



Dr Kostas Karagiannopoulos, ist ein erfahrener Fachzahnarzt für Prothetik, der seit 2008 in Forschung und Lehre aktiv ist und derzeit als Clinical Lecturer am University College London unterrichtet. Er ist Leiter der britischen Sektion der Bio-Emulation Group, eines internationalen Netzwerks von Zahnärzten und Zahntechnikern, die sich dem Erhalt und der Rehabilitation dentaler Strukturen nach dem Vorbild der Natur verschrieben haben. Zudem ist Karagiannopoulos Mitgründer des privat geführten Weiterbildungsinstituts Prosthworks, das seit 2021 fortgeschrittene Prothetik-Kurse anbietet. Zu seinen fachlichen Schwerpunkten gehören: Kompositrestaurierungen nach einem vollständig geführten Protokoll, die Versorgung stark abgenutzter Gebisse sowie prothetische Rekonstruktionen, die sich durch eine natürliche Ästhetik auszeichnen. Neben seiner Lehrtätigkeit praktiziert er in einer auf Prothetik spezialisierten Praxis im Großraum London.

www.prosthworks.co.uk
www.drkostas.co.uk

Das Dahl-Konzept: Praktische Erfahrungen aus fünf Jahren

Von Dr Kostas Karagiannopoulos, Großbritannien

Das Dahl-Konzept zur Behandlung von Tooth Wear findet seit rund 50 Jahren Anwendung, insbesondere in Nordeuropa. Obwohl es international weniger bekannt ist, stellt es bei entsprechender Indikation eine minimalinvasive und kosten-effiziente Alternative zu umfangreicheren restaurativen Maßnahmen dar. Bei lokalisiertem Zahnverschleiß werden ausschließlich die betroffenen Zähne restauriert; die gesunden Zähne bleiben unangetastet. Konzeptionell handelt es sich um eine orthodontische Maßnahme, die 1975 von Krogstad und Dahl erstmals beschrieben und damals als „relative axiale Zahnbewegung“ bezeichnet wurde.¹⁻⁴

Bei Zahnverschleiß fehlt in fast allen Fällen der Platz für den additiven Wiederaufbau. Durch die dentoalveolare Kompensation nähern sich Antagonisten und ihre Alveolen einander an, während die Zähne zunehmend abgenutzt werden. Abgenutzte Zähne stehen infolgedessen in Okklusion häufig an einer falschen Position. Um bei lokalisiertem Zahnverschleiß Restaurationsraum zu schaffen und verlorene Zahnsubstanz wiederherzustellen, stehen folgende Optionen zur Verfügung:

- Orthodontische Intrusion der abgenutzten Zähne, gefolgt von additiven Restaurierungen bei unveränderter Okklusion.
- Erhöhung der vertikalen Dimension der Okklusion (VDO) und Restaurierung aller Zähne des Zahnbogens,

unabhängig davon, ob Verschleiß vorliegt oder nicht.

- Erhöhung der VDO und Restaurierung ausschließlich von Zähnen mit Substanzverlusten, während die nicht betroffenen Zähne ausgespart werden.

In einem durchschnittlichen Zeitraum von 2 bis 9 Monaten stellt sich nach Umsetzung dieser Maßnahmen in der Regel eine neue Okklusion ein (**Abb. 1**). Dies geschieht durch folgende Veränderungen:

- Intrusion der restaurierten Zähne.
- Supraeruption der nicht restaurierten Zähne.
- Mandibuläre Repositionierung, da die anterioren Kompositaufbauten als permanenter Deprogrammer wirken und die Kondylen in zentrischer Relation einstellen.

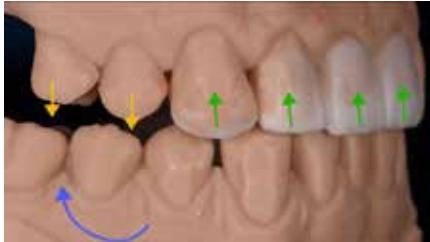


Abb. 1: Diagnostisches Wax-up zur Veranschaulichung der Dynamik des Dahl-Konzepts. Die Indikation für das Dahl-Konzept ist lokalisierte Zahnschleiß mit Hinweisen auf dentoalveolare Kompensation. Die Kontraindikationen sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Kontraindikationen zum Dahl-Konzept und Erläuterungen

Generalisierter Zahnschleiß erfordert Vollbogen- bzw. Komplettrehabilitation.

Engstand (Crowding) profitiert von einer prärestaurativen kieferorthopädischen Behandlung.

Ein anterior oder posterior offener Biss weist auf mangelndes Eruptionspotenzial hin.

Implantatprothetische Versorgungen zeigen keine Supraeruption.

Insuffiziente oder versagende Seitenzahnrestaurationen sprechen eher für eine Komplettrehabilitation.

Klinische Situationen mit Parodontalerkrankungen, mehreren fehlenden Zähnen, gekippten Molaren und tiefem Overbite lassen sich mit dem Dahl-Konzept weniger vorhersehbar behandeln.

Tabelle 1: Kontraindikationen für das Dahl-Konzept

Fallbericht

Ein 45-jähriger Patient wurde aufgrund eines ausgeprägten Zahnschleißes an den oberen Frontzähnen an unsere Praxis überwiesen. Er war nicht an einer umfassenden Behandlung oder gar kieferorthopädischen Maßnahmen interessiert. Ihn beschäftigte allein die allmähliche optische und strukturelle Abnutzung seiner oberen Frontzähne. Alle abgenutzten Zähne standen in Okklusion, wobei sich ein deutlicher Platzmangel für Restaurationen zeigte (**Abb. 2**).



Abb. 2: Präoperative Fotos mit schematischen Zeichnungen der idealen Zahnpositionen.



Der Behandlungsplan sah vor, die 6 oberen Frontzähne mit additiven adhäsiven Kompositrestaurationen nach dem Dahl-Konzept bei erhöhter VDO wiederherzustellen. Für die Erstellung eines additiven diagnostischen Wax-ups wurden intraorale Scans, Bissregister und klinische Fotos angefertigt (**Abb. 3**).



Abb. 3: Additives, hybrides diagnostisches Wax-up auf gedruckten Modellen.

Ein additives restauratives Konzept ist bei Zahnverschleiß in der Regel indiziert. Es ermöglicht die Überprüfung von Ästhetik, Okklusion, Patientenkomfort und Phonetik über ein intraorales Mock-up mit einem dualhärtenden Bisacrylatkomposit (Tempsmart DC, GC) (**Abb. 4**). Zudem wird die additive Vorgehensweise von vielen Patienten bevorzugt, da sie im Gegensatz zu indirekten Restaurationen keine Präparation erfordert.

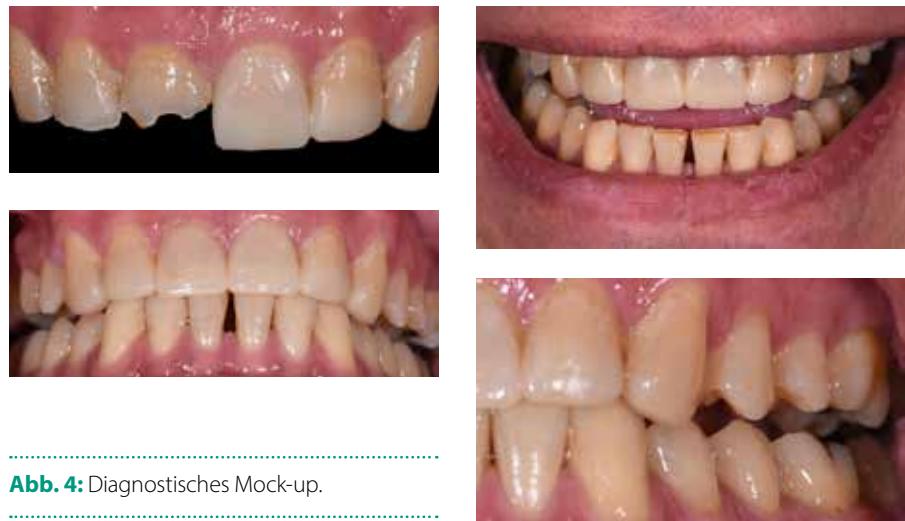


Abb. 4: Diagnostisches Mock-up.

Mit der Injection-Moulding-Technik war eine exzellente, planmäßige Reproduktion der Morphologie und Okklusion der 6 abgenutzten Frontzähne möglich. Hierfür wurde nach dem Wax-up ein kristallklarer druckpolymerisierter Silikonschlüssel (Exaclear, GC) hergestellt. Unter Koffer-dam wurden die Zähne mit 29 µm Aluminiumoxid abgestrahlt.

Anschließend wurde nach einem alternierenden Prinzip PTFE-Band angelegt (**Abb. 5**). Die Restauration erfolgte mit einem universellen Einkomponenten-Adhäsiv (G-Premio BOND, GC) und einem hochgefüllten fließfähigen Restaurationskomposit (G-ænial Universal Injectable, Farbton A2, GC)

Alle 6 Restaurationen wurden monochrom ausgeführt. Die Ausarbeitung erfolgte mit Approximalstreifen (New Metal Strip, GC) und Skalpellklingen Nr. 12, die Politur mit Silikonspiralen. Bereits direkt nach der Versorgung zeigte sich eine „Öffnung“ der Seitenzähne, während die Frontzähne gleichmäßige Kontakte aufwiesen, genau wie geplant

(Abb. 6).

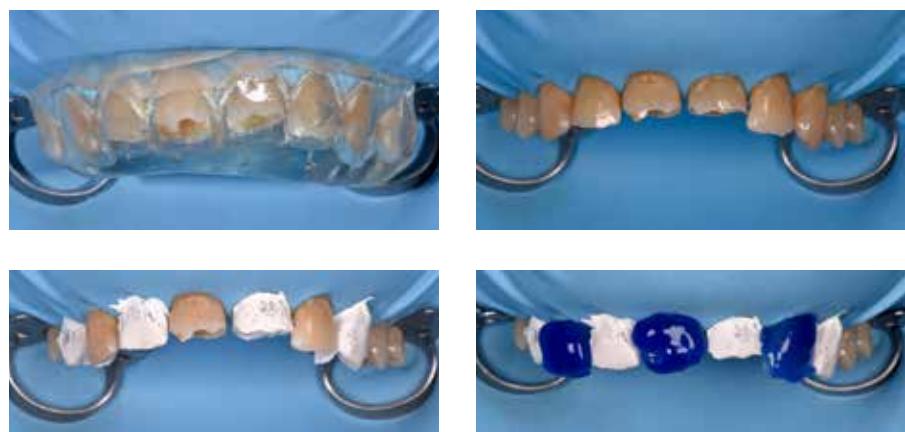


Abb. 5: Vorbereitung für die Injection-Moulding-Technik.



Abb. 6: Aufnahmen unmittelbar postoperativ.

Der Patient wurde alle 2 Monate nachuntersucht und die Okklusion dabei jeweils mit Artikulationspapier überprüft. Nach 8 Monaten war die Okklusion vollständig wiederhergestellt, mit Kontakten auf allen Seitenzähnen (**Abb. 7**). Zu diesem Zeitpunkt wurde eine Aufbisschiene eingegliedert.



Abb. 7: Nach 8 Monaten waren die okklusalen Kontakte wiederhergestellt.

Obwohl die Okklusion anfangs ungewohnt war, berichtete der Patient nicht über Schmerzen und konnte bereits im ersten Monat wieder normal essen, obwohl die Seitenzähne noch keinen Kontakt hatten. Typischerweise stellt sich die Okklusion wie folgt wieder her: Sie beginnt mit den zweiten Molaren, dann folgen die ersten Molaren und schließlich die Prämolaren. Die neuen Kontakte auf den Seitenzähnen variieren. Sie können auf Höckerspit-

zen, Höckerflanken oder Randleisten liegen. Frakturen von Restaurierungen während der „Dahl-Phase“ sind selten, da die anterioren Kompositrestaurierungen durch ihren deprogrammierenden Effekt die Muskelaktivität reduzieren. Auch hier traten keine Frakturen auf, ebenso wenig sonstige Beschwerden wie Schmerzen, Lockerungen oder Zahnwanderungen. Der Ablauf der Patientenaufklärung und -einwilligung ist in **Tabelle 2** dargestellt.

Der Patient wurde über 5 Jahre mit minimalem Nachsorgebedarf betreut (**Abb. 8**). Die Materialeigenschaften von G-ænial Universal Injectable (hohe Biegefestigkeit und verschleißresistente Oberfläche) tragen wesentlich zur Langzeitstabilität bei.⁵

Patient discussion and Consent

Nur die abgenutzten Zähne werden restauriert, die nicht behandlungsbedürftigen Zähne bleiben unberührt. Die Behandlung verändert den Biss; am Tag des Mock-ups werden diese Änderungen getestet. Der neue Biss verursacht keine Schmerzen, und die Eingewöhnung erfolgt in der Regel innerhalb von 3–4 Wochen. Die Seitenzähne nähern sich über einen Zeitraum von 2–9 Monaten allmählich wieder an. In etwa 5 % der Fälle tritt diese Bewegung nicht ein, sodass eine zusätzliche restaurative Maßnahme notwendig werden kann. Sobald die Okklusion vollständig stabil ist, wird eine schützende Aufbisschiene angefertigt.

Tabelle 2: Diskussionspunkte für die Patientenaufklärung.



Abb. 8: 5-Jahres-Nachkontrolle nach Anwendung des Dahl-Konzepts.

Der Goldstandard für lokalisierten anterioren Zahnverschleiß wäre eine umfassende kieferorthopädische Behandlung, gefolgt von einer additiven restaurativen Versorgung der betroffenen Zähne.⁶⁻⁸ Mit diesem Fall sollte jedoch demonstriert werden, dass eine Erhöhung der VDO nicht automatisch bedeutet, dass der gesamte Zahnbogen restauriert

werden muss, nur um eine prothetische Versorgung zu vereinfachen. Eine Alternative zur kompletten Rehabilitation des Kieferbogens ist das Dahl-Konzept, eine orthodontische Methode, die unbeschädigte Zähne schont. Die Anwendung von injizierbarem Komposit ermöglicht eine minimalinvasive, nicht-präparative Wiederherstellung unter Erhalt

gesunder Zahnhartsubstanz. Zwar erfordert diese Technik mehrere Kontrollen, da das endgültige Okklusionsmuster anfangs nicht sicher vorhersehbar ist, jedoch stellt sie eine praktische, kosteneffiziente und alltagstaugliche Lösung zur Versorgung von lokalem Tooth Wear in der allgemeinzahnärztlichen Praxis dar.

Literatur

1. Magne P, Magne M, Belser UC. Adhesive restorations, centric relation, and the Dahl principle: minimally invasive approaches to localized anterior tooth erosion. *Eur J Esthet Dent.* 2007 Autumn;2(3):260-73.
2. Gulamali AB, Hemmings KW, Tredwin CJ, Petrie A. Survival analysis of composite Dahl restorations provided to manage localised anterior tooth wear (ten year follow-up). *Br Dent J.* 2011;211(4):E9.
3. Dahl BL, Krogstad O, Karlsen K. An alternative treatment of cases with advanced localised attrition. *J Oral Rehabil* 1975; 2: 209-214.
4. Dahl BL, Carlsson GE, Ekefeldt A. Occlusal wear of teeth and restorative materials. A review of classification, etiology, mechanisms of wear, and some aspects of restorative procedures. *Acta Odontol Scand.* 1993;51(5):299-311.
5. Rajabi H, Denny M, Karagiannopoulos K, Petridis H. Comparison of Flexural Strength and Wear of Injectable, Flowable and Paste Composite Resins. *Materials (Basel).* 2024 Sep 27;17(19):4749.
6. Miraglia B. Pre-Restorative Orthodontics: A Cornerstone of Comprehensive Care. *Dent Today.* 2015 Oct;34(10):98, 100, 102-3.
7. Vatamanu OEB, Alzyoud Z, Elgarba BM, Fontenele RC, Cristache CM, Jacobs R. Clear aligner therapy for minimally invasive dentistry: A scoping review. *J Dent.* 2025 Oct;161:105968.
8. Mainjot AKJ, Charavet C. Orthodontic-assisted one step- no prep technique: A straightforward and minimally-invasive approach for localized tooth wear treatment using polymer-infiltrated ceramic network CAD-CAM prostheses. *J Esthet Restor Dent.* 2020 Oct;32(7):645-661.