erscheinung	Preis
<input type="checkbox"/> ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis	10-mal	70,00 €*
<input type="checkbox"/> ZWL Zahntechnik Wirtschaft Labor	6-mal	36,00 €*
<input type="checkbox"/> dentalfresh	4-mal	20,00 €*
<input type="checkbox"/> DENTALZEITUNG	6-mal	34,00 €*
<input type="checkbox"/> cosmetic dentistry	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> face	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> digital dentistry	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Implantologie Journal	8-mal	88,00 €*
<input type="checkbox"/> Dentalhygiene Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Oralchirurgie Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Laser Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Endodontie Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> ZT Zahntechnik Zeitung	11-mal	55,00 €*
<input type="checkbox"/> KN Kieferorthopädie Nachrichten	10-mal	75,00 €*
<input type="checkbox"/> PN Parodontologie Nachrichten	6-mal	40,00 €*
<input type="checkbox"/> Dental Tribune German Edition	10-mal	35,00 €*
<input type="checkbox"/> laser (engl.)	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> roots (engl.)	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> cosmetic dentistry (engl.)	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> implants (engl.)	4-mal	44,00 €*

* Alle Preise verstehen sich inkl. MwSt. und Versandkosten (Preise für Ausland auf Anfrage).

Ihre Kontaktdaten

Bitte alles ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen!

Name, Vorname _____

Straße/PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

Ich bezahle per Rechnung.

Ich bezahle per Bankeinzug.
(bei Bankeinzug 2 % Skonto)

Bitte informieren Sie mich außerdem über Fortbildungsangebote zu folgenden Themen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie | <input type="checkbox"/> Dentalhygiene/Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Implantologie/Oralchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Laserzahnheilkunde | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung/Bleaching | <input type="checkbox"/> Kommunikation |
| <input type="checkbox"/> Endodontie | <input type="checkbox"/> Praxismanagement | <input type="checkbox"/> Kosmetische Zahnmedizin |

Bitte senden Sie mir diese per E-Mail an folgende Adresse:

E-Mail _____

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.

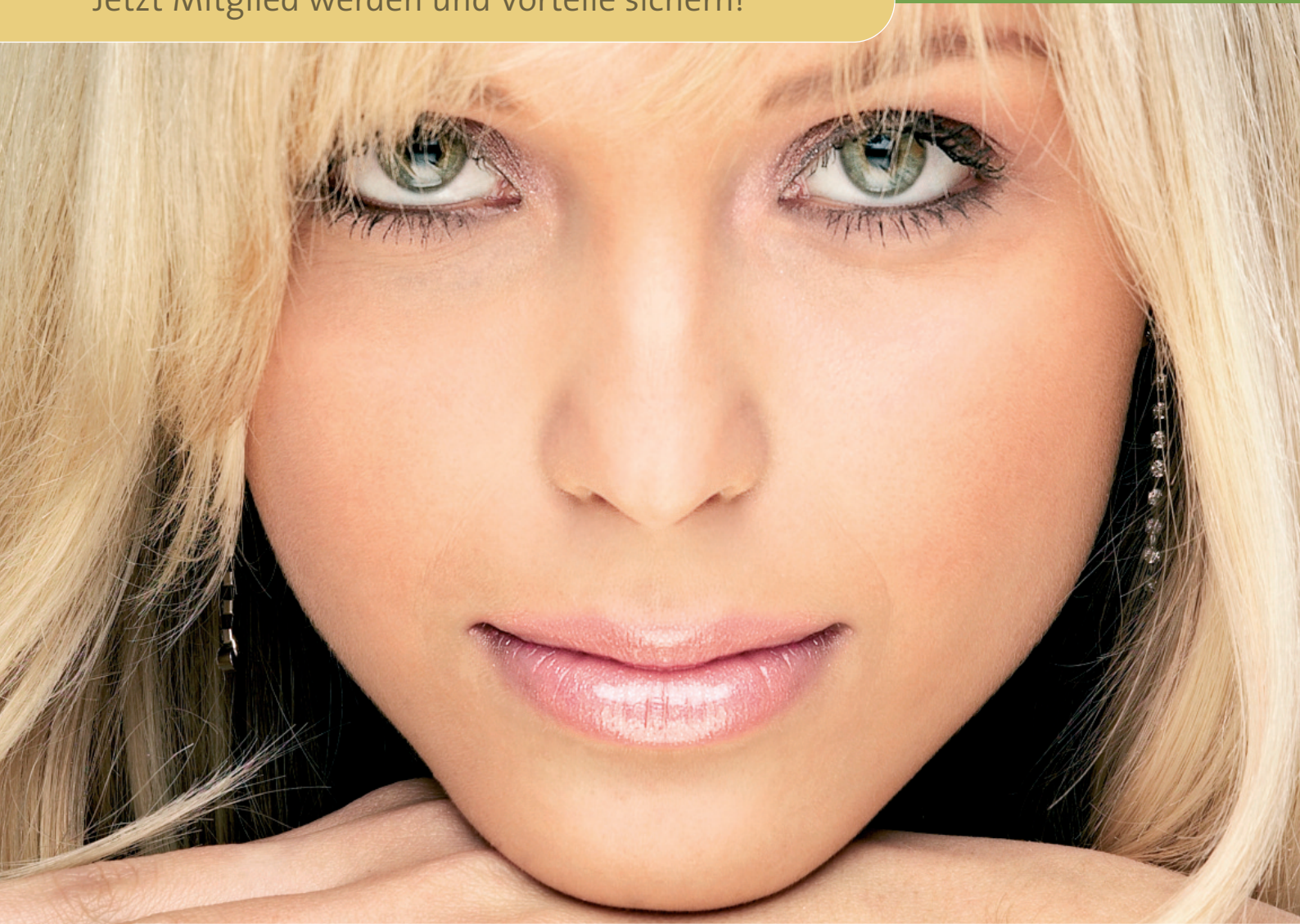
Datum/Unterschrift _____

Das Abonnement verlängert sich automatisch um 1 Jahr, wenn es nicht fristgemäß spätestens 6 Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird.

Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.



Jetzt Mitglied werden und Vorteile sichern!



Die Fachgesellschaft für seriöse, ästhetische, plastische Chirurgie
und kosmetische Zahnmedizin

- Innovative Fortbildungsveranstaltungen
- Attraktives Patientenmarketing für Mitglieder
- Therapieschwerpunkte und Gütesiegel für Mitglieder

Geschäftsstelle:

Feldstraße 80 | D-40479 Düsseldorf
Tel.: +49-2 11/1 69 70-79 | Fax: +49-2 11/1 69 70-66
sekretariat@igaem.de
www.igaem.de

Vorstand IGÄM e.V.:

Präsident Prof. Dr. Dr. habil. Werner L. Mang
Vizepräsidentin Dr. Ulrike Then-Schlagau
Schatzmeister Prof. Dr. Dr. Eckhard Dielert
Schriftführer Dr. Mark A. Wolter