



DGÄZ

EINE STARKE GEMEINSCHAFT

Eine Mitgliedschaft, die sich lohnt.

THEMEN

Editorial

PD Dr. Florian Beuer, DGÄZ

.....Seite 411

Vier DGÄZ-Spezialisten aus der Praxis

Dr. Reusch & Partner: Dr. Diether Reusch,
ZTM Paul-Gerd Lenze, ZA Jan Strüder
und ZA Tadas Korzinskas

.....Seite 412

Ästhetischer Fall der

Young Esthetics Preisträgerin 2013:
Ha Vy Hoang-Do, Praxis Dr. Basset

.....Seite 420



Vorwort

Kaffee vom Zahnarzt?



Eigentlich ist das Thema Auslandszahnersatz nichts Neues, trotzdem hat es durch das Angebot eines deutschen Kaffeerösters wieder an Aktualität gewon-

nen. Zweifellos stellt die Herstellung von Zahnersatz für unsere Patienten eine finanzielle Belastung dar. Ob allerdings ein Kaffeeröster als Vermittler dieses Problem zu lösen vermag, muss stark bezweifelt werden. Die Grundintention, die hinter dem Einstieg eines branchenfremden Unternehmens in diesen komplizierten Markt steht, ist klar: Das Unternehmen erwartet sich Gewinne. Das ist nicht verwerflich. Eine Qualitätsdiskussion halte ich für nicht zielführend. Grundsätzlich ist ein in Südostasien tätiger Zahntechniker manuell nicht weniger geschickt als sein deutscher Kollege. Meiner Meinung nach stehen wir hier vor einem ganz anderen Problem: Wenn wir dental weltweit irgendwo noch eine führende Position einnehmen, dann zweifellos in der Zahntechnik. Es wäre nur dumm, aus einer „Geiz ist geil“-Mentalität heraus diesen über Jahrzehnte erarbeiteten Ruf leichtfertig aufs Spiel zu setzen. Wir haben die Wahl: Zahnersatz vom Kaffeeröster oder von unseren Partnern vor Ort. Die Tatsache, dass der Kaffeeröster dasselbe Werbebild benutzt wie die DGÄZ, spricht zwar für die Attraktivität der abgebildeten Frau, ist jedoch von uns weder gewünscht noch zu verhindern.

Herzlichst

Ihr

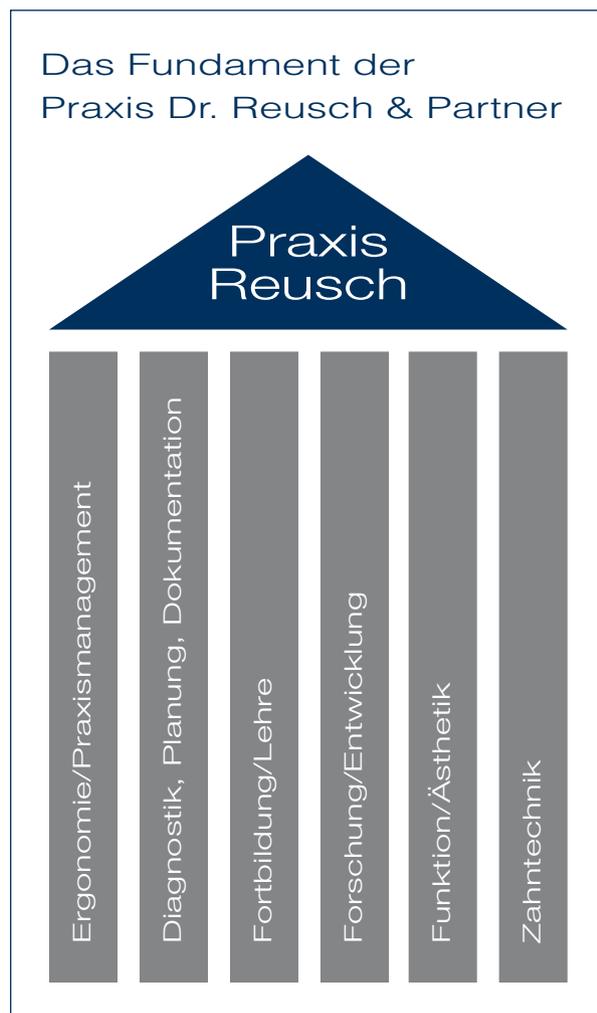
Florian Beuer



Zukunft braucht Herkunft (Odo Marquard)

Vier DGÄZ-Spezialisten aus der Praxis Dr. Reusch & Partner: Dr. Diether Reusch, ZTM Paul-Gerd Lenze, ZA Jan Strüder und ZA Tadas Korzinskas

Das Fundament der
Praxis Dr. Reusch & Partner



Einleitung

Unter einem Spezialisten wird häufig verstanden, dass diese Person von vielem nichts, aber von wenigem sehr viel

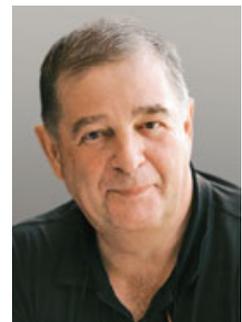
versteht. Ästhetisch, funktionelle Zahnmedizin ist multidisziplinär. Der/die Spezialist/-in benötigt als Fundament seiner/ihrer Tätigkeiten umfassende Kenntnisse aller Fächer der Zahnmedizin sowie hohe manuelle Fertigkeiten bei der Behandlung seiner/ihrer Patienten.

Da eine Person nicht mehr alle beteiligten Disziplinen in Perfektion ausüben kann, bedingt ästhetisch funktionelle Zahnmedizin ein Behandlungsteam, das Hand in Hand arbeitet.

„Staatsexamen 1974 in Mainz“, wenn ich dies schreibe stelle ich fest, dass das Fundament, auf dem unsere Praxis, unser Erfolg und unsere Zufriedenheit mit dem Beruf ruhen, vor 40 Jahren errichtet wurde.

Dr. Diether Reusch

- Spezialist für ästhetische Zahnheilkunde der DGÄZ (2002)
- Spezialist für rekonstruktive Zahnmedizin, Ästhetik und Funktion der EDA (2004)
- Spezialist für Funktionsdiagnostik und -therapie der DGFDT (2004)



ZTM Paul-Gerd Lenze

- Spezialist für ästhetische Zahntechnik der DGÄZ (2002)



ZA Jan Strüder

- Spezialist für ästhetische Zahnheilkunde der DGÄZ (2009)
- Spezialist für rekonstruktive Zahnmedizin, Ästhetik und Funktion der EDA



ZA Tadas Korzinkas

- Spezialist für ästhetische Zahnheilkunde der DGÄZ (2009)
- Spezialist für rekonstruktive Zahnmedizin, Ästhetik und Funktion der EDA
- Inzwischen Mitarbeiter der MKG-Chirurgie der Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

1. Befundung, Planung, Dokumentation, Praxisführung

Dr. Diether Reusch:

Unmittelbar nach meinem Examen 1974 wurde ich in der väterlichen Praxis in Westerburg, Oberwesterwald, gebraucht. Mein Vater war schwer erkrankt. In Westerburg bin ich geblieben, war auch zur Ausbildung in keiner anderen Praxis.

Mehr als 2000 Krankenscheine pro Quartal, Praxisöffnungszeiten von 7 Uhr in der Frühe bis 20 Uhr am Abend, 70 bis 100 Patienten pro Tag, Fünf-Minuten-Zahnmedizin. Keinerlei Terminabsprachen, Patienten mit den unterschiedlichsten Problemen und Schmerzen kamen ungeplant, wann immer es ihnen passte.

Dr. Erich Pillwein beschäftigte sich bereits 1975 mit der Umstrukturierung von einer Lauf- zur Bestellpraxis. Solide, gute Zahnheilkunde bedarf Zeit. Es war für mich ungewohnt, aber wir mussten Behandlungsprozeduren, -dauer und -termine im Voraus planen. Diese Umstellung war ein harter Weg. Es kostete sehr viel Überzeugungsarbeit bei unseren Patienten.

1983 veröffentlichte der Quintessenz-Verlag einen Beitrag von Prof. Dr. Michael Heners, Karlsruhe, und Dr. Bert Wagner, Hamburg, zur Bedeutung der Dokumentation in der zahnärztlichen Praxis. Anton Kratschmar, Wien, veröffentlichte das Buch „Ergonomisches Stoma-Symbol-System für Befundaufnahme, Planung und Behandlungsverlaufskontrolle“. Dieses Buch war für mich ein Meilenstein.

Therapie muss kontrolliert ablaufen. Basis der Therapie sind abgesicherte Diagnosen. Diese gründen auf einer detaillierten Anamnese und Befunderhebung. Über 15 Jahre entwickelte ich eine Dokumentation des ZMK-Status zur Dokumentation der Befunde, der Behandlungsplanung und -verlaufskontrolle. Alle Befunde der Untersuchung,



DIE SPEZIALISTEN FÜR ÄSTHETISCHE ZAHNMEDIZIN



der Röntgen und der Modellanalyse werden grafisch auf einem Formblatt dargestellt.

Eine Fülle von Befunden ist visuell sofort erfassbar. Behandlungsplanung und -verlauf werden farbcodiert dokumentiert. Das Vorgehen bei der Aufnahmeuntersuchung ist so strukturiert, dass in kurzer Zeit alle Anteile des

Kausystems überprüft werden, kompensierte Probleme sichtbar werden, die sich ergebenden Primär Diagnosen für Patient und Kostenerstatter, weitere diagnostische Maßnahmen sowie Therapiewege nachvollziehbar sind.

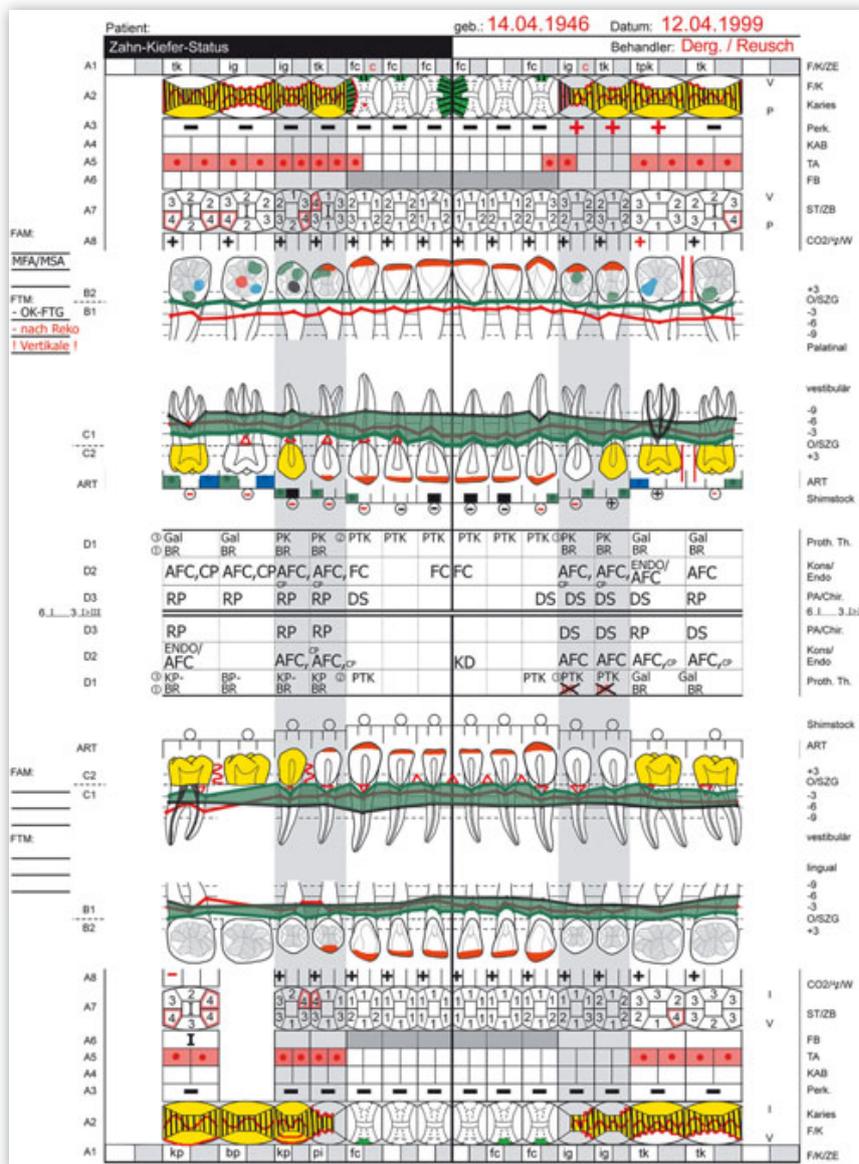
Weitere Formulare zur Behandlungs- und zahntechnischen Planung oder Besprechungsprotokolle gewährleisten

eine detaillierte Dokumentation, einen sicheren Behandlungsablauf, eine überprüfbare Zeit- und damit Kostenplanung.

1989 hielt ich erstmals bei WEKO den Kurs „Synoptische Diagnostik und strategische Behandlungsplanung als Fundament des Praxiserfolges“. 2004 setzte die Firma Dampfsoft die Formulare in ein Computerprogramm um.

2010 startete erstmals der von WEKO und OPTI entwickelte Managementlehrgang „Betriebswirt der Zahnmedizin“, mittlerweile ein Erfolgsmodell. Die besten Prüfungsarbeiten veröffentlicht der Quintessenz-Verlag im

Ausgefülltes Formblatt ZMK-Status



Buch „PraxisOPTimierung“ (Christian Henrici, Diether Reusch).

2. Ergonomie

Die Entwicklung schnelllaufender Motoren und der Turbine machten es notwendig, die Schleifkörper mit Wasser zu kühlen. Es entstand das Problem, dass die Assistenz das Kühlwasser absaugen musste. Der Bad Reichenhaller Zahnmediziner Prof. Dr. Dr. Fritz Schön konstruierte nach Arbeitsstudien eine Behandlungsliege für den Patienten.

Der Zahnarzt stand bei der Behandlung nicht mehr am aufrecht sitzenden Patienten, sondern der Patient lag, Zahnarzt und Assistenz saßen, die **Vierhandtechnik** wurde eingeführt. Ein Team von begeisterten Zahnärzten wie Eberhard Höfling, Kirchen, Dr. Karl-Heinz Kimmel, Koblenz, Dr. Bert Wagner, Weißenstadt, gründeten zusammen mit Prof. Schön den **Arbeitskreis „Zahnärztliche Ergonomie“** auf der 99. DGZMK-Jahrestagung 1973 in Hannover. Ich besuchte viele Kurse bei diesen Vorreitern, bei Dr. Richard Hilger, Düsseldorf, und Dr. Werner Neuhauser, Kempten.

Beim Neubau meiner Praxis 1987 wurde unter ergonomischen Gesichtspunkten geplant und eingerichtet. Bei der Planung stieß ich auf die Firma Flex Dental A/S in Kopenhagen. Flex Dental, heute XO Care A/S, war Pionier bei der Entwicklung arbeitgerechter Units. Ich lernte den Zahnarzt Herluf Skovsgaard kennen, der die Firma bei der Geräteentwicklung beriet, sich intensiv mit

Ergonomie beschäftigte und sein Wissen und seine Erfahrung auf Kursen weitervermittelte. Wir veranstalteten 1988–2001 zahlreiche Kurse mit Herluf Skovsgaard deutschlandweit.

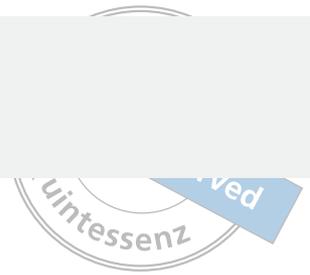
Jan Strüder:

Ich bin seit dem Jahr 2000 Mitarbeiter der Praxis Reusch. Seit fünf Jahren arbeiten Dr. Reusch und ich zusammen mit XO Care daran, die Einführung ergonomischer Arbeitstechniken in der zahnärztlichen Praxis zu erleichtern. Wir entwickelten ein Lehrprogramm zur optimierten Patientenlagerung, zur Halte- und Absaugtechnik, welches in Form eines Flip-Charts am Behandlungsplatz zur Ausbildung genutzt wird (www.westerburgerkontakte.de). Eine Software für einen Bildschirm an der Unit ist in Entwicklung. Zusammen mit meiner Kollegin Dr. Karina Schick und unseren Assistentinnen geben wir bei WEKO regelmäßig Kurse zu diesem Thema. **Gut sitzen, gut sehen, gut arbeiten – gesund bleiben.** Diesen für das zahnärztliche Team wichtigen Leitgedanken müssen wir heute dank unserer Langzeitbehandlungstermine noch erweitern: „Gutes Liegen“ ist für unsere Patienten wichtig und somit auch für die Außendarstellung unserer Praxis.

3. Zahntechnik

ZTM Paul Gerd Lenze:

Seit 35 Jahren kenne ich Dr. Reusch. Ich war im Labor Cäsar in Frankfurt Leiter der Fräsabteilung. Dr. Reusch schätzte uns Zahntechniker sehr. Er war sich bewusst, wie hoch der Anteil



des Zahntechnikers am Gelingen einer Rekonstruktion ist. In der Regel verbrachte er einen Nachmittag pro Woche bei uns im Labor. Als Dr. Reusch 1981 das **Synthese Dental Labor** gründete, wechselte ich nach Westerbürg und übernahm die Leitung der Abteilung „Feine Zahntechnik“.

Die engen Kontakte von Dr. Reusch zu Prof. Slavicek, seinem Zahntechnikermeister Herbert Fischer und zu Arne Lauritzen brachten mich dem Thema „Funktion“ sehr nahe und begeisterten mich. So geprägt ergab es sich wie von selbst, dass es sich beim ersten Kurs, den ich 1982 als Referent gemeinsam mit ZTM Herbert Fischer, Dr. Reusch und Prof. Slavicek leitete, um einen **Aufwachskurs** handelte.

Es folgte unser damals fünf-, heute dreitägiger **Rekonstruktionskurs** „Zahnärztliche Behandlung und Zahntechnik live am Patienten“ mit dem gleichen Team. 1984 ergänzte für mehr als zehn Jahre **ZTM Arnold Wohlwend**, Zürich, der Entwickler des **Empress-Systems**, unser Team. Der Rekonstruktionskurs findet seit 1982 in jedem Halbjahr statt, bisher also über 60-mal.

Aus einem zum Aufwachskurs „Sequenzielle Laterotrusionsführung mit Eckzahndominanz“ geplanten Skript entwickelte sich ein 270 Seiten starkes Buch „**Rekonstruktion von Kauflächen und Frontzähnen**“, auf welches wir heute noch stolz sind (das neu gescannte Buch ist unter www.westerburgerkontakte.de gegen Gebühr abrufbar).

Präzision, Funktion und Ästhetik haben nach wie vor für Praxis und Labor höchste Priorität. Da sich unser Dental-Labor ein Stockwerk über der Praxis befindet, haben wir Kontakt mit unseren Patienten. Meine Kollegen Sascha Fassel, Marc Klein, Dominik Püsch und Stefan Lehnhäuser übernehmen oft – so wie ich selbst – den zahntechnischen Part bei den Westerbürger Kontakten.

Fast eine Selbstverständlichkeit war es, dass Dr. Reusch und ich im Jahr 2002 in Berlin gemeinsam als Team die **Spezialistenprüfung** ablegten.

4. Vom Schüler zum Lehrer/Westerbürger Kontakte

Dr. Diether Reusch:

Nach zwei Jahren Praxistätigkeit, in denen sich alles darum drehte, schneller, effektiver und mehr Patienten zu behandeln, nahm ich 1976 an meinem ersten Kurs an der **Akademie für Zahnärztliche Fortbildung in Karlsruhe bei Prof. Engels** teil. Eine neue Welt tat sich auf. Die meisten Wochenenden des Jahres verbrachte ich danach in Karlsruhe, am IOK Fortbildungszentrum in München, später im Karl-Häupl-Institut, Düsseldorf, und an vielen anderen Orten. Meiner Frau Brigitte wurde das zu viel. Sie bat mich, doch nicht immer weit weg Kurse zu nehmen, sondern die Referenten nach Westerbürg einzuladen. Im Juni 1982 gründete ich mit vier Zahnärzten und einem Kollegen aus der Zahntechnik die „**Westerbürger**

Kontakte“, WEKO, damals „Werkstattkreis für Zahnärzte, Zahntechniker und Zahnarzhelferinnen“. Grundidee war es, für alle Teammitglieder intensive Arbeitskurse im kleinen Rahmen (14 Teilnehmer) in sehr persönlicher Atmosphäre zu schaffen. Die Ehefrauen der Gesellschafter, manchmal auch die Referenten, sollten kochen und bei den gemeinsamen Mahlzeiten durfte diskutiert und am Abend auch getrunken werden. Monika Stiebich, meine ZMF war zuständig für die Vorbereitung der praktischen Kurse, Kornelia Schüchen übernahm das Sekretariat. Fast alle Gesellschafter schieden aus, Frau Stiebich und Frau Schüchen sind heute noch dabei.

Nachdem ich viele Referenten gehört hatte, wollte ich selbst Kurse geben. 1982 leitete ich den ersten Kurs zum Thema Funktion. Viele Kurse zu den Themen Diagnostik, Befundaufnahme, Funktionsdiagnostik und -therapie, Rekonstruktion, Ergonomie etc. folgten. In den vergangenen Jahren waren es im Schnitt 60 Kurstage pro Jahr.

Da wir nur das nach außen tragen, was wir tagtäglich am Patienten praktizieren, sind meine zahnärztlichen Praxismitarbeiter, unsere Assistentinnen und Zahntechniker meist bei den Seminaren als Referenten eingebunden. Mein Leitgedanke war und ist: „Ich bin nur ein guter Lehrer, wenn meine Schüler besser werden als ich“. Dass dies mehrfach gelungen ist, sehen Sie immer, wenn Sie meinen Mitarbeitern auf Kursen zuschauen. Beispielsweise Jan Strüder beim Rekonstruktions- oder

Ergonomiekurs zu beobachten und zu hören begeistert und motiviert.

Jan Strüder:

Diese Aussage möchte ich nicht kommentieren. Aber die Verbindung Zahnarztpraxis, zahntechnisches Labor, Wissenschaft und Fortbildung macht es leicht, auch in Seminaren das zu lehren und zu zeigen, was wir an unseren Patienten praktizieren. Alle Arbeitsgänge sind bis ins Kleinste überdacht und geplant, alles perfekt dokumentiert, und so war es vorhersehbar, dass Tadas Korzinskas und ich 2009 in Kempten die Prüfung zum Spezialisten der DGÄZ und EDA ablegten.

5. Forschung und Entwicklung

Dr. Diether Reusch:

1979 nahm ich erstmals an einem Seminar am IOK Fortbildungsinstitut für Kieferorthopädie und Gnathologie teil, gegründet von den Kieferorthopäden Toni Baldauf, Rolf Diernberger und Ernst Hösl. Hier wurde ich erstmals bewusst mit der Funktion und Dysfunktion des menschlichen Kauorgans konfrontiert.

Hier und an der Akademie in Karlsruhe lehrten Wissenschaftler wie Dawson, Gerber, Gibbs, Lundeen, Ricketts, Stuart, Thomas, Schreinemakers, Wirth und viele mehr. Alle habe ich gehört, geprägt wurde mein Verständnis von Zahnmedizin ganz besonders von zweien: Prof. Arne Lauritzen, ein Präzisionsfanatiker, und Prof. Dr. Rudolf Slavicek, ein charismatischer Wiener.



Sein Verständnis für das menschliche Kauorgan, seine Wege zur Diagnosefindung, seine exakt auf die Probleme des Patienten abgestimmte Therapie und sein Vorgehen, immer wieder inzuhalten, zu kontrollieren und Dinge infrage zu stellen, haben mich tief beeindruckt und geprägt – Danke, Rudi!

Viele Wochen verbrachte ich auf Kursen in Wien. Ich lernte die Innsbrucker Professoren Gausch und Kulmer kennen, war beeindruckt von ihrem Wissen. Die **Bad Gasteiner Woche** war in jedem Jahr ein Meilenstein für die Funktionslehre. Mittwochnachmittags diskutierten vor Hunderten Zuschauern Koryphäen der Funktionslehre hitzig, aber fair ihre Standpunkte zum Thema Funktion und Dysfunktion des Kauorgans. Ähnliches erlebt habe ich nur auf der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Funktionslehre (AGF) in Bad Nauheim, heute Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) in Bad Homburg. Die DGFDT ist heute noch die Gesellschaft, in der ich meine Heimat sehe.

1996 gründeten wir, mein bester Freund ZA Jochen Feyen, Lennestadt, und Ing. Rudolf Cramer, Sachsenkam, die **Synthese Dentale Forschungs- und Entwicklung**. In Kooperation mit der Firma Girrbach in Pforzheim entwickelten wir das **ReFerenCe** Aufzeichnungs- und Artikulatoren-System (ReFerenCe = Reusch, Feyen, Cramer), um die Vorgaben von Rudolf Slavicek bei Diagnostik und Therapie in höchster Perfektion technisch umzusetzen. Es waren acht Jahre intensivster Zusammenarbeit

zwischen Westerburg und Wien. 2004 verkauften wir die Patente an die Firma von Christian Slavicek (www.gamma-dental.com). So ist eine stetige Weiterentwicklung des **ReFerenCe Systems** gewährleistet. Eine große Ehre war es für mich, als mich die DGFDT 2004 zum **Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie** ernannte. 2011 wurde unsere Praxis **akkreditierte Lehr- und Forschungseinrichtung** der Johann-Wolfgang-Goethe Universität in Frankfurt am Main.

Weitere Projekte werden folgen. Ein Buch/eine CD: Rekonstruktion orthognather und dysgnather Patienten nach der Wiener Schule; Anforderung an Okklusion und Artikulation bei Implantatpatienten.

6. Von der Funktion zur Ästhetik/DGÄZ

Nachdem ich 1984 **ZTM Arnold Wohlwend, Zürich**, den Entwickler des **Empress-Systems** traf, änderte sich für mich die rekonstruktive Zahnheilkunde. Minimalinvasive Präparationen und die Adhäsivtechnik, zahnfarbene keramische Materialien eröffneten ohne pulverschädigenden Zahnhartsubstanzabtrag ästhetische und funktionelle Rekonstruktionen bei einem minimalen Trauma. Bis heute, d. h. über ein Vierteljahrhundert, sind wir dem **Empress-System** treu geblieben und haben dies keine Sekunde bereut.

Da es uns diese Technik ermöglicht, auch im Kauflächenbereich mit nur

0,5 mm Substanzabtrag zu präparieren, da die Materialien, z. B. Zirkon, fast unzerstörbar sind, hat bei der Rekonstruktion heute die Berücksichtigung der Funktion, aber auch der Parafunktion höchste Gewichtung.

So war es für mich als zutiefst von der Funktion geprägter Zahnarzt eine große Chance, als ich 1992 in den Vorstand der DGÄZ gewählt wurde. Ich gehörte dem Vorstand von 1992 bis 2009 an, die vergangenen neun Jahre, von 2000 bis 2009, als Präsident.

In dieser Zeit wurden die Prüfungsanforderungen zum **Spezialisten, Curricula** für Zahnärzte/-innen, und Zahntechniker/-innen, der Masterstudiengang der Universität Greifswald in Kooperation mit der DGÄZ entwickelt. Bei allen Prüfungen und Kursen steht Funktion und Ästhetik im Mittelpunkt. Für unsere Mitarbeiterinnen führen wir zwei Wochen-seminare zur DGÄZ zertifizierten PAss Prophylaxe-Assistentin und PAss+ Prophylaxe-Assistentin Plus durch.

Der Vorstand führte und führt die DGÄZ über alle Jahre als tief in der Zahnmedizin verankerte Vereinigung. Ästhetik ist wichtig, aber traumatische Eingriffe nur aus ästhetischen Gründen lehnen wir ab. Der Lohn dieser Seriosität war, dass wir im Jahr 2004 von der DGZMK unter Führung von Prof. Dr. Georg Meyer die Anerkennung als wissenschaftliche Gesellschaft erhielten.

2009 wurde **Univ. Prof. Dr. mult. Robert Sader** zum Präsidenten gewählt. Er führt die DGÄZ mit großem Elan und

als Universitätsprofessor mit vielen Möglichkeiten zur weiteren positiven Entwicklung. 2010 wurde ich zum Ehrenpräsidenten der DGÄZ ernannt. Diesen Titel trage ich mit **Stolz und Dankbarkeit**.

Zukunft braucht Herkunft

So schließt sich der Kreis. Wenn ich mir nach 40 Jahren unsere Zahnarztpraxis anschau, schaue ich auf über Jahrzehnte gewachsene stabile Strukturen:

- **Ergonomie** für perfekte Arbeitsmöglichkeiten, für die Gesundheit von uns Zahnärzten/-innen, unserer Mitarbeiter/-innen und Patienten und deren Wohlbefinden
- **Praxismanagement** für reibungslose Abläufe, zufriedenes Personal und solide Praxisergebnisse
- **Befundaufnahme, Diagnostik, Planung, Dokumentation** als Grundlage jedweder Behandlung
- **Eigene Fortbildung**, aber auch **Lehr-tätigkeit** des Praxisteam, um den zahnmedizinischen Horizont zu erweitern und sich immer wieder zu überprüfen
- **Forschung und Entwicklung** als spannende Komponente des Berufes
- **Funktion und Ästhetik** als Grundlage hochqualifizierter Leistungen
- **Zahntechnik** als unverzichtbare Komponente bei der Rekonstruktion des Kauorgans
- Und nicht zuletzt: Vorbilder und Leitfiguren, die einen selbst prägen.



Ästhetischer Schmelzersatz beim Bruxismuspatienten

Bei älteren Patienten werden wir immer häufiger mit den Problemen Abrasionen und Erosionen konfrontiert. Die Ursachen liegen im Bruxismus, einem exzessivem Putzdruck, in abrasiven Reinigungsmitteln und übersäuerter Nahrung. Ist der Schmelz komplett abradert, beschleunigt sich der Substanzverlust im Dentin. Eine neue „Schutzschicht“ ist gefragt. Hierfür stehen uns heute hervorragende Keramiken zur Verfügung.

Falldarstellung

Unser 60-jähriger Patient wünschte sich schönere Zähne. Ihn störten vor allem die sich ständig verfärbenden Defekte an den Zahnhälsen, die dunklen Dreiecke zwischen den Zähnen und die viel zu kurzen Zähne. Beim Lachen sollte man seine Zähne wieder deutlich sehen können, am besten ohne Lücken und Zwischenräume. Auch heller sollten die Zähne werden. Des Weiteren erwartete unser Patient die Wiederherstellung einer einwandfreien Funktion. Anamnestisch gab er an, nachts zu knirschen, was die Verkürzung der Zähne bis zur Dentinexposition erklärt, aber auch die Fehlbelastung der Zähne und damit das Freiliegen der Zahnhälsen.

Die extraorale Befundung ergab einen Verlust der Vertikaldimension sowie eine bruxismustypische Hypertrophie des M. masseter beidseits. Die oberen

Schneidezähne waren bei entspannter Lippenöffnung kaum und auch bei herzhaftem Lachen nur wenig sichtbar. Ebenfalls auffällig war eine negative Lachlinie. Intraoral wies der Patient abraderte, teils insuffiziente Restaurationen auf. Die Okklusion stand im Kopfbiss auf der rechten Seite und in der Front, auf der linken Seite ist es eine „closed occlusion“. In der dynamischen



Patient in IKP. Abrasionen, Erosionen und dunkle Dreiecke erkennbar.

schen Okklusion zeigte der Patient eine Gruppenführung beidseits.

Therapieplanung

Nach der ästhetischen Analyse wurde ein Wax-up erstellt. Dabei ergab sich das Maß für die notwendige Bisshebung primär aus dem Längen-Breiten-Verhältnis der Schneidezähne. Mithilfe des einartikulierten Wax-up-Modells, den entsprechenden extra- und auch intraoralen Bildern sowie den Röntgenbildern konnte dem Patienten das geplante Ergebnis visualisiert und es konnten im Sinne eines „Backward-Planings“ die



Diagnostisches Wax-up mit notwendiger Bisshebung.

Einzelschritte zum Ziel erläutert werden. Daraus ergab sich der Therapieplan: Extraktion des Zahnes 17 und 48 aufgrund des starken vertikalen Knochenabbaus, Versorgung der Lücke 17 mit einer vestibulär verblendeten Zirkonbrücke (Zenostar pure, Fa. Wieland, Pforzheim) von 18 auf 15 (16 fehlte mit Lückenschluss). Aufgrund der weitreichenden Zahnformveränderungen wurde auf die 360°-Veneer-Technik zurückgegriffen und somit die Versorgung des Seitenzahngbietes mit Presskeramik (IPS e.max Press, Fa. Ivoclar Vivadent, Lichtenstein) geplant, im ästhetisch relevanten Frontzahnbereich im Sinne des Cut-back-Verfahrens mit entsprechendem Verblendmaterial geschichtet (IPS e.max Ceram, Fa. Ivoclar Vivadent).

Therapie

Nach Entfernung der nichterhaltungswürdigen Zähne war zuerst eine systematische Parodontalbehandlung erforderlich. Während der Abheilphase wurden der insuffiziente

Zahnersatz entfernt und die Zähne mit Aufbaufüllungen stabilisiert. Die Präparation erfolgte erst nach Abschluss aller Vorarbeiten an zwei Tagen. Mithilfe von Präparationsschlüsseln, die vom Labor nach dem Wax-up erstellt wurden, waren entsprechend grazile Präparationen möglich, wobei okklusall praktisch kein Abtrag notwendig war. Nur für die Bissumstellung musste jeweils an den tragenden Höckern etwas mehr abgeschliffen werden.

Anschließend erfolgte nach dem Anlegen des Gesichtsbogens die Kieferrelationsbestimmung mithilfe eines vorangefertigten Schlüssels aus provisorischem Restaurationsmaterial (Luxatemp, Fa. DMG), dessen Vertikaldimension der Bisserrhöhung im Wax-up entsprach. Dieser wurde je nach Präparationsetappe immer wieder mit demselben Material erweitert.



Zustand nach Präparation und mit Bissregistrat

Die Abformung wurde mit individuellen Löffeln in der Doppelmischtechnik vorgenommen (Permadyne, Fa. 3M Espe).

Die Provisorien wurden chair side mit Luxatemp angefertigt. Hierfür wurde ein Silikonschlüssel über das Wax-up Modell erstellt, welcher sicherstellte, dass schon während der provisorischen „Testphase“ der Patient sich an



die Ästhetik und Bissserhöhung gewöhnen konnte. Nachdem sich der Patient nach ausführlicher Beratung für die Zahnfarbe A1 entschieden hatte, erfolgte die ästhetische Ausführung der 360°-Veneers in der hauseigenen Premium-Zahntechnik. Dort konnte der Dentalästhetiker die Individualisierung der Zähne durch Colorierung der Value- 1-Rohlinge für den Seitenzahnbereich und die Lebendigkeit des Zusammenspiels zwischen Transluzenz und Opaleszenz durch das Schichten der LT-A1-Rohlinge im Frontzahnbereich zur Geltung bringen.

Bei der Anprobe der fertigen Restaurationen zeigte sich unser Patient mit der Form und Ästhetik der Zähne spontan zufrieden.

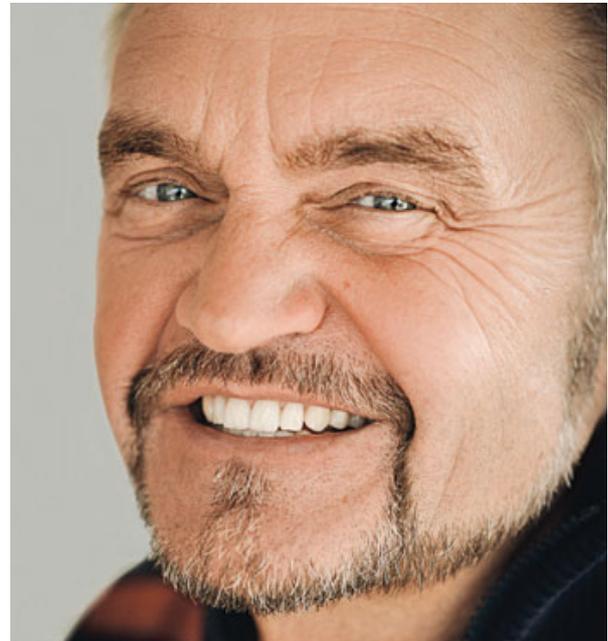


Zustand nach Eingliederung

Nach Reinigung der Zähne und dem Legen von Retraktionsfäden wurde Zahn für Zahn die Restauration adhäsiv befestigt. Selbstverständlich wurde sofort eine neue adjustierte Aufbisschiene hergestellt.

Diskussion

Durch die hohe Festigkeit von e.max Presskeramiken war nur ein geringer Zahnhartsubstanzenabtrag notwendig,



Endergebnis nach erfolgreicher Restauration

was die Entscheidung zur ästhetischen Gesamtanierung begünstigt hat. Die Festigkeitswerte der Presskeramik lassen eine Indikation gerade bei Para-funktionen zu, dennoch ist sicher zu stellen, dass eine Front-Eckzahnführung mit Disklusion der Seitenzähne erreicht wird. Durch die Instruktion zur korrekten Mundhygiene und die Anfertigung einer Schiene sind die Grundvoraussetzungen für einen langfristigen Erfolg gegeben.

In einem kommunikativen Team von Patient, Zahnärzten und ästhetisch fortgebildeten Zahntechnikern ist eine solche Sanierung eine erfüllende Aufgabe.

Dr. Ha Vy Hoang-Do,
Zahnmedizin Zentrum Dr. Basset.
Dr. Uwe Basset (Zentrumsleiter)
Matthias Locher (Zahntechniker).
St.-Johannis-Str. 1, 78315 Radolfzell
hoang-do@dr-basset.de