



DGÄZ

# EINE STARKE GEMEINSCHAFT

Eine Mitgliedschaft, die sich lohnt.

## THEMEN

Editorial Dr. Florian Rathe .....	Seite 429
Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. Georg B. Meyer .....	Seite 431
Erstes Sylter Symposium für Ästhetische Zahnmedizin .....	Seite 432
Prof. Dr. Dr. mult. Robert Sader im Gespräch .....	Seite 435
Die Spezialisten der DGÄZ Dr. Mark Thomas Sebastian .....	Seite 437
PKV fordert Rückzahlungen .....	Seite 440



Vorwort

**Liebe DGÄZ'lerinnen und DGÄZ'ler,**



ob Young Generation der DGZI oder next Generation der DGI und DGP – alle zahnmedizinischen

Fachgesellschaften kämpfen um Mitglieder. Speziell um junge Mitglieder, eben die nächste Generation. Natürlich bestehen die Fachgesellschaften bereits seit Generationen, doch diese nächste Generation unterscheidet sich erheblich von allen vorherigen. Zum ersten Mal kann man von einer Feminisierung der Zahnmedizin sprechen, war doch bisher die Zahnmedizin eher männlich geprägt. Auf den hohen Frauenanteil werden sich die Fachgesellschaften und die Fortbildungslandschaft einstellen müssen. Zeigen doch reine Frauenverbände wie z. B. Dentista jetzt schon, dass sich nicht alle Kolleginnen in den von Männern dominierten Fachgesellschaften und Fortbildungen ganz wohl und abgeholt fühlen. Doch nicht nur der hohe Anteil von Kolleginnen macht diese Generation so besonders, es ist auch die Generation der sogenannten "Digital Natives", einer Generation, die in einem Umfeld von Internet und mobiler Kommunikation groß geworden ist. Die Technologieaffinität dieser Generation wird nicht nur das zahnärztliche Arbeiten grundlegend verändern, sondern auch das Fortbildungsangebot der Fachgesellschaften. Es werden mehr und neue Möglichkeiten des E-Learnings sowie virtuelle Foren zum Erfahrungsaustausch geschaffen werden müssen. Hinzu kommt, dass die „Digital Natives“ auch Generation Y genannt werden. Der Buchstabe Y (im Englischen: why, dt. warum) soll auf das charakteristische Hinterfragen der Generation Y verweisen. Hier steht zunächst die Frage nach dem persönlichen Vorteil im Vordergrund.





Dies soll laut Gesellschaftswissenschaftlern unter anderem auch ein Grund für den mangelnden Nachwuchs bei Vereinen und Feuerwehren sein. Um nicht in das gleiche Dilemma zu geraten, muss das Fortbildungsangebot der Fachgesellschaften sehr viel individueller gestaltet werden.

Wie eingangs erwähnt hat der Kampf um die jungen Kolleginnen und Kollegen nicht erst begonnen, er ist bereits im vollen Gang. Die DGÄZ hat sich den geänderten Anforderungen entsprechend neu aufgestellt – und grenzt sich damit von anderen Fachgesellschaften ab. Die DGÄZ wird in diesem Jahr, ähnlich den ästhetischen Foren, viele lokale

Fortbildungsangebote über die „Young Esthetic Circles“ anbieten. Diese lokalen Fortbildungszirkel lassen eine viel individuellere Betreuung der Mitglieder zu. Hier können die jungen Mitglieder ihre Fortbildungsthemen selbst aussuchen, die auch betriebswirtschaftliche Themenkomplexe umfassen können.

Es liegt noch viel Arbeit vor uns, aber mit diesem Konzept sehe ich die DGÄZ gut gerüstet.

Mit herzlichen Grüßen  
Ihr Dr. Florian Rathe MSc

## Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. Georg B. Meyer

Geboren wurde ich 1948 in Bad Bevensen/Lüneburger Heide. Nach Abitur und Militärdienstzeit studierte ich ab 1970 an der Universität Göttingen Landwirtschaft und schloss dieses mit dem Vordiplom (Bachelor) ab. Parallel hierzu erfolgte ein Zahnmedizinstudium, das ich 1976 mit dem Staatsexamen beendete. Danach wurde ich wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie bei Prof. Dr. Dr. h.c. Alex Motsch, meinem insbesondere in der Funktionslehre sehr renommierten akademischen Lehrer, der mich sehr geprägt und gefördert hat. Nach der Promotion 1981 mit einem parodontologischen Thema und der Habilitation 1987 auf dem Gebiet der Funktionslehre hatte ich 1988 eine Gastprofessur an der Universität von Minneapolis/USA mit einem Forschungsprojekt im Bereich der Biomaterialien. Nach Professuren in Freiburg, Jena und Greifswald erhielt ich den Lehrstuhl für Zahnerhaltung, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde an der Universität in Greifswald. Trotz damals drohender Schließung der Zahnklinik gelang es, mit motivierten und engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie der Besetzung vakanter Professorenstellen durch teamfähige Kollegen den Fortbestand der Greifswalder Zahnmedizin zu sichern, einen wunderschönen Neubau durchzusetzen und nunmehr eine Spitzenposition unter allen deutschen Zahnkliniken zu erreichen. Seit über 20 Jahren war es mein Ziel, in Forschung, Lehre und Krankenver-

sorgung medizinische Aspekte unseres Berufsstandes aufzuzeigen. In meiner Zeit als Präsident der DGZMK von 2004 bis 2007 gelang es mir, eine medizinische Denkweise in unserem Berufsstand voranzutreiben. Das hat der Zahnmedizin 2005 geholfen, als der Wissenschaftsrat der Bundesrepublik Deutschland in einem klaren Statement die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde als integraler Bestandteil der gesamten Medizin auswies und anerkannte. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde von Politikern immer wieder versucht, die Zahnmedizin aus den medizinischen Fakultäten herauszulösen und kostensparend an Fach-(Hoch-)schulen o. Ä. anzusiedeln. Aufgrund meiner Mitarbeit in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien sowie aufgrund von Einladungen zu Kursen und Vorträgen habe ich bisher mehr als 50 unterschiedliche Länder besucht. Einer meiner persönlichen Höhepunkte war in diesem Rahmen die Verleihung eines Ehrendokortitels an der staatlichen Moskauer Universität für Medizin und Zahnmedizin im Jahre 2006. Mit meinem beruflichen Hintergrund und den Erfahrungen, die ich in all den Jahren meiner Tätigkeit für die Zahnmedizin gesammelt habe, übernehme ich gern im Vorstand der DGÄZ den Schwerpunkt „Internationale Beziehungen“.



Univ. Prof. Dr. Dr. h.c.  
Georg B. Meyer



## Erstes Sylter Symposium für Ästhetische Zahnmedizin Ein Treffen in schönster Harmonie

**Das Konzept des neu etablierten Sylter Symposiums der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin erwies sich als Zugpferd. DGÄZ-Präsident Prof. Dr. mult. Robert Sader konnte 100 Kolleginnen und Kollegen am Himmelfahrtswochenende Anfang Mai auf der Nordsee-Insel begrüßen.**



Sylt – der passende Ort für die DGÄZ

„Der Termin war gut gewählt, die Location stimmte, wir haben hochkarätige Referenten aus Forschung und Praxis mit spannenden Vorträgen gehört, intensiv über Fachgrenzen hinweg diskutiert und auch Spaß gehabt – was will man mehr?“ Der Plan von Prof. Dr. mult. Robert Sader und seinem Team war aufgegangen: Ein neues Format – das Sylter Symposium – wird das Fortbildungsangebot der Gesellschaft zukünftig am Himmelfahrtswochenende bereichern.

Der technik- und fächerübergreifende Ansatz des Symposiums – ein Markenzeichen der Ästhetischen Zahnmedizin – erweitert den diagnostischen und therapeutischen Horizont. Davon sind die Organisatoren überzeugt. Daher

präsentierten drei Tage lang Experten unterschiedlicher Fachrichtungen das breite Spektrum moderner zahnärztlich-chirurgischer Maßnahmen zur ästhetisch-funktionellen Rehabilitation. Diese Mischung vermittelte den Teilnehmern über die Wissenschaft hinaus realitätsnahe praktische Problemlösungen für die tägliche Praxis.

Die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kommunikation im Team standen im Zentrum der Präsentation von Dr. Uta Steubesand M. Sc. aus Köln. „Niemand kann in der Zahnmedizin ein Top-Player in allen Bereichen sein“, begründete die Zahnärztin das interdisziplinäre Team der Praxis. Damit eine Zusammenarbeit gelinge, seien vor allem eine abgestimmte Systematik und eine gemeinsame Sprache wichtig. Die Systematik werde in allen Bereichen eingehalten, bei der Befundung, bei der Stellung von Diagnosen und bei der Entwicklung eines Behandlungsplanes nach Absprache mit dem Patienten. Eingebunden seien jeweils die Spezialisten, die gebraucht werden. Das Zahnärztinnen-Team der Kölner Praxis konferiert zwei Mal pro Woche, um alle Patienten sprechen zu können. Die Erfahrung lehrt übrigens, dass die Patienten es durchaus schätzen, dass

sie von einem Team mit verschiedenen Kompetenzen betreut werden – zumal die Überweisung innerhalb der Praxis erfolgt. Von Tempo hält Dr. Steubesand auch und gerade unter ästhetischen Aspekten wenig: „Man braucht Zeit, um ein gutes Ergebnis hinzubekommen.“

**„Die Evolution der Implantatdesigns,** der prothetischen Komponenten und zahnärztlichen Materialien haben die Möglichkeiten und Erwartungen auf einen sowohl ästhetisch perfekten als auch funktionalen Erfolg in der Implantologie deutlich gesteigert“, erklärte Dr. Julia Wittneben, Bern. In ihrem Vortrag zum Thema „Moderne prothetische Behandlungskonzepte für Implantatversorgungen in der ästhetischen Zone“ präsentierte die Expertin zunächst eine Zehn-Jahres-Studie, die zwar hohe Überlebensraten der festsitzenden implantatgetragenen Rekonstruktionen belegt, allerdings auch eine hohe Rate an Keramikabplatzungen. Die Referentin betonte, wie wichtig die Versorgung mit einem implantatgetragenen Provisorium sei, um die Weichteile zu konditionieren. Für die Versorgung der Mehrfachlücke im ästhetischen Bereich präsentierte sie ein Behandlungskonzept unter Verwendung von „pink porcelain“.

**Den Nutzen der visuellen Analyse** als Basis einer interdisziplinären Planung ästhetisch komplexer Patientenfälle beleuchtete Dr. Georgia Trimpou, Frankfurt. Wie die Referentin betonte, erfordere die Erarbeitung eines interdisziplinären Therapiekonzeptes bei ästhetisch komplexen Patientenfällen



Kongressteilnehmer vor der "Sturmhaube"

Kenntnisse über die Möglichkeiten und Grenzen der einbezogenen Fachdisziplinen. Der Koordinator der Gesamttherapie setze neben den konventionellen und objektivierbaren Parametern für die visuelle Analyse der Ausgangssituation (Mittellinie, Bipupillarlinie, Lachlinie etc.) insbesondere auch subjektiv beschreibbare Parameter ein. „Damit wird der Patient nicht nur rein visuell erfasst, sondern es werden auch seine individuellen psychischen und kulturell bedingte Eigenschaften für den therapeutischen Lösungsansatz herangezogen“, so Dr. Trimpou. Die Fähigkeit, den Gesamteindruck eines Patienten zu bewerten, werde zur essenziellen Grundlage für die Erstellung eines Therapieplans.

Wenn sie nichts mehr zu einer Verbesserung des ästhetischen Gesamtergebnisses beitragen können, seien bestimmte Maßnahmen oder Fachdisziplinen nicht mehr anwendbar, so Dr. Trimpou. „Dies ist ein Zeichen für die zunehmende Komplexität eines Falles.“ Das Ergebnis der visuellen Analyse schaffe dann die Basis, eine derartige Komplexität sicher zu erkennen und schütze dadurch vor



einer Überbehandlung des Patienten. Die visuelle Analyse wird mittlerweile durch spezielle Software unterstützt. „Die derzeitigen Programme leiten Therapiepläne allerdings ausschließlich aus einem stereotypen ästhetischen Ideal ab und empfehlen dies als Optimum“, sagte Dr. Trimpou. Dies erfordere zum Teil erhebliche invasive Eingriffe, um das Ideal zu realisieren. Die psychischen und kulturellen Besonderheiten des Patienten würden dabei nicht berücksichtigt. „Wird ein Therapieplan entwickelt, der nur auf der Anwendung einer Software-basierten visuellen Analyse beruht, ist die Gefahr hoch, dass die Therapie einem Patienten nicht gerecht wird“, warnte die Expertin.

**Konzepte, die Rot-weiß-Ästhetik** nach einer Exzision minimalinvasiv zu erhalten, präsentierte Dr. Paul Weigl, Frankfurt. Unmittelbar nach der Exzision böte sich, so der Referent, die Implantatinsertion mit einer Sofortversorgung an, die vor allem im ästhetischen Bereich die Rot-weiß-Ästhetik erhält. Voraussetzung ist eine zahnwurzelkonforme Gestaltung der implantatgetragenen Krone im Durchtrittsbereich. Die sofort belasteten Implantate müssten, so Dr. Weigl, eine entsprechend hohe Primärstabilität aufweisen, die für Einzelzahnversorgungen mit einem aggressiven Gewindedesign gut voraussagbar erzielt werden könne. Eine Alternative ist das „Socket-Chamber-Konzept“. Eine schmerz- und entzündungsarme primäre Heilung werde, so Dr. Weigl, durch den sofortigen Wundverschluss mit einem Brückenpontik oder mit einer Implantat-verankerten Krone erzielt. „Ist



Intensive Gespräche in der Industrieausstellung

das Pontik oder die Implantatkrone im zervikalen Bereich so geformt wie die Wurzel des extrahierten Zahnes, setzt eine rasche Abdichtung zwischen der Mundhöhle und der Extraktionsalveole ein“, erklärt Dr. Weigl. Das in der Extraktionsalveole eingeschlossene Blut habe ein hohes Potenzial zur Knochenneubildung. Fallbeispiele sowie eine systematische Literaturübersicht belegten, dass eine Auffüllung der „Socket Chamber“ mit Knochenersatzmaterialien und/oder eine Platzierung einer Membran darum nicht zwingend erforderlich sei. Die erfolgreiche Initialzündung, so die einhellige Meinung am Ende der Tagung, verlange nach einem „da capo“.

Barbara Ritzert

**SAVE THE DATE**  
**24.-27. MAI 2017**  
**2. Sylter Symposium**  
 für Ästhetische Zahnmedizin  
 Weiter Informationen unter:  
[sylt2017.dgaez.de](http://sylt2017.dgaez.de)

## Prof. Dr. Dr. mult. Robert Sader im Gespräch „Wir müssen die Individualität und Identität der Patienten beachten“



Prof. Dr. Dr. mult. Robert Sader

### **Die DGÄZ hat in diesem Jahr ein neues Symposium für Ästhetische Zahnmedizin etabliert, das jährlich am Himmelfahrtswochenende im Mai stattfinden soll. Was ist das Konzept?**

Die Ästhetische Zahnmedizin ist eine Klammerdisziplin. Unser Ziel ist es, das Kausystem funktionell und ästhetisch nach dem Vorbild und den Gesetzmäßigkeiten der Natur wiederherzustellen und damit das Wohlfühl der Patienten zu steigern. Um diesem Ziel gerecht zu werden, hatte das Symposium keinen thematischen Schwerpunkt, was Techniken und Fächer angeht. Vielmehr wollten wir die Zahnmedizin möglichst breit unter dem Aspekt Ästhetik und Funktion aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten.

Das Format der Vorträge haben wir so festgelegt, dass Referentinnen und Referenten genug Zeit haben, ihr Thema

darzustellen. Kurzvorträge gibt es nicht. Das Konzept hat bei diesem ersten Symposium eine ausgesprochen diskussionsfreudige Atmosphäre erzeugt.

### **Warum haben Sie Sylt gewählt? Wird die Insel der Tagungsort bleiben?**

Sylt ist bereits seit 25 Jahren bekannt als Tagungsort für die ästhetische und plastisch-rekonstruktive Chirurgie. Dies hat sicherlich damit zu tun, dass diese Nordseeinsel für Natur, Harmonie, Ästhetik und Wohlfühlen steht. Es lag deshalb auf der Hand, Sylt als Veranstaltungsort zu wählen und die Insel soll auch Tagungsort bleiben. Der Brückentag gibt den Teilnehmern die Möglichkeit, den Kongressbesuch mit einem Kurzurlaub zu verbinden, von dem auch die Familie profitieren kann.

### **Die Beziehung von Ästhetik und Funktion stand im Mittelpunkt. Wie eng ist diese?**

Ästhetik und Funktion kann man nicht trennen. Wir behandeln zwar vordergründig Funktionsstörungen aber letztendlich behandeln wir quasi zwangsläufig die Ästhetik mit. Sie spielt eine große Rolle und ist oft für Patienten der primäre Ansatz. Das ist auch nachvollziehbar. Schließlich sind wir Augentiere. 90 Prozent der Umweltsignale rezipieren wir mit den Augen. Wir sind abhängig von visuellen Reizen. Und wir leben in einer Bilder-dominierten



Welt. Vor allem das Gesicht steht in enger Beziehung zu unserer Persönlichkeit und zur Identität. Es hat die Wirkung einer Marke und soll wie diese eine bestimmte Botschaft vermitteln.

### **Wie verändert der wachsende Anspruch der Patienten an das ästhetische Ergebnis einer Behandlung die Beziehung zwischen Arzt und Patient?**

Es besteht ein Spannungsfeld zwischen heilender Medizin und Wohlfühlmedizin. Früher kamen Patienten zum Arzt, damit ihnen geholfen wird, damit Schmerzen gelindert und Krankheiten geheilt werden. Heute geht es darüber hinaus um Lebensqualität und Wohlfühlen, was beides eng verknüpft ist mit dem Aussehen. Patienten werden zu Verbrauchern. Befördert wird dies durch eine intensive Werbung für Produkte, die gleichzeitig ein uniformes ästhetisches Idealbild transportiert. Und es ist noch nicht klar, ob wir Ärzte und Zahnärzte auf diese Entwicklung ausreichend vorbereitet sind. Denn oft kann eine ästhetisch-orientierte Behandlung sehr problematisch sein, insbesondere wenn der Patient falsche Erwartungshaltungen hat.

### **Wie bedeutsam oder wie problematisch sind unter diesen Rahmenbedingungen die neuen technischen Möglichkeiten?**

Wir können heute mithilfe von 3-D-Software simulieren, wie sich eine Veränderung des Gewichts oder das Altern auf ein Gesicht auswirkt. Das funktionelle Behandlungsergebnis wird

vorhersehbar, aber auch die Ästhetik. So wie jeder Autokäufer heute auf der Website eines Herstellers einen Konfigurator für sein Wunschmodell findet, können wir heute schon am Computer beispielsweise ein ästhetisches Lächeln simulieren und die erforderlichen Therapieschritte daraus ableiten.

### **Dann lächeln demnächst alle Menschen gleich?**

Das ganz sicher nicht – ganz im Gegenteil. Die Vorhersagbarkeit eines Behandlungsergebnisses erfordert zum einen das Backward-Planning und zum anderen die computergestützte Simulation. Doch die Technik alleine reicht nicht. Ihr Einsatz muss unter der Voraussetzung erfolgen, dass wir die Individualität unserer Patienten in Ästhetik und Funktion berücksichtigen. Dies wird be-

## **Ästhetik und Funktion kann man nicht trennen.**

sonders deutlich bei der rekonstruktiven Chirurgie des Gesichtes, zu der auch zahnärztlich-chirurgische Maßnahmen gehören. Diese dienen letztendlich der Wiederherstellung der Identität. Wir müssen Patientinnen und Patienten darum als Individuen sehen. Wir müssen ihre gestörte Funktion behandeln, ihre Identität respektieren und ihre Meinung und ästhetischen Wünsche akzeptieren. Dies gelingt nur mit einer guten Kommunikation. Wir müssen den Patienten verstehen. Aus meiner Gutachtertätigkeit weiß ich, dass es bei gerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen Arzt und Patient in den seltensten Fällen um eine falsche Behandlung geht. Viel häufiger kommt es vor, dass der Patient einfach andere Vorstellungen hatte.



## Mark Sebastian

### München

Eine halbjährige Famulatur in Brasiliens Dschungel während meines Studiums an der Universität Witten/Herdecke begeisterte mich endgültig für eine Tätigkeit als Zahnarzt. In Prof. Dr. Simon Kohn in São Paulo (Tufts University, Boston) fand ich meinen ersten Lehrer für Parodontologie. Bei Dr. Josef Schmidseher (München) lernte ich die ästhetische Zahnmedizin kennen und war in der Praxis zuständig für Parodontologie und Implantologie. Im Philips Verlag war ich als Redakteur für DAS EUROPÄISCHE JOURNAL FÜR ZAHNMEDIZIN tätig. Spezialisiert auf plastische Parodontalchirurgie, habe ich Vorträge gehalten und Artikel geschrieben. Zwei Bücher veröffentlichte ich im Fachgebiet Parodontologie.

1999 machte ich mich im Herzen von München in eigener Praxis selbstständig. Seit dieser Zeit bin ich beim QUINTESSENZ JOURNAL in der Redaktion für Parodontologie zuständig. Neben zahlreichen Fortbildungen und Kongressen absolvierte ich das Curriculum für Parodontologie und Implantologie bei Prof. Nikolaus Lang (Bern).

In der DGÄZ habe ich einen Kreis von Freunden gefunden. Durch Dr. Siegfried Marquardt war ich Mitbegründer des SSC Tegernsee. Dort lernte ich auch die DGÄZ-Spezialisten Dr. Oliver Brendel und Stephanus Steuer kennen. Aktuell habe ich das Curriculum für



Dr. Mark Thomas Sebastian

Funktionskonzepte in der Zahnmedizin nach Professor Prof. Rudolf Slavicek (Wien) abgeschlossen.

In unserer heutigen Gesellschaft spielt neben der Ästhetik die Funktion eine immer größere Rolle. Viele Orthopäden entdecken die Bedeutung der Zahnmedizin bei Problemen mit dem Rücken und suchen die Zusammenarbeit. Bei der Therapie von CMD-Patienten arbeiten heute immer mehr Orthopäden, Osteopathen und Zahnärzte in Netzwerken eng zusammen. Die funktionelle und ästhetische Wiederherstellung der gemeinsam betreuten Patientinnen und Patienten nimmt einen großen Stellenwert in unserer Praxis ein. Dabei ist die kollegiale Teamarbeit auf Augenhöhe mit Zahntechnikern von der Planung der Therapie bis zur definitiven Versorgung von größter Bedeutung. Mein Beruf begeistert mich immer wieder durch seine Vielfältigkeit in der ständigen wissenschaftlichen Weiterbildung und deren handwerklichen Umsetzung: Andere machen ihr Hobby zum Beruf, wir machen unseren Beruf zum Hobby.



## Die Therapie des Abrasionsgebisses mit adhäsiv befestigten Keramikrestauration im Ober- und Unterkiefer

Bei dem vorliegenden Fall handelt es sich um einen 37-jährigen Patienten mit Destruktion der anterioren Dentition nach Abrasion/Attrition durch Bruxismus. Bei dem Verlust der Vertikaldimension kam es zu multipler Dentinexposition: Die zu Beginn stehende funktionelle Analyse zeigte keine Auffälligkeiten im Kiefergelenk und in der Muskulatur.



Abb. 1. Intraoral zeigt sich durch Bruxismus ein erheblicher Verlust an vertikaler Höhe



Abb 2. Auch extraoral wirken die Zähne zu klein

Die Analyse aufgrund der physiognomisch/ästhetischen WAS ergab eine wünschenswerte Bisserrhöhung von 5 mm. Mithilfe eines Wax-up wurde eine verbesserte Front-Eckzahnführung und vertikale Erhöhung geplant, um die verlorengegangene Zahnhartsubstanz wiederherzustellen.

Eine ästhetische und phonetische Probe wurde mittels Mock-up durchgeführt. Nach einer mehrmonatigen Tragezeit einer Michiganschiene wurde der Patient

in die neue vertikal erhöhte Bissituation übergeführt. Eine minimalinvasive Veneer- bzw. Overlaypräparation erlaubt schmelzschonend zu arbeiten und gleichzeitig genügend Adhäsionsfläche zu bieten. Die definitive Versorgung erfolgte in einer monolithische Restauration mit E-Max, Ivoclar im Seitenzahnbereich und auch als Grundstrukturen im Frontzahnbereich mit einer Verblendung durch Cera Motion, Dentaurum.



Abb 3. Wax-up zur Planung und Vorbereitung eines Mock-up



Abb 4. Vertikale Erhöhung mittels Overlays und Veneers



Abb 5. Wiederherstellung der harmonische Lachlinie des Patienten

## Chirurgisches Verfahren zur Rezessionsdeckung: die Tunneltechnik

### Tunneltechnik

Mit der hier vorgestellten chirurgischen Technik ist eine ausgezeichnete weichgewebige Deckung von Rezessionen möglich. Das mikrochirurgische atraumatische Vorgehen vermeidet vertikale Schnitte zur Entlastung und damit eine Unterbrechung der Blutversorgung. Dadurch ist eine ungestörte Versorgung mit Blut auch im Bereich der Papille gewährleistet. Bei der Tunneltechnik erfolgt



Abb. 1 Ausgangssituation: Multiple Rezessionen der Miller-Klasse I im Oberkiefer

ein Schnitt im Sulkus auf der vestibulären Seite der zu behandelnden Zähne. Nach apikal wird dieser Schnitt untermiierend vorangetrieben und nach mesial ausgedehnt. Durch den Spaltlappen erfolgt die Gestaltung eines Weichgewebstunnels. Dieser Raum, gebildet



Abb. 2 Mithilfe von speziellen Tunnelinstrumenten wird atraumatisch ein Mukoperiostlappen gebildet. Die Schnittführung unterminiert die Interproximalbereiche, ohne zu inzidieren

zwischen dem Knochen bedeckenden Periost mit Bindegewebsfasern und dem Vestibulum mit gingivalem Weichgewebe und Epithel, ist entscheidend für die Blutversorgung und Heilung des später einzubringenden Transplantates. Ein klassisches subepitheliales Bindegewebsstransplantat vom Gaumen wird von einer Seite mittels einer Matratzennaht durch den Tunnel durchgeführt bzw. -gezogen.

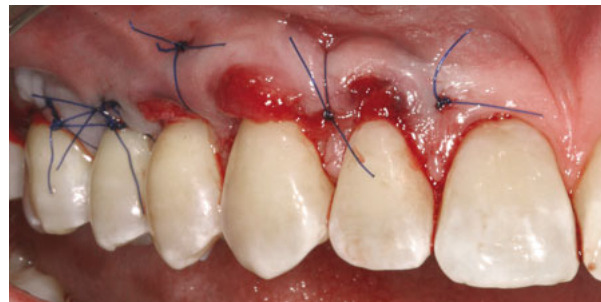


Abb. 3 Nach Einbringen eines Bindegewebsstransplantates wird der gesamte Komplex mit 6/0 Nähten fixiert



Abb. 4 Auch nach 3 Jahren zeigt sich eine vollständige Deckung der Rezessionen

Kontakt: [praxis@max36.de](mailto:praxis@max36.de)  
[www.max36.de](http://www.max36.de)  
[www.dgaez-spezialisten.de](http://www.dgaez-spezialisten.de)



## PKV fordert Rückzahlungen bezüglich Material- und Laborrechnungen

**Schon seit einiger Zeit fordern einzelne PKVen Praxen zur Rückerstattung von Patientenzahlungen auf Material- und Laborkostenrechnungen auf. Zunächst kommt ein einfacher Brief; notfalls wird auch vor Gericht geklagt. Meist handelt es sich um Beträge zwischen 600 bis 800 Euro.**

### Geht das?

Grundsätzlich geht das, da das Gesetz dies erlaubt (§§ 194 Abs. 1 S. 1 i.V.m. 86 Abs. 1 S. 1 VVG). Voraussetzung ist, dass der Patient die Rechnung an die Praxis bezahlt hat und die PKV diesen Betrag an den Patienten ausgeglichen hat. Außerdem muss der Patient den „Rückforderungsanspruch“ an die PKV mit einer schriftlichen Erklärung abgetreten haben. Ob der Rückforderungsanspruch der PKV gerechtfertigt ist, klärt im Zweifel das Gericht.

### Was kann man tun?

Rein rechtlich kann man den Patienten nicht mit der Vereinbarung eines sogenannten „Abtretungsverbot“ daran hindern, den Anspruch abzutreten. Ein solches Abtretungsverbot kann nicht wirksam sein, da man mit einer privaten Vereinbarung kein Gesetz „umschiffen“ kann. Durch eine professionelle Kommunikation mit dem Patienten über mögliche Erstattungsschwierigkeiten lässt sich der Patient aber meist sensibilisieren. Der gut informierte Patient lässt sich nicht ohne Weiteres zu einer Unterschrift verleiten. Und ohne die schriftliche Abtretungserklärung des Patienten hat die PKV kein Rückforderungsrecht.

### Sonderfall

Ein Sonderfall liegt vor, wenn der Patient in positiver Kenntnis dessen an die Praxis zahlt, dass die Rechnung tatsächlich falsch ist. Dann versagt ihm § 814 BGB grundsätzlich das Recht auf Rückforderung. Ein simples Beispiel dafür wäre, wenn der Patient bewusst eine Rechnung ausgleicht, auf der zehn Implantate stehen, obwohl nur sechs Implantate inseriert worden sind. Ob die Behauptung der PKV gegenüber dem Patienten für dessen Kenntnis genügt, ist – soweit bekannt – gerichtlich noch nicht entschieden.

### Fazit

Die Thematik ist rechtlich komplex und wird von den Gerichten bislang unterschiedlich beurteilt. Rein praktisch aber zeigt die Erfahrung, dass eine Abtretung seltener vorkommt, wenn ein gesundes Arzt-Patienten-Verhältnis besteht und eine offene, frühzeitige Kommunikation auch über die Problematik mit einigen kostenerstattenden Stellen gepflegt wird.

Dr. Susanna Zentai  
Rechtsanwältin

[www.dental-und-medizinrecht.de](http://www.dental-und-medizinrecht.de)