ISSN 1612-7390 Entgelt bezahlt: 63398 Preis: € 10,00 zzgl. MwSt.

13. Jahrgang • Mai • 2/2015

© Subbotina Anna

cosmetic dentistry _ beauty & science

2 2015

_Fachbeitrag

Neues aus der Ästhetischen Zahnheilkunde

_Psychologie

Das DISG®-Modell der Persönlichkeit für die Zahnarztpraxis: Der dominante Typ

_News

„Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“ wieder gesucht

www.cd-magazine.de

aamus

We ♥ Opalescence®

Noch nicht für den Opalescence Zahnarztfinder registriert?

Jetzt gratis anmelden!

Für das Anmeldeformular, einfach QR-Code scannen!

www.Opalescence.com/de

Opalescence® PF

Professionelle Zahnaufhellung

- Kosmetische Zahnaufhellung für zu Hause
- Individuelle Schienen für einen perfekten Sitz
- 2 Konzentrationen, 3 Geschmacksrichtungen
  (10% und 16% CP; Mint, Melone, Regular)
- Patentiertes, haftendes, visköses Gel
- PF-Formel stärkt den Zahnschmelz

Tel. 02203 - 35 92 15 • www.ultradent.com

ULTRADENT PRODUCTS · USA

Infos zum Autor

Prof. Dr. med. habil. Werner L. Mang

Das Gemeinsam-statt-einsam-Prinzip

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie werden sich jetzt sicherlich beim Aufschlagen des Editorials gewundert haben – warum schreibt hier Professor Werner Mang, Präsident der Internationalen Gesellschaft für Ästhetische Medizin? Warum in einer Zeitschrift für Kosmetische Zahnmedizin? Die Frage beantworte ich Ihnen gern: Ich möchte Sie nämlich zu unserem mittlerweile 7. Internationalen Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin einladen. Dieser findet am 27. und 28. November im wunderschönen Berlin statt und wird zusammen mit der 12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin (DGKZ) veranstaltet. Das ist unsere erste „echte Gemeinschaftstagung" und wir haben Großes vor: Wir möchten interdisziplinär mit mit verschiedenen Fachgruppen und Zahnärzten die medizinischen Aspekte des gesellschaftlichen Trends in Richtung Jugend und Schönheit fachübergreifend diskutieren – und damit meinen wir auch wirklich fachübergreifend.

Den Kongress-Freitag verbringen wir gemeinsam bei den Table Clinics. In dieser neuen Art der Wissensvermittlung werden Studien, Techniken sowie praktische Anwendungsmöglichkeiten an einem runden Tisch von einem Referenten vorgestellt, bei denen die maximal zehn Teilnehmer die Gelegenheit haben, mit den Referenten und den anderen Teilnehmern zu diskutieren, Fragen zu stellen und ins Gespräch zu kommen. Thematisch ist bei den Table Clinics von der Brustvergrößerung über das Praxismanagement bis hin zu den Veneers alles abgedeckt. Auch die begleitende Industrieausstellung lädt ein, einmal mehr über den Tellerrand zu schauen – was kann Hyaluronsäure noch, außer das Hautbild zu verjüngen? Wie verändere ich durch kieferorthopädische Maßnahmen und ein Bleaching des Gesamterscheinungsbild des Patienten? Diese und andere Fragen beschäftigen nicht nur Ihren, sondern auch meinen Fachbereich – und das ist für Sie und mich Grund genug, nach Berlin zu kommen.

Ich weiß, das Gemeinsam-statt-einsam-Prinzip ist nicht neu und dennoch in unserer heutigen Zeit angesagter denn je. Deshalb begleiten Sie uns und tauschen Sie sich mit uns aus. Wir freuen uns auf Ihren Besuch, Ihre Teilnahme und Ihren Input zum Gemeinschaftskongress in Berlin.

Prof. Dr. med. Dr. habil. Werner L. Mang
Präsident der Internationalen Gesellschaft für Ästhetische Medizin

editorial

03 „Das Gemeinsam-statt-einsam-Prinzip“
_ Prof. Dr. med. habil. Werner L. Mang

cosmetic dentistry

Fachbeitrag

06 Nature’s Design – Neue Zähne ohne künstliche Nebenwirkungen
_ Dr. Ha Vy Hoang-Do, Dr. Uwe Basset

12 Neues aus der Ästhetischen Zahnheilkunde
_ Dr. Dr. Johannes Edelmann

16 Oberkieferfrontversorgung mit Presskeramikveneers und Teilkronen
_ Dr. Sven Egger, M.Sc., M.Sc., ZT Jürg Wermut

special

Anwenderbericht

30 Digitales Smile Design nach Coachmann
_ Stefan Krause

Management

34 Hygienemanagement – ein Topthema von heute
_ Bianca Beck

Recht

36 Achtung: Bleaching und die Umsatzsteuer
_ Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Psychologie

38 Das DISG®-Modell der Persönlichkeit für die Zahnarztpraxis: Der dominante Typ
_ Dr. Lea Höfel

Event

40 Ästhetik im Herzen Berlins – 12. Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ)

lifestyle

Reise

42 Segeln im Hauptwaschgang – von Wind und Wellen
_ Prof. Dr. Hans Behrbohm

Kunst

46 Mit Ernst zum Augenzwinkern

25 **news**

48 **Impressum**

DAS LÄCHELN ZUM EINFACH MITGEBEN!

COMPONEER®

DIRECT COMPOSITE VENEERING SYSTEM

Die COMPONEER®- Vorteile:

Kein Labor | Eine Sitzung | Natürlich-ästhetische Korrekturen in Freihand-Technik | Einfachste Anwendung durch vorgefertigte Komposit Schmelz-Schalen | Brillantes Ergebnis | Attraktive Wertschöpfung

Völlig neue Perspektiven für Sie und Ihre Patienten.
Und am Ende Grund zum Lächeln für Sie beide.

info.de@coltene.com | +49 7345 805 0 | www.componeer.info

COLTENE

002134

Nature's Design – Neue Zähne ohne künstliche Nebenwirkungen

Autoren_Dr. Ha Vy Hoang-Do, Dr. Uwe Basset

Wer kennt das nicht? Hat man sich einmal ein Vorhaben in den Kopf gesetzt, möchte man es auch so schnell wie möglich verwirklichen – sei es, sich eine neue Frisur zu gönnen oder sich neu einzukleiden. So kann auch der Wunsch nach neuen und schönen Zähnen entstehen. Besucht ein Patient mit diesem Wunsch die Praxis, sollten ein professionelles Team aus Zahnärzten und Zahntechnikern dafür bereits eine Systematik in ihrem Praxisablauf parat haben, um diesem Wunsch gerecht zu werden.

_Heutzutage stehen uns Zahnärzten sehr viele Möglichkeiten und Mittel offen. Es gilt, sich die richtigen Tools auszusuchen und diese zu seinem sinnvollen Praxiskonzept zu kombinieren. Dabei sollte man vorsichtig sein mit der Verurteilung der einen oder anderen Methodik, denn bekanntlich führen mehrere Wege zum Ziel. Wichtig ist, dass man im Vorfeld mit dem Patienten das Ziel eruiert und so eine Full-Mouth-Rehabilitation realisiert, mit der alle Beteiligten glücklich und zufrieden sind.

Abb. 1

_Patientenfall

Dieser Patientenfall ist ein Beispiel für die Umsetzung eines Konzeptes, das sich bei uns seit einigen Jahren in vielen Fällen bewährt hat. Im Erstgespräch, das in einem separaten Beratungszimmer stattfindet, wird festgehalten, was das Anliegen des Patienten ist. Unsere 57-jährige Patientin äußerte bereits genaue Vorstellungen von ihrem zukünftigen Lächeln. Allerdings waren für sie kieferorthopädische Vorbehandlungen oder Operationen ausgeschlossen, da sie auf das Ergebnis nicht lange warten wollte. Die Zähne sollten möglichst natürlich aussehen und keinesfalls an ein pures, künstlich weißes „Hollywoodlächeln" erinnern. Konkrete Beschreibungen seitens des Patienten helfen dem Team enorm, das Behandlungsziel zu erarbeiten. Hier ist ein Backward Planning äußerst hilfreich. Dies erfordert eine ästhetische Modellanalyse, die digitale Bilder und Röntgenbilder, Ausgangsmodelle und Funktionsanalyse benötigt. Daraus resultierten ein diagnostisches Wax-up und die Planung aller weiteren Behandlungsschritte. In dem Wissen, dass die Patientin einen weiten Weg auf sich genommen hatte, wurden alle notwendigen Unterlagen und Befunde am gleichen Tag gesammelt. Das bedeutete für uns, den Praxisablauf an diesem Tag leicht improvisieren zu müssen.

Die Patientin war bis auf einen Bandscheibenvorfall an der Halswirbelsäule im Jahre 2013 allgemeinanamnestisch gesund und zeigte folgende Ausgangsbefunde (Abb. 1–5): Vollständiges, parodontal gesundes Gebiss, insuffiziente Keramikverblendkronen an 12, 14, 46 und 47. Die Zähne 46 und 47 wiesen zusätzlich dunkle Ränder mit freiliegendem Dentin auf. Außerdem waren die meisten Zähne mit Keramik- oder Kompositfüllungen versorgt und hatten zum größten Teil Sekundärkaries. Röntgenologisch zeigte sich am Zahn 46 eine Wurzelfüllung, die nicht bis zum Apex reichte, und eine daraus resultierende apikale Transluzenz (Abb. 6). Im Rahmen der funktionsanalytischen Befunderhebung beschrieb die Patientin ein Kiefergelenkknacken sowie regelmäßige Schulter- und Nackenverpannungen. Des Weiteren berichtete die Patientin von dumpfen Kiefergelenkschmerzen, die meistens am Morgen auftraten. Bei der Auskultation der Kiefergelenke hörte man rechts ein terminales Kiefergelenkknacken bei Mundöffnung und initial beim Schließen. Links konnte eine Missempfindung bei kranialer Kompression des Kiefergelenks provoziert werden. Bei aktiver Mundöffnung folgte nach dem Kiefergelenkknacken eine Deflexion nach links. Abrasionen, Zungenimpressionen, keilförmige Defekte und Wangenimpressionen erhärteten den Verdacht einer kraniomandibulären Dysfunktion.

Die ästhetische Analyse wird bei uns im Team erarbeitet, d.h. mit allen Zahnärzten samt Zahntechniker, an einem festgesetzten Tag in der Woche. Wir benutzen hierfür einen selbst entworfenen Analysebogen. Anhand der digitalen Fotos konnten folgende Punkte festgehalten werden: Das Gesicht, von vorne betrachtet, wies eine schwache Seite links (Auge kleiner) und eine starke Seite rechts (Auge größer) auf (Abb. 1). Im Gesichtsprofil erkannte man eine fehlende Oberlippenstütze und eine leichte Verkürzung des unteren Gesichtsdrittels (Abb. 2). Bei leicht geöffneten Lippen konnte festgestellt werden, dass die Längen der oberen vorderen Schneidezähne kurz wirkten und die unteren Frontzähne zu lang erschienen. Als Referenzzahn für die zukünftige Zahnlänge und den zukünftigen Schneidekantenverlauf wurde der Zahn 12 bestimmt (Abb. 3). Bei herzhaftem Lachen fiel eine hohe Lachlinie besonders rechts auf (Abb. 4). Intraoral verliefen die Arkadenbögen der Gingiva sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer unharmonisch, was vor allem durch die verschachtelte Zahnstellung verursacht wurde. Der Zahn 22 stand im Kopfbiss zu 33 und 32, Zahn 11 war nach palatinal gekippt und zu kurz, die unteren Frontzähne standen in Staffelstellung und von den Eckzähnen bis hin zu den Seitenzähnen war eine „locked occlusion", also eine scharfe Verzahnung, registrierbar (Abb. 5). Die Mittellinie zwischen den oberen, mittleren Schneidezähne wich von der Gesichtsmitte um circa 1,5 mm nach links ab. Die

Abb. 2

Abb. 3

Abb. 4

Abb. 5

Abb. 1–5_ Ausgangssituation der 57-jährigen Patientin.

Disharmonie wurde zusätzlich durch die Retroinklination von 11 verstärkt, die zu einer Angulierung der oberen Mittellinie nach links führte (Abb. 7). Bei genauerer Betrachtung der Zahnoberflächen waren Sprünge und Haarrisse im Schmelz zu sehen, die als Folge von Bruxismus und Fehlbelastung zu deuten waren.

Aus den Befunden gingen die Diagnosen hervor, dass der Zahn 46 nicht zu erhalten war, rechts eine anteriore Diskusverlagerung mit Reposition und eine Fehlverzahnung mit Reduzierung der vertikalen Dimension vorlag. Im diagnostischen Wax-up wurden deshalb folgende Ziele festgelegt:

- Bisserhöhung um 1,5 mm am Stützstift des Artikulators
- Überführen der Zähne in eine neutrale Verzahnung
- Harmonisierung der Zahnbögen und des Gingivaarkadenverlaufes und harmonische Verlängerung des Oberkiefer-Schneidekantenverlaufes
- Aufbau einer suffizienten Front-Eckzahnführung und Wiederherstellung eines Höckerreliefs nach dem Okklusionskonzept „freedom in centric" (Abb. 8).

Abb. 6_ OPG zu Beginn der Behandlung.

Abb. 5

Abb. 7

Abb. 8

Abb. 7_ Ausgangsmodell mit gewünschten Veränderungen.
Abb. 8_ Diagnostisches Wax-up.

Nachdem das diagnostische Wax-up erstellt war, wurde es der Patientin zusammen mit dem Therapieplan und einer Kostenaufstellung vorgestellt. Die therapeutischen Maßnahmen beinhalteten eine ausführliche Mundhygieneinstruktion mit professioneller Zahnreinigung, die Extraktion des Zahnes 46 und Versorgung durch ein Direktprovisorium in Form einer Brücke von 45–47, Erneuerung der alten Füllungen mit Aufbaufüllungen, Präparation der Zähne für 360°-Veneers, Abformung, Bissregistrierung und Herstellung von Direktprovisorien bereits mit leichter Bisshebung. Nach einer Tragezeit von circa vier bis fünf Wochen zur Gewöhnung an den gehobenen Biss waren die Eingliederung der definitiven Versorgung und das Einsetzen eines Langzeitprovisoriums an 45 auf 47 vorgesehen. Da man der Patientin mit diesem Plan eine sichtbare Veränderung ihres Lächelns in relativer kurzer Zeit in Aussicht stellen konnte, war sie mit der Insertion eines Implantates Regio 46 und der Versorgung durch Einzelkronen anstelle einer Brücke einverstanden. Nach Abschluss der Arbeit war eine adjustierte Schiene für die Nacht zu empfehlen, da sich der Bruxismus in aller Regel nicht abschalten lässt. Mit dieser stichfesten Planung konnte das Vertrauen der Patientin gewonnen werden, sodass sie sich schon am selbigen Tag entschloss, den Zahn 46 extrahieren und das Direktprovisorium herstellen zu lassen.

Abb. 9–12_ Präparation mithilfe eines Präparationsschlüssels.

Abb. 9

Abb. 10

Abb. 11

Abb. 12

Die Präparation der Zähne erfolgte an zwei hintereinander folgenden Tagen. Der erste Tag umfasste die Behandlung des Oberkiefers mit der Intention, den Arkadenverlauf der Gingiva mit dem Elektrotom zu nivellieren (Abb. 9) und die Zähne unter Zuhilfenahme eines Silikonschlüssels, der anhand des Wax-ups hergestellt worden war, so zu präparieren, dass nicht unnötigerweise wertvolle Zahnhartsubstanz abgetragen wird (Abb. 10). Ziel dieser schablonengeführten Präparation ist es, so viel Schmelz wie möglich zu erhalten, um den festen adhäsiven Verbund zwischen Schmelz und Keramik zu ermöglichen. Nach Anlegen des Gesichtsbogens und Abformung der Zähne wurde ein Direktprovisorium (Luxatemp®) mithilfe des Zahntechnikers hergestellt, das zum Wax-up schon große Ähnlichkeit zeigte. Am darauffolgenden Tag wurde der Unterkiefer präpariert, abgeformt und ein Bissregistrat aus Kunststoff genommen. Das Direktprovisorium wurde je nach Präparationsschritt blockweise hergestellt, um die Bisshöhe zu erhalten (Abb. 11 und 12). Ausgehend von dieser Situation wurde dann das Provisorium unter ständiger Nachkontrolle so aufgebaut, dass eine leichte Bisserhöhung resultierte.

Vier Wochen später war das Zahnfleisch völlig verheilt und die Patientin berichtete, dass sie mit der Höhe und dem Biss bereits sehr gut zurechtkam (Abb. 13). Nach der vorsichtigen Entfernung der Provisorien wurden die dünnen 360°-Veneers im sogenannten „Anprobentermin" zuerst ohne Betäubung aufgesetzt, um die Lachlinie nicht zu verfälschen. Kleine Anmerkung: Aufgrund der aufwendigen und gründlichen Vorplanungen verzichten wir inzwischen auf Rohbrandanproben. Im Rohbrand können sich Patienten aufgrund des fehlenden Glanzes das spätere Ergebnis schwer vorstellen. Wir vereinbaren mit dem Patienten bei umfangreichen Rehabilitationen zwei Einsetzter-

Abb. 13

Abb. 14

Abb. 15

Abb. 16

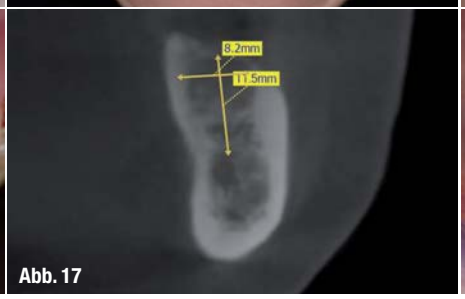

Abb. 17

Abb. 18

mine, wobei wir den ersten Termin gegenüber dem Patienten als „Anprobentermin" bezeichnen. Passt im ersten Termin schon alles, freut sich der Patient umso mehr, wenn er die Praxis bereits mit neuen Zähnen verlassen darf.

Die Keramikschalen stellte unser Zahntechniker Matthias Locher aus IPS e.max® Press-Keramik her. Sowohl ästhetisch als auch funktionell haben wir damit die besten Erfahrungen gemacht. Dabei wählte er die Rohlingsfarbe Value 1 im Seitenzahnbereich, LT A1 für die Zähne 12–22 und Bleach 4 für die Unterkieferfront. Für eine natürliche Translu-zenz im Frontbereich verwendete er das Cut-back-Verfahren und verblendete das koronale Drittel mit IPS e.max® Ceram (Abb. 14). Die Zähne wurden auf die Zahnfarbe A1 coloriert, mit Tendenz zu A2 im Zahnhalsbereich. Die Patientin war von diesem Ergebnis sichtlich begeistert und entschied sich sofort für die definitive Eingliederung (Abb. 15). Die Keramikschalen wurden laut Firmenprotokoll vorbehandelt, d.h. mit VITA Ceramics Etch® für 20 Sekunden angeätzt und mit Monobond Plus® für eine Minute silanisiert. Die Zähne wurden mit Bims und fluoridfreier Polierpaste gereinigt und alle Füllungsflächen mit Aluminiumoxidspray (Körnung ~50 µm) angeraut. Vor dem Einsetzen wurde in den Sulkus jedes Zahnes ein ungetränkter Faden der Größe 000 (KnitTrax™) positioniert (Abb. 16). Die adhäsive Eingliederung erfolgte mit RelyX® Unicem 2. Als Zement für das Langzeitprovisorium (anaxdent) 45–47 wurde TempBond NE® verwendet.

Nach dieser anstrengenden Sitzung gönnte sich die Patientin eine viermonatige Pause, bevor sie zur Implantation Regio 46 erschien. Unmittelbar vor OP wurde ein DVT hergestellt, um die Implantatposition und -größe für Regio 46 sicher vorherzubestimmen (Abb. 17). Verwendet wurde ein Implantat der Firma Astra Tech® 5,0 x 11 mm. Die Einheilzeit wurde auf drei Monate bestimmt.

Mit der definitiven Versorgung der Zähne 45–47 erfolgte der Endspurt der Gesamtrehabilitation. Als Abutment verwendete der Zahntechniker ein Hybridabutment mit Zirkonkeramik der Firma Wieland, Zenostar T sun chroma®, das er mithilfe der CAD/CAM-Technik fräßte. Diese Hochleistungskeramik hat den Vorteil der Einfärbbarkeit, sodass die Krone nicht opak gestaltet werden muss, was einen Verlust der Natürlichkeit mit sich bringen würde. Das Abutment verklebte er auf eine Titanbasis der Firma Medentika®. So wurde Titan mit Titan verschraubt, und der Gingivadurchtritt erfolgte aus polierter Zirkonkeramik. Nachdem das Abutment

Abb. 13_ Provisorien nach vierwöchiger Tragezeit.
Abb. 14 und 15_ Anprobe der 360°-Veneers.
Abb. 16_ Eingliederung mit Adhäsivtechnik.
Abb. 17_ DVT zur Implantatplanung.
Abb. 18_ Vor Eingliederung der Zähne 45–47; 46 Hybridabutment.

Abb. 19 und 20_ Endergebnis nach 1,5 Jahren.

Abb. 19

Abb. 20