

# PRAXIS NEWS

DRES WILD, HITZLER, KLENK & PARTNER

## IMPLANTATE - FESTER BESTANDTEIL IN DER HEUTIGEN ZAHNMEDIZIN

Implantate hatten viele Jahre den Hauch des Exotischen. Wenn auch die Zeit, in der nur mutige Patienten bereit waren, sich Implantate setzen zu lassen, schon sehr lange vorbei ist, so interessierten sich doch viele Jahre vor allem Personen, die sich etwas Besonderes leisten wollten, für Implantate. Mittlerweile sind Implantate eine schon fast normale Behandlungsmethode.

Was hat sich in letzter Zeit im Bereich der Implantattechnik getan? Nachdem sich in den letzten Jahren die entscheidenden Grundprinzipien herauskristallisiert haben, kam es vor allem zu einer Verfeinerung in der Planung und Therapie, sowie zu einer Ausweitung der Einsatzmöglichkeiten.

Mit standardisierten Methoden, die ihre Bewährungsphase längst hinter sich gebracht haben, hat man mittlerweile ein hohes Maß an Sicherheit erreicht. Als in der Implantologie erfahrener Zahnarzt kann man dadurch auch immer besser vorhersagen, welche langfristige Prognose eine Implantation hat.

Weiterer Fortschritt wurde vor allem bei den Therapien zur Kompensation geringen Knochenangebots erzielt. Die Weiterentwicklung besteht dabei weniger in völlig neuen Behandlungsmethoden als in einer Verfeinerung und Erweiterung bewährter



Methoden. Zudem sind Grenzen der Knochenaufbautechniken wesentlich klarer geworden.

Generell kommen als Einsatzbereich für Implantate zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit in Frage:

- ◆ der Einzelzahnersatz zur Vermeidung des Beschleifens der Nachbarzähne

- ◆ Ersatz mehrerer Zähne durch mehrere Implantate bei größeren Lücken
- ◆ die Wiederherstellung einer verkürzten Zahnreihe zur Vermeidung herausnehmbaren Zahnersatzes
- ◆ die Verankerung herausnehmbaren Zahnersatzes
- ◆ eine komplette Implantation bei totalem Zahnverlust (ein Implantat je verloren gegangenen Zahn).

Heute ist es fast in jedem Fall möglich zu implantieren. Noch vor 15 Jahren war „zu wenig Knochen“ eine absolute Kontraindikation. Heute können wir in den meisten Fällen über Knochenaufbau und Membrantechnik trotzdem Implantate einsetzen.

Als Hauptthema dieser Ausgabe unserer PRAXIS NEWS geben wir Ihnen auf den folgenden Seiten eine Einführung in die Funktionsweise von Implantaten und zeigen Ihnen auch, welche Techniken wir heute bei reduziertem Knochenangebot einsetzen.

**Jahrgang  
2004,  
Ausgabe 2**

**19.08.2004**

### In dieser Ausgabe:

<i>Implantate - heute</i>	1
<i>Die Integration von Implantaten</i>	2
<i>Der Sinuslift (seitlicher Zugang)</i>	3
<i>Der Sinuslift (Bohrlochzugang)</i>	4
<i>Kunst: Elke Krämer Antje Hieber</i>	5
<i>Camlog - unser Implantatsystem</i>	6
<i>Weißer Zähne - für Jedermann?</i>	7
<i>Info's, Gesundheitspolitik</i>	8

### Themen in dieser Ausgabe:

- *Implantologie*
- *Vorgehensweise*
- *Knochenaufbau*
- *Kunst*
- *Implantatmaterial*
- *Praxisinfo's*
- *Gesundheitspolitik*

## DIE INTEGRATION VON IMPLANTATEN



Abb. 1



Abb. 2

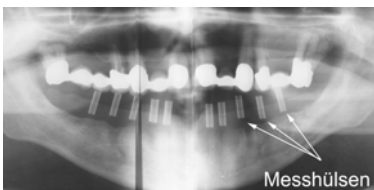


Abb. 3

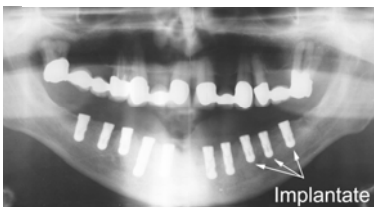


Abb. 4

*„Ein entscheidender Schritt beim Einpflanzen künstlicher Zahnwurzeln ist die Planung des operativen Eingriffs“*



Röntgenbild mit Messschablone



Röntgenbild mit Implantaten

Im folgenden wird dargestellt, wie eine Implantation und die anschließende Versorgung erfolgt.

Ein wichtiger, vorbereitender Schritt beim Einpflanzen künstlicher Zahnwurzeln ist die Planung des operativen Eingriffs. Zuerst wird die exakte Form des Kiefers sowie die Dicke des vorhandenen Knochens ermittelt. Hierfür werden Abdrücke für die Herstellung von Kiefermodellen angefertigt, auf denen Röntgenmessschablonen hergestellt werden. Mit Hilfe dieser Messschablonen wird eine Panoramaröntgenaufnahme hergestellt, die dann ein genaues Messen der Knochenhöhe ermöglicht.

Von Anfang an findet eine enge Zusammenarbeit mit dem Zahntechniker statt, der dann schließlich die geeignete Oberkonstruktion für die Implantate bereitstellt. Der behandelnde Zahnarzt und der Zahntechniker legen nach der Analyse der Modelle gemeinsam die optimale Position für die Implantate fest. Daraufhin fertigt der Zahntechniker eine entsprechende Bohrschablone an, die dann beim Einsetzen der Implantate verwendet wird.

Die von uns verwendeten Camlog®-Implantate sind zylinderförmig und bestehen aus reinem Titan, dessen Oberfläche speziell beschichtet ist.

Titan ist äußerst bruchfest, leicht und absolut bioverträglich, das heißt, Allergien sind unbekannt. Die geeignete Größe wird bei der präoperativen Diagnostik bestimmt. Sie entspricht ungefähr der Größe der Wurzel eines für die Implantationsregion typischen Zahns. Das Camlog-System bietet eine feine Abstufung der Implantatgrößen in Länge und Dicke. Außerdem ist die Verbindung zwischen dem Implantat und der Oberkonstruktion sehr sicher, so dass es zu keinen Schraublockerungen kommt.

Der operative Eingriff selbst kann durch die exakten Instrumente schonend durchgeführt werden. Nach dem Abklappen der Schleimhaut (Abb. 1) wird das Implantatbett mit rotierenden Instrumenten im Kieferknochen vorbereitet (Abb. 2 und 3). Anschließend wird das Implantat eingesetzt (Abb. 4) und die Wunde mit einer Naht dicht verschlossen.

Nach 3 bis 6 Monaten ist das Implantat fest mit dem Knochen verwachsen und kann voll belastet werden. Die individuelle Dauer hängt von der Knochenqualität ab. In der Regel ist die Knochenstruktur im Unterkiefer etwas dichter als im Oberkiefer, so dass das knöcherne Einwachsen dort ein wenig rascher abgeschlossen ist. Bei Bedarf hält eine proviso-

rische Versorgung die Kaufähigkeit während der Einheilphase aufrecht.

Am Ende der Einheilzeit wird die Durchtrittsstelle des Implantats durch die Schleimhaut vorbereitet und anschließend in der aus der Herstellung von konventionellen Kronen und Brücken bekannten Technik abgeformt. Die Durchtrittsstelle durch die Schleimhaut wird so gestaltet, dass das Metall des Implantats nicht sichtbar ist. Das Einsetzen der im zahntechnischen Labor hergestellten Oberkonstruktion schließt die Behandlung ab.

Wir sind heute in der Lage, bei nahezu jeder Knochensituation Implantate einzusetzen und Kronen darauf einzugliedern, die von natürlichen Zähnen fast nicht zu unterscheiden sind. Hierzu verwenden wir auch mikrochirurgische Schleimhautoperationstechniken, da die rote Ästhetik (Zahnfleisch) genauso wichtig wie die weiße Ästhetik (Zähne) ist.

Voraussetzung für eine lange Haltbarkeit ist eine gute Pflege der Implantatkonstruktion und der Schleimhautdurchtrittsstelle, damit dauerhaft Entzündungsfreiheit gewährleistet ist. Unsere Prophylaxespezialistinnen leisten hierbei die notwendige Unterstützung.

## DER SINUSLIFT (SEITLICHER ZUGANG)

Der Sinuslift ist oft die einzige Möglichkeit, trotz geringem Knochenangebot im Oberkieferseitenzahnggebiet eine herausnehmbare Prothese zu vermeiden. Dieser kieferchirurgische Eingriff ist in erster Linie für Patienten hilfreich, die im Oberkiefer im Seitenzahnggebiet keine Zähne mehr haben und festsitzenden Zahnersatz wünschen.

Prinzip dieses Eingriffs ist die Schaffung einer für eine Implantation ausreichende Knochenmenge. Da eine absolute Erhöhung des Kieferkams in den meisten Fällen unmöglich ist und in den wenigsten sinnvoll wäre, ist die teilweise Auffüllung der Kieferhöhle heute die erfolgreichste und beste Möglichkeit.

Die Kieferhöhle dehnt sich nämlich nach dem Zahnverlust in den Bereich der jetzt fehlenden Zähne aus, und der Knochen, der diese Zähne einmal gehalten hat, baut sich hierdurch ab.

Diesen Bereich füllen wir mit eigenem Knochen und / oder einem Knochenersatzmaterial wieder auf und setzen hier Implantate. Eigenen Knochen entnehmen wir meistens in der Nähe der Implantationsstelle. Häufig ist eine Knochenentnahme jedoch nicht nötig, da moderne Knochenersatzmaterialien zu gleichen Ergebnissen

führen. Das bei uns eingesetzte Knochenersatzmaterial entspricht in der chemischen Zusammensetzung eigenem Knochen und verfestigt sich im Laufe der nächsten Monate in soliden Knochen.

Die Vorgehensweise ist vom Prinzip her relativ einfach, die Durchführung aber durch die Feinheit der beteiligten anatomischen Strukturen eher schwierig und erfordert ein gefühvolles Gewebemanagement.

In unserer Praxis hat sich die folgende Methodik bewährt: Wir öffnen die Schleimhaut an der Implantationsstelle (Abb. 1). Die darunter liegende Knochenwand der Kieferhöhle wird sehr vorsichtig in einer Größe von ca. 5 auf 10 mm unter absoluter Schonung der Kieferhöhlenschleimhaut entfernt.

Letztere wird nun, ebenfalls sehr vorsichtig, mit feinsten und speziell hierfür geformten Instrumenten nach innen geschoben, die Kieferhöhle bleibt hierdurch ungeöffnet und wird in ihrer Funktion nicht beeinträchtigt (Abb. 2).

Der dabei entstehende Raum zwischen Knochen und Kieferhöhlenschleimhaut wird jetzt mit eigenem Knochen und / oder einem Knochenersatzmaterial aufgefüllt, die Implantate wie gewohnt gesetzt (Abb. 3). In man-

chen Fällen ist es angebracht, den Kieferkamm auch zu verbreitern. Bei dieser Technik wird eigener Knochen oder Knochenersatzmaterial seitlich aufgebracht und mit einer speziellen Membrane abgedeckt. Diese erfüllt die Aufgabe, das schneller wie Knochen wachsende Bindegewebe von der Aufbauregion fernzuhalten. Je nach Situation kann man Membranen verwenden, die sich von selbst auflösen, andere müssen später entfernt werden.

Zum Schluss wird die Schleimhaut mit feinstem Nahtmaterial wieder verschlossen.

Nach 6 Monaten, in Extremfällen nach ca. einem Jahr, können die Implantate wie gewohnt mit Kronen versorgt werden (Abb. 4).

Dieser Eingriff ist relativ risikoarm. Einzige, zusätzlich mögliche Komplikation ist ein Riss in der Kieferhöhlenschleimhaut, da hierbei Mund- und Nasenhöhlen nicht mehr voneinander getrennt sind und eine Infektion stattfinden kann. In diesem Fall brechen wir den Eingriff ab, es sei denn, wir können den Riss sicher verschließen.

Für uns ist der Sinuslift-Eingriff heute eine unverzichtbare Behandlungsmöglichkeit mit im allgemeinen sicher vorhersagbaren Ergebnissen geworden.



Abb. 1

Abb. 2

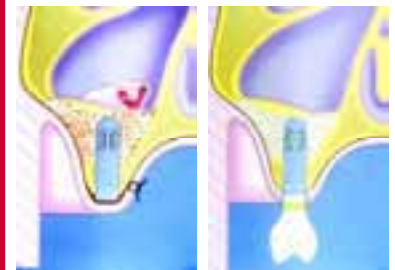


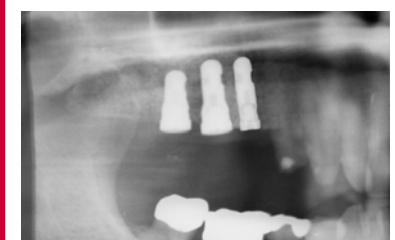
Abb. 3

Abb. 4

*„Prinzip dieses Eingriffs ist die Schaffung einer für eine Implantation ausreichende Knochenmenge“*



Röntgenbild mit Messkugel



Röntgenbild mit Implantaten

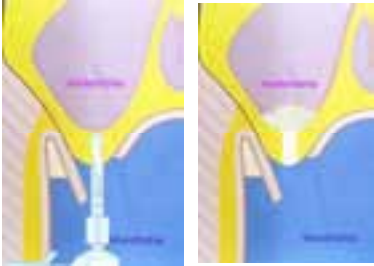


Abb. 1

Abb. 2



Abb. 3

Abb. 4

*„Das Knochenersatzmaterial wird durch das Implantatbohrloch eingebracht“*



Messaufnahme, ca. 7 mm Knochen



Deutlich sichtbarer Knochenaufbau mit 13 mm Implantat

## DER SINUSLIFT (BOHRLOCHZUGANG)

Eine andere Möglichkeit, Knochen in der Kieferhöhle aufzubauen, ist der Sinuslift ohne seitlichen Zugang. Hier wird die Kieferhöhlenschleimhaut nur durch das Bohrloch präpariert und das Knochenersatzmaterial wird durch das Implantatbohrloch eingebracht.

Das Implantat wird hier immer sofort eingesetzt.

Diese Methode kann immer dann eingesetzt werden, wenn eine Restknochenhöhe von mindestens 5 mm vorhanden ist und die Kieferhöhlenform über der geplanten Implantationsstelle im Röntgenbild übersichtlich erscheint. Des Weiteren kann man im Allgemeinen nur ein, maximal zwei Implantate so setzen.

Die Vorteile liegen auf der Hand: kleinerer Operationszugang, es muss weniger Knochen geopfert werden, weniger Schwellung, unproblematischere Heilung.

Leider gibt es selten Vorteile ohne Nachteile: bei Einriss der Schleimhaut ist keine Reparatur möglich, also Abbruch des Eingriffs. Des Weiteren hat man eine wesentlich schlechtere Übersicht, und somit auch keine 100%ige Sicherheit, dass die Schleimhaut intakt geblieben ist. Auch muss der Kieferknochen eine genügende Breite aufweisen, eine gleichzeitige Verbreiterung ist mit

dieser Methode nicht möglich.

Also müssen wie immer Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen werden und die bestmögliche Methode gewählt werden.

Im folgenden wollen wir Ihnen den Verlauf der Behandlung bei dieser Methode im Einzelnen erklären:

Wie immer erfolgt zuerst die genaue Planung der Implantatposition und die röntgenologische Messung der Knochenhöhe mit Hilfe der im Labor angefertigten Mess- und Bohrschablone. Dann wird wieder zuerst die Schleimhaut über der geplanten Implantationsstelle geöffnet. Allerdings muss wesentlich weniger freigelegt werden als bei einem seitlichen Zugang. Mit einem Vorbohrer wird die Richtung des Implantates vorgegeben, die Bohrtiefe beträgt immer einen Millimeter weniger als die Messung der Restknochenhöhe ergab (Abb. 1). Anschließend wird das Bohrloch bis zum geplanten Implantatdurchmesser erweitert.

Mit Spezialinstrumenten präpariert man nun die Kieferhöhlenschleimhaut durch das 4-5 mm große Loch und hebt sie an. Nun bringt man das Knochenersatzmaterial, häufig vermischt mit Eigenknochen von der Bohrung, in den entstande-

nen Hohlraum ein (Abb. 2). Das Implantat wird eingesetzt und der Schnitt dicht vernäht (Abb. 3).

In der Regel nach 6 Monaten, oder nach 9 Monaten bei wenig Restknochen, wird das Implantat wie üblich mit einer Krone versorgt (Abb. 4).

Die größte Problematik kann bei beiden Methoden die Qualität der Kieferhöhlenschleimhaut sein.

Einrisse der manchmal extrem dünnen Membran bei der Anhebung oder später (bevor das Aufbaumaterial verknöchert ist) zum Beispiel durch starkes Niesen oder Schnäuzen, oder extremer Druckaufbau durch Luftballons aufblasen o.ä. können zur Infektion des Aufbaumaterials führen.

Auch Rauchen verdoppelt statistisch gesehen das Verlustrisiko.

Die Haltbarkeit dieser Implantate ist jedoch trotzdem nahezu wie bei diejenigen, die im Gesamten im eigenen Knochen eingesetzt werden konnten. Umso mehr Restknochen jedoch vorhanden ist, umso kürzer kann die Zeit bis zur Belastung gewählt werden und das Verlustrisiko in der Einheilungsphase sinkt.

Zum Sinuslift mit seitlichem Zugang gibt es bezüglich der Haltbarkeit keine statistischen Unterschiede.

## KUNST IN DER PRAXIS

Ohne Kunst wäre unser Leben arm. Für den modernen Menschen ist Kunst fester Bestandteil des Lebens. Zur Bereicherung unserer Praxis stellen Künstler in wechselnden Ausstellungen

ihre Gemälde bei uns aus. Wir freuen uns, Ihnen derzeit die Werke von Frau Elke Krämer und Frau Antje Hieber präsentieren zu dürfen. Die Ausstellung in der Praxis umfasst ca. 30

Objekte und Gemälde, die Sie gerne bei uns betrachten können.

Elke Krämer, Tannenbergrasse 1, 70374 Stuttgart, Tel: 0711/527711  
Antje Hieber, Unterm Hauwald 18, 71384 Weinstadt, Tel: 07151/606941

### ELKE KRÄMER

Mein Antrieb ist die Freude am "prallen Leben", die der Gestaltung des Beobachteten oder Erlebten voraus geht.

Da der Humor in der Kunst selten den Stellenwert hat, ist eben ihn auszudrücken mein Anliegen.

1974 begann ich mit ersten autodidaktischen Arbeiten, gefolgt von einem Studium 1978 an der

Internationalen Sommerakademie Salzburg, 1981 Ausstellungen in Bad Wildbad und Stuttgart, 1982 in Florenz—Galeria Pazzagli.

1988 gewann ich einen Wettbewerb in USA und arbeitete in Michigan.

Seit 1989 steht meine Plastik „Der Enteklemmer“ am Thaddäus-Trollplatz in Bad Cannstatt.

Es folgten 1990 Ausstellungen in der Galerie

Götz, Stuttgart, 1991 in der Deutschen Bank, Stuttgart, 1994 bei „Broncezeit in Süssen“, 1995 bei „Europäische Bildhauer in Wesel“, 1996 in Bad Herrenalb, 1997 bei „Europäische Bildhauer im Blühenden Barock“, Ludwigsburg, 2002 bei „Kunstwege in Süssen“, 2003 bei „Mach-art“ in Stuttgart, 2004 bei „artbreit“ in Marktbreit.

### ANTJE K. HIEBER

Geboren und aufgewachsen in Stuttgart-Bad Cannstatt, machte ich 1982 Abitur an Elly-Heuss-Knapp-Gymnasium in Bad Cannstatt. Von 1982 an studierte ich Textildesign an der Akademie der Bildenden Künste in Stuttgart, wo ich 1987 meine Diplomprüfung ablegte.

Bis zur Geburt meiner ersten Tochter 1992 war ich bei Daimler-Chrysler im Designbereich in Sindelfingen, wo ich mich mit der Farb- und Materialkonzeption von Autointerieurs und der Designbetreuung einer Sonder-

serie beschäftigte.

1998 fing ich an, im Atelier meiner Mutter, der Bildhauerin Elke Krämer zu arbeiten, wo meine ersten Collage-Bilder und Leuchtobjekte entstanden. Ich fand es schon immer spannend, dreidimensionale Bilder zu schaffen und z.B. „ready mades“, also fertigte Elemente (künstliche Früchte oder Fische, Schrauben, Federn, Muscheln oder Steine) in meinen Bildern zu verarbeiten, die in einen gemalten Hintergrund integriert werden.

Auch sehr reizvoll finde

ich Bilder, die aus mehreren Einzelteilen zu einem Neuen, Ganzen zusammengefügt werden.

Seit 2002 ist unser Atelier mit kleinem Ausstellungsraum in Weinstadt-Strümpfelbach, wo ich mit meinem Mann und zwei Töchtern wohne.

Meine Bilder sollen gute Laune bereiten und durch ihre meist intensive Farbigkeit und durch die Motive Lebensfreude vermitteln.

Gerne gehe ich, soweit möglich, auf Format- oder Farbwünsche ein, um Ihnen „Ihr“ spezielles Bild zu gestalten.



*„Da der Humor in der Kunst selten den Stellenwert hat, ist eben ihn auszudrücken mein Anliegen“*





Abb. 2

*„Heute sind einfache, aber dennoch sichere Systeme für den Zahnarzt und den Patienten gefragt“*



Abb. 3

## CAMOLG - UNSER IMPLANTATSYSTEM

Unglaubliche wissenschaftliche Fortschritte, Technologie- und Werkstoffentwicklungen haben besonders in den letzten 20 bis 30 Jahren neue Dimensionen in der zahnmedizinischen Versorgung der Menschen eröffnet.

Zahnimplantate, zunächst nur als Verankerung für herausnehmbaren Zahnersatz (Prothesen) konzipiert, werden heute in erster Linie für komplette Wiederherstellungen, als Einzelzahnersatz oder im reduzierten Restgebiss zur Pfeilervermehrung eingesetzt

Diese Entwicklung ist begleitet von dem Wunsch des Patienten nach feststehendem Zahnersatz (Kronen und Brücken). Auch die Abneigung gesunde Zähne beschleifen zu lassen, um die fehlenden Zähne mit Brückengliedern zu ersetzen, endet logischerweise im Wunsch nach Implantaten.

Das neue Implantatsystem, basierend auf 25-jähriger klinischer Erfahrung des Vorgängersystems, zeichnet sich besonders durch sein biomechanisches Grundkonzept aus. Altbewährtes wurde aufgrund der langjährigen Behandlungserfolge beibehalten, wie zum Beispiel die äußere Gestalt des Implantates in der Form eines

Zylinders oder einer zylindrischen Schraube, sowie dessen spezifische Oberflächenstrukturierung, um eine optimale knöcherne Einheilung (Osseointegration) zu erzielen.

Heute sind einfache, aber dennoch sichere Systeme für den Zahnarzt und den Patienten gefragt.

Durch die neuartige Camlog®-Verbindung des Implantates mit dem Aufbau, dem Verbindungselement zwischen Implantat und Krone, ist ein noch stabileres Implantatsystem entwickelt worden. Durch das neuartige tube-in-tube Design (siehe Abb. 1 und 2)



Abb. 1

wird eine besonders bruch- und absolut rotati-

onsstabile Verbindung zwischen Implantat und Implantataufbau erzielt. Dieses System gestattet erstmals sicher und zu verlässlich eine Zahn- für Zahn- Restauration auch im Gebiet der Seitenzähne.

Des Weiteren führt die Erweiterung des Implantatkörpers im oberen Bereich (Abb. 3) zu einer besonders guten Abdichtung zum Knochen. Somit wird ein extrem dichter Verschluss zwischen dem Implantat und dem präparierten Implantatbett sichergestellt. Die Gefahr des Hineinwachsens von Bindegewebe zwischen Implantat und Knochen wird hierdurch auf ein Minimum reduziert. Das Implantat kann im Knochen stabil einheilen. Der langfristige Erfolg wird somit vorhersehbar.

Denken Sie, vor allem als Implantatträger, immer daran: Ein gesundes Weichgewebe um Zähne oder Implantate herum ist die Grundvoraussetzung für den Langzeiterfolg von Zahnersatz, und vor allem von implantatgestütztem Zahnersatz. Regelmäßige Kontrollen bei uns, sowie perfekte tägliche durchgeführte Mundhygiene können langfristig den Behandlungserfolg sichern und Ihnen Ihr wiedergewonnenes Lebensgefühl erhalten.

## WEISSE ZÄHNE FÜR JEDERMANN?

Ein strahlendes Lächeln - wer träumt nicht davon, trägt es doch ganz wesentlich zu unserem Wohlbefinden bei. Gerade die oberen Schneidezähne sind maßgebend für ein harmonisches Lächeln.

Bleichbehandlungen an den Zähnen sind bereits seit Mitte des letzten Jahrhunderts bekannt. Die meisten Patienten lassen ihre Zähne aus kosmetischen Gründen bleichen, können doch Verfärbungen der Zähne zu ästhetischen, aber auch psychischen Beeinträchtigungen führen.

Äußere Beläge durch Kaffee, Tee, Rauchen, aber auch durch Medikamente können in der Regel durch eine professionelle Zahnreinigung in der Praxis entfernt werden. Zahncremes, die ein strahlendes Weiß versprechen, enthalten zu meist grobe Putzkörper, die einen starken Abrieb verursachen. Diese führen zwar kurzzeitig zu einer mehr oder weniger guten Beseitigung der Verfärbungen, greifen jedoch auf Dauer den Zahnschmelz irreversibel an. Diese Zahnpasten können den Farbton des Zahnes nicht verändern!

Als Ursache für Zahnverfärbungen kommen unterschiedliche Möglichkeiten in Betracht. Zum einen werden die Zähne auf ganz natürliche Weise mit zunehmendem Alter durch Farbstoffeinlagerung dunkler, zum

anderen können Unfälle an den Schneidezähnen oder eine tiefe Karies zu einer Wurzelkanalbehandlung führen. Diese toten Zähne nehmen ebenfalls eine dunklere Farbe an. Einzelne verfärbte Frontzähne, die noch wenig gefüllt sind, werden in der Zahnarztpraxis durch eine bleichende Einlage in den Zahn aufgehellt. Nach wenigen Tagen und zwei- bis dreimaligem Austausch des Medikaments ist der gewünschte Farbton erzielt und der Zahn wird mit einer hochwertigen Kunststofffüllung versorgt. Eine aufwendige Überkronung kann somit oftmals vermieden werden.

Bei lebenden Zähnen wird das Bleichmittel von außen aufgebracht. Wir unterscheiden folgende Möglichkeiten:

Die heute sicherlich effektivste Methode besteht im Bleichen direkt in der Praxis mit sehr wirksamen Bleichmitteln, die durch Plasmalicht aktiviert werden müssen. Einziger Nachteil dieser Methode: da sie bis zu 2 Stunden in der Praxis dauert, sind die Kosten sehr hoch.

Eine andere, ähnlich wirksame Methode ist Bleichen mit individuell angefertigten Schienen. Dazu wird ein Abdruck vom Gebiss gemacht. Der Patient kann dann das aufhellende Gel in das Reservoir der Bleichschienen einfüllen. Diese

Schienen trägt man 1-3 Stunden täglich und kann schon nach 2 bis 3 Wochen ein sehr gutes Ergebnis erzielen. Sollten die Zähne im Laufe der Zeit wieder nachdunkeln, können diese Schienen wieder verwendet werden.

Eine weitere Methode besteht in der Applikation von Kunststoffstreifen, die mit einem Bleichmittel getränkt sind, die so genannte Whitestrip-Professional-Technik. Diese Medikamententräger werden zu Hause 3 Wochen lang 2 mal täglich auf die Frontzähne aufgeklebt. Das bleicht zwar nur im Frontzahnbereich, ist aber dafür sehr preisgünstig.

Seit kurzem ist in den Apotheken ein niedriger dosiertes Bleichmittel (unkontrollierte Nebenwirkungen) mit kürzerer Anwendungsdauer (nur 2 Wochen) frei verkäuflich. Die mäßige Wirkung hält häufig nur etwa 6 Monate an.

Wir empfehlen auch beim Home-Bleaching ständige Kontrolle, da es beim Bleichen über einen längeren Zeitraum zur Überempfindlichkeit der Zähne oder auch zu Irritationen am Zahnfleisch kommen kann. Außerdem ist es auch wichtig zu beachten, dass Kunststofffüllungen oder Keramikronen ihre Farbe nicht verändern.

Bleibende Schäden sind durch Bleaching nicht zu befürchten.



Vor dem Bleichen



Nach dem Bleichen

*„Die heute sicherlich effektivste Methode besteht im Bleichen direkt in der Praxis“*



Vor dem Bleichen



Nach dem Bleichen

**Dres. WILD, HITZLER, KLENK & PARTNER**  
Zahnärzte

Implantologie  
Parodontologie

Charlottenhochhaus  
Charlottenplatz 6  
70173 Stuttgart

Neu ab 17.07.2004:

Behandlungszeiten: Mo-Fr: 7-21, Sa 9-12 und 13-17 Uhr  
Terminvereinbarung: Mo-Fr: 8-20, Sa 9-12 und 13-17 Uhr

Telefon: 0711 - 23 24 25

Fax: 0711 - 236 61 62

E-Mail: [praxis@zahnarzt-stuttgart.com](mailto:praxis@zahnarzt-stuttgart.com)

---

SIE FINDEN UNS AUCH IM WEB!

[WWW.ZAHNARZT-STUTTGART.COM](http://WWW.ZAHNARZT-STUTTGART.COM)

[WWW.ZAHNARZT-STUTTGART.DE](http://WWW.ZAHNARZT-STUTTGART.DE)

---

**NEU IN UNSEREM TEAM:**



Dr. Ovidiu Smarandache



Heike Geng



Alexandra Kuhn



Jessica Altrath



Nelli Abelgans

## GESUNDHEITSREFORM 2005? WAS ÄNDERT SICH?



Genau Aussagen hierzu sind natürlich wie bei jeder zurückliegenden Gesundheitsreform erst am Tage des Inkrafttretens möglich (und selbst dann kommen noch die nachträglichen Änderungen).

Im Augenblick gilt zumindest Folgendes als sicher:

Bei der Zahnbehandlung (Füllungen, Zähne ziehen, kleine Operationen u.ä.) und der Parodontitisbehandlung bleibt alles wie bisher, d.h. die Leistungen werden über die Versichertenkarte abgerechnet.

Der Zahnersatz hingegen (Kronen, Brücken, Teil- und Vollprothesen, Re-

paraturen) wird aus der gesetzlichen Versicherung herausgenommen und **muss** privat versichert werden.

Das geht automatisch bei der bisherigen gesetzlichen Versicherung für einen Betrag von wahrscheinlich 6-7 € pro Monat.

Diese Versicherung deckt dann ungefähr den bisherigen Kassenzuschuss ab, allerdings gibt es keine prozentualen Zuschüsse mehr, sondern befundorientierte Festzuschüsse.

Das hat den Vorteil, dass man wahrscheinlich auch für bisher nicht bezuschussungsfähige Behandlungsmethoden

(Implantate?) Geld in Höhe der Standardlösung von der Kasse bekommt.

Allerdings hat man auch die Möglichkeit, Zahnersatz bei privaten Versicherungen zu versichern. Sicher für manche die bessere Lösung, da man hier sicherlich noch weitergehende Behandlungsmethoden wie z.B. Inlays, Prophylaxe o.ä. mit abdecken kann.

Da die Bedingungen im Moment noch nicht klar sind, sollte man zur Zeit keine Zusatzversicherung abschließen, weder bei gesetzlichen, noch bei privaten Versicherungen.