

Kurs und gut?

Frank Poerschke

Totalprothetik ist kein einfaches Gebiet der Prothetik.

Ein Konzept als Leitfaden zur Herstellung totaler Prothesen hat sich aus den Erfahrungen des Autors bestens bewährt – auf Grundlage dieser Erfahrungen aus eigener Referententätigkeit über das Aufstellkonzept TiF® (Totalprothetik in Funktion nach *Karl-Heinz Körholz*, Abb. 1) und solchen aus eigener Anwendung sollen im Folgenden die Überlegungen gestützt werden.

Kennen Sie das?!

Man besucht eine Fortbildung und dort wird einem eine neue Philosophie, die hinter einem Produkt oder einer Arbeitsweise steht, nahe gebracht.

Man bekommt ein Konzept an die Hand. Anfangs ist man vielleicht ein wenig skeptisch, aber dann begeistert man sich mehr und mehr, bis hin zu einer gewissen Art der Euphorie. Alles funktioniert prima, die neue Arbeitsweise erscheint plausibel, klar, logisch durchdacht und man merkt, dass sie umsetzbar und somit auch anwendbar im Laboralltag sein müsste.

Man kommt also hoch motiviert ins Labor zurück und möchte das Erlernte umsetzen – etwas verändern! Eher gesagt etwas verbessern – am besten mit wenig Aufwand.

Die Euphorie wird schnell gebremst, meistens schon beim ersten Anlauf, den Chef, die Kollegen oder sogar Kunden von den erlernten, neuen Konzepten zu überzeugen. Dies ruft die Skeptiker und Zweifler auf den Plan:

„Totalprothetik – lohnt sich sowieso nicht!“

„Das Risiko eines Misserfolges in der Totalprothetik ist wesentlich größer als in anderen Bereichen der Prothetik“

Stimmt – Denken Sie an die Herstellung einer Krone, die Informationen über die Bisslage, Bisshöhe, Platzverhältnisse und Form liegen bereits nach Anfertigung der Modelle vor.



Abb. 1 Besucher des Seminars TiF® nach *Karl-Heinz Körholz*.

„Schau Dir nur die Unterlagen an, auf denen wir arbeiten sollen – das kann ja nichts werden!“

Oft wird erst einmal kritisiert, statt sich mit einer Problematik einmal konstruktiv auseinander zu setzen, um eine Lösung zu finden.

„Wie soll ich denn etwas ändern?“

Wenn ich meinem Kunden in der Totalprothetik mit „etwas Neuem“ komme, fühlt er sich vielleicht kritisiert

Ich möchte meinen Kunden doch nicht durch Kritik verärgern oder dadurch gar verlieren.“

Totalprothetik wird oft als Mitnahme-Geschäft gesehen – da geht mal was schief, dafür schickt der Kunde auch Kronen und Brücken, was aus den genannten Gründen auch weniger Probleme bereitet.



Alle diese Argumente hat der Autor schon gehört und als Euphoriebremsen zu spüren bekommen. Auch seine Versuche, sich über diese Argumente hinwegzusetzen, scheiterten zunächst kläglich.

Die im Kurs gelernten Aspekte, um einen totalen Zahnersatz nach statischen und dynamischen Blickwinkeln zu konstruieren, mögen dem Patienten eine bessere Lagestabilität erbracht haben, dennoch waren oftmals Änderungen nach verschiedensten ästhetischen Gesichtspunkten nötig. Die Skeptiker fühlten sich sofort bestätigt und der Autor war der „Dumme“, schließlich war er doch extra auf einem Kurs!

Auch wenn man die Zähne funktionell richtig zuordnet, wie im Kurs gelernt, heißt das noch lange nicht, dass man ein besseres Gesamtergebnis erhält.

Man erzielt sicherlich einen Teilerfolg, welcher aber nicht unmittelbar erfassbar ist.

Das eine neu angefertigte totale Prothese bei ihrer Eingliederung gut passt, wird als völlig normal angesehen. Dass dieser Zahnersatz auch nach einigen Jahren Tragedauer lagestabil bleibt, ist eben ein langfristiger Erfolg der Arbeit.

Irgendwie hat sich in unseren Köpfen das Idealbild einer totalen Prothese „eingebrennt“:

Eine für alle?

- Das erste obere Schneidezahnpaar hat 1 mm länger als seine approximalen Nachbarn zu sein;
- die Inzisalkanten der oberen Eckzähne haben auf gleicher Höhe der ersten oberen Schneidezähne zu stehen;
- dazu noch exakte Gradzahlen für die frontale und approximale Achsneigung im Bezug zur Okklusionsebene für jeden Zahn;
- zusätzlich klammert man sich noch am Situationsmodell der alten Prothese fest, um eine sattelfeste Beweisgrundlage für diese „perfekte“ Aufstellung zu haben.

Eine zweifelhafte Perfektion, wurde da nicht jemand vergessen?

Ach ja, der Patient – aber der wird sich sicher daran gewöhnen, schließlich ist ja alles so wie bei seiner alten Prothese – nur die Zähne sind funkelnagelneu.

Das beschriebene Idealbild hat sich, meist in unserer Vorbereitung auf die Gesellen- oder Meisterprüfung, quasi in uns „festgefressen“. In dieser Phase eines zahntechnischen Werdegangs ist dieses Ideal auch durchaus sinnvoll, weil es zur Bewert- und Vergleichbarkeit der Prüfungsarbeiten durch eine Kommission dient.

Im Alltag ist es wichtig, den Absprung von diesem Idealbild zu schaffen. Ansonsten gerät man in Gefahr, in Standards zu verfallen und zu versuchen, Menschen unbewusst in eine Schablone zu pressen (Abb. 2 und 3).

Jeder Totalprothetiker kann seine Arbeit nur dann wirklich gut vollbringen, wenn er einen Patienten als einen Menschen betrachtet. Einen Menschen, der ein großes Stück Lebensqualität zurückgewinnen möchte.

Nur wenn man ihn mit seinen Wünschen und Problemen akzeptiert, kann man ihm helfen. Er möchte sein gewohntes Aussehen wiederbekommen, dazu zählen:



Abb. 2 und 3 Es ist wichtig, im Alltag den Absprung vom gelernten Idealbild zu schaffen, ansonsten verfällt man in Standards und versucht unbewusst, Menschen in Schablonen zu pressen.



- die passende Zahnfarbe,
- eine altersgerechte Zahnform,
- Größe, Länge und Sichtbarkeit der Zähne und des Zahnfleisches,
- die Zahnstellung,
- der größtmögliche Halt und Tragekomfort des Ersatzes,
- das Erreichen einer akzeptablen Kauleistung,
- der Erhalt der gewohnten Sprachbildung.

Aller Anfang ... Am Anfang unserer Bemühungen stehen zwei unbezahnte, montierte Modelle (Abb. 4). Unsere Aufgabe ist es, diesen leeren Raum mit „roter und weißer Ästhetik“ zu füllen.

Im Laboralltag beschränken sich die Informationen zum Patienten meist auf den Namen, die Zahnfarbe, den Versicherungsstatus und den Liefertermin.

Da ist es nur verständlich, dass sich der Techniker an das Situationsmodell der alten Prothese förmlich „klammert“, in der Hoffnung und der Annahme, dass diese Situation dem Wunsch des Patienten entspricht und dem Risiko, dass sie es nicht tut. Oder anders gefragt: Ist der Patient mit der bisherigen Versorgung überhaupt zufrieden, hätte er eventuell Änderungsvorschläge?

Es ist für den „Macher“ von totalem Zahnersatz wichtig, so viele Informationen wie möglich zu sammeln, um das Risiko eines Misserfolges zu minimieren. Ohne Kommunikation führt eine Zusammenarbeit zwischen Behandler, Patient und Techniker unweigerlich in eine Sackgasse.

Ein bewährtes Hilfsmittel ist ein von Zahnärzten und Zahntechnikern zusammengestelltes Patientendatenblatt (Abb. 5 und 6, zu beziehen bei Fa. Merz Dental GmbH, Lütjenburg).

Dieses Datenblatt hat sich insofern bewährt, dass jede Information, die auf diesem Blatt zusätzlich zu den allgemeinen Angaben gemacht wird, eine Steigerung der Infor-



Abb. 4 Am Anfang unserer Bemühungen stehen zwei unbezahnte, montierte Modelle ...

mationen um 100 % bedeutet. Es ist eine Checkliste, vergleichbar mit jener, die Piloten vor jedem Start eines Flugzeugs verwenden. Und diese Liste ist keinesfalls eine Schikane der Fluggesellschaft, sondern ein wichtiges Element der Flugsicherheit, damit auch wirklich nichts Wichtiges vergessen werden kann.

Übertragen auf den Beruf des Zahntechnikers, sichern die erfassten Informationen auf einem Blatt Papier eine Informationsbrücke zwischen Zahnarzt und Labor. Demnach dient dieses Datenblatt auch dazu, die Qualität zu sichern.

Aus dem praxisbezogenen Umgang mit dem Patientendatenblatt möchte ich im Folgenden seine Anwendbarkeit erläutern.

Abb. 5 und 6 (folgende Doppelseite) Ein Patientendatenblatt, zu beziehen bei der Fa. Merz Dental GmbH, Lütjenburg.

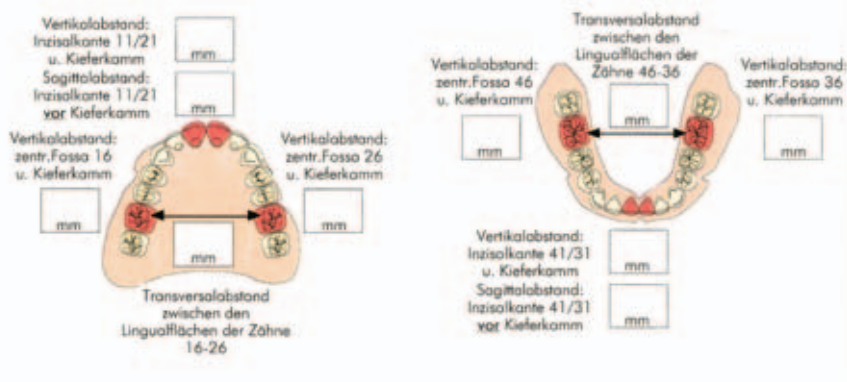


TOTALPROTHETIK PATIENTENDATENBLATT



Allgemeine Daten	Name _____	Praxis (Stempel)
	Alter _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient <input type="checkbox"/>	Labor (Stempel)
Anamnese	Patient trägt bereits herausnehmbaren Zahnersatz seit _____ Jahren.	
	Unverträglichkeiten _____	
	Allergiker/in <input type="checkbox"/>	
	Was hat dem Patienten an seiner bisherigen Prothese besonders gut gefallen?	Was hat dem Patienten an seiner bisherigen Prothese besonders misfallen?
Befund	Hauttyp <input type="checkbox"/> hell <input type="checkbox"/> dunkel	Bisslage <input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> distal <input type="checkbox"/> mesial
	Größe ca. _____ m	
	1. Foto aktuell 2. Foto von früher 3. Situ-Modelle der vorherigen Prothesen	
	Zahnfarbe _____	
	Frontzahnbreite Breite der Frontzahngarnitur, ermittelter Wert in mm _____	Frontzahnlänge Papillameter, ermittelter Wert in mm _____
Proportion der Inzisiven (nach Gerber) <input type="checkbox"/> annähernd gleiche Breite <input type="checkbox"/> zentrale Inzisiven etwas breiter <input type="checkbox"/> zentrale Inzisiven deutlich breiter	Analyse der Nasenbasis-Linie bezüglich der Stufenstellung der oberen Frontzähne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ästhetische Frontzahnstellung 1 gekippt <input type="checkbox"/> 2 gedreht <input type="checkbox"/> 3 OK verschachtelt <input type="checkbox"/> 4 verlängert <input type="checkbox"/> 5 Steilstand <input type="checkbox"/> 6 verkürzt <input type="checkbox"/> 7 lückig <input type="checkbox"/> 8 vorgestellt <input type="checkbox"/> 9 zurückgestellt <input type="checkbox"/> 10 UK verschachtelt in Anlehnung an alte Prothesen <input type="checkbox"/>		

Quintessenz Zahntechnik
Vorbehalten

Befund (Forts.)	<p>Vermessung der bisherigen Prothesen (z.B. für die Bisschablonenherstellung, Zahnaufstellung)</p>  <p>Vertikalabstand: Inzisalkante 11/21 u. Kieferkamm <input type="text"/> mm Sagittalabstand: Inzisalkante 11/21 vor Kieferkamm <input type="text"/> mm</p> <p>Vertikalabstand: zentr.Fossa 16 u. Kieferkamm <input type="text"/> mm</p> <p>Vertikalabstand: zentr.Fossa 26 u. Kieferkamm <input type="text"/> mm</p> <p>Transversalabstand zwischen den Lingualflächen der Zähne 16-26 <input type="text"/> mm</p> <p>Vertikalabstand: zentr.Fossa 46 u. Kieferkamm <input type="text"/> mm</p> <p>Transversalabstand zwischen den Lingualflächen der Zähne 46-36 <input type="text"/> mm</p> <p>Vertikalabstand: zentr.Fossa 36 u. Kieferkamm <input type="text"/> mm</p> <p>Vertikalabstand: Inzisalkante 41/31 u. Kieferkamm <input type="text"/> mm Sagittalabstand: Inzisalkante 41/31 vor Kieferkamm <input type="text"/> mm</p> <p>Bisshebung, -senkung im Verhältnis zu den bisherigen Prothesen Biss um <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> anheben <input type="checkbox"/> absenken</p>
Therapie	<p>Arbeitsunterlagen an Labor</p> <p><input type="checkbox"/> Situationsmodelle <input type="checkbox"/> Situ-Modelle der vorherigen Prothesen</p> <p><input type="checkbox"/> Funktionsmodelle</p> <p><input type="checkbox"/> Zentrikregistrat <input type="checkbox"/> Protrusionsregistrat <input type="checkbox"/> Laterotrusionsregistrat</p> <p><input type="checkbox"/> Gesichtsbogen</p> <p><input type="checkbox"/> Ästhetikschablone</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
	<p>Gewünschte Zahngarnituren</p> <p><input type="checkbox"/> integral® <input type="checkbox"/> Frontz. <input type="checkbox"/> Seitenz.</p> <p><input type="checkbox"/> Polystar® Selection <input type="checkbox"/> Frontz.</p> <p><input type="checkbox"/> Polystar® <input type="checkbox"/> Frontz. <input type="checkbox"/> Seitenz.</p> <p>andere _____</p> <p>Zahnform</p> <p>integral® und Polystar® Selection</p> <p><input type="checkbox"/> C-Form: Cervikal-betont</p> <p><input type="checkbox"/> B-Form: Body-betont</p> <p><input type="checkbox"/> I-Form: Inzisal-betont</p> <p><input type="checkbox"/> B-I-Form (nur Polystar® Selection)</p> <p>Größe _____</p> <p>Polystar® und andere</p> <p><input type="checkbox"/> dreieckig <input type="checkbox"/> quadratisch</p> <p><input type="checkbox"/> rechteckig <input type="checkbox"/> oval</p> <p>Formbezeichnung _____</p>
	<p>Okklusionskonzept</p> <p><input type="checkbox"/> Balancierung</p> <p><input type="checkbox"/> Eckzahn-Prämolaren-Führung</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
	<p>Sonstiges (Prothesenkörpergestaltung, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



Was können wir für Sie tun? – Wir können etwas für Sie tun!

Auf den ersten Blick scheint die Dame auf der Abbildung 7 recht zufrieden mit ihrem Zahnersatz zu sein. Viele Patienten haben sich aber auch tapfer an ihre „Dritten“ gewöhnt und finden diese eigentlich soweit ganz in Ordnung.

Bei näherer Betrachtung des Zahnersatzes lässt der ästhetische Eindruck jedoch viele Wünsche offen (Abb. 8). Anhand der „Checkliste“ (Abb. 9) versuchen wir nun zu erfahren, „was hat ... besonders gut gefallen?“ beziehungsweise „was hat ... besonders missfallen?“

Oft gibt es auf diese Fragen überraschende Antworten, die aber ohne diese Fragen zu stellen, nie zu Tage gekommen wären.

Viele Patienten möchten keine exakt „gerade“ aufgestellten Frontzähne haben, häufig kommt bei der Befragung die Anregung, die Zähne, besonders im Unterkiefer, etwas verschachtelt aufzustellen, damit es nicht so „künstlich“ aussieht. Besser kann man einen Menschen gar nicht motivieren, als ihn in die Entstehung seiner neuen Zähne mitentscheidend eingreifen zu lassen.

Aufgrund der Illustrationen (Abb. 10) können verschiedene grundsätzliche Stellungen der Frontzähne erläutert werden. Viele Patienten können anhand dieser Anregungen helfen, die Anordnung ihrer „früheren“ Zähne wieder zu erkennen. Anschließend besteht



Abb. 7 und 8 Auf den ersten Blick scheint die Patientin sehr zufrieden zu sein, auf den zweiten lässt der ästhetische Eindruck aber viele Wünsche offen.

Anamnese	Patient trägt bereits Zahnersatz seit <u>23</u> Jahren.	
	Unverträglichkeiten <u>keine</u>	
	Allergiker/in <input type="checkbox"/> <u>keine</u>	
	Was hat dem Patienten an seiner bisherigen Prothese besonders gut gefallen?	Was hat dem Patienten an seiner bisherigen Prothese besonders missfallen?
	<u>Aufstellung und Bisphöhe (1)</u>	<u>lockerer Sitz der unteren Prothese</u>

Abb. 9 Die Checkliste hilft zu erfahren, welche positiven und negativen Erfahrungen der Patient mit seiner alten Prothese gemacht hat.



Den Menschen so verändern wie er war!

Ein weiterer wichtiger Schritt in der Erfassung der Informationen ist die Rekonstruktion der Bisslage. An dieser Stelle muss der entscheidende Schritt weg von der Uniformität des Zahnersatzes vollzogen werden. Der Klassiker unter den Aufstellungen ist die Angle Klasse I, auch Normalbiss genannt, die Angle Klasse II₂, oft in Verbindung mit einem Deckbiss, ist gar nicht einmal so selten anzutreffen (Abb. 12 und 13). Angle Klasse I und II₂ sind in der Profilansicht nur bei genauer Betrachtung zu unterscheiden.

Der im Normalbiss aufgestellte Zahnersatz wird sich in die Gesichtsphysiognomie eines zahnlosen Menschen mit der Angle Klassifizierung II₂ eingliedern lassen, die veränderte Gesichtsphysiognomie wird nicht negativ auffallen, aber die Phonetik wird zwangsläufig beeinträchtigt sein. Der Aspekt der Phonetik ist somit der Indikator zur Auffindung der richtigen Position der Frontzähne.

Jede Bisslage bringt auch spezifische, ästhetische Charakteristika mit sich. Die Stellung der Frontzähne wirkt sich morphologisch auf die Mundschleimhaut aus. Auch die Abnutzung der oberen und unteren Frontzähne wird entscheidend von der Stellung zueinander beeinflusst

Diese Zusammenhänge zu erkennen und zu reproduzieren beinhaltet die Gestaltung von individuellem Zahnersatz (Abb. 14 und 15).

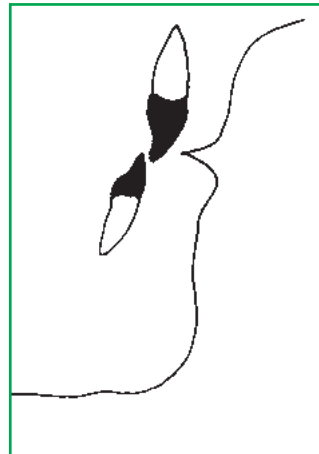
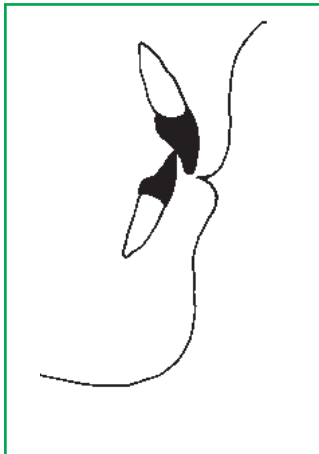


Abb. 12 und 13 Links: die Angle Klasse I; rechts: die Angle Klasse II₂, oft in Verbindung mit einem Deckbiss, ist gar nicht einmal so selten anzutreffen.

Abb. 14 und 15 Zusammenhänge zu erkennen und zu reproduzieren beinhaltet die Gestaltung von individuellem Zahnersatz.

„Ein Foto sagt mehr als tausend Worte“ – sagt ein Sprichwort. In diesem Sprichwort liegt oft der Schlüssel zur Lösung eines totalprothetischen Falles. Eine Makroaufnahme, auf der der Patient mit seinen eigenen Zähnen richtig ausgelassen lacht, wonach wir Form und Stellung nur noch übertragen müssten, wäre natürlich der Idealfall.

Oft kommen Patienten enttäuscht in die Praxis, haben kein schönes Foto von sich gefunden und bringen daher auch keines mit. Wie wichtig aber auch ein Foto sein kann, auf dem nicht gelacht wird, zeigt der im Folgenden dargestellte Patientenfall. Auf Abbildung 16 ist eine zentrische Okklusion erkennbar, trotz eingegliedertem Zahnersatz. Auf Abbildung 17 ist deutlich eine Rutsch-Protrusion durch abgenutzte Okklusalfächen der

Aus dem Alltag:
Auf den ersten Blick



Abb. 16 und 17 Rechts ist eine Rutsch-Protrusion durch abgenutzte Okklusalfächen der Seitenzähne erkennbar. Links: Zentrische Okklusion, wohlgemerkt: mit eingegliedertem Zahnersatz!



Abb. 18 Auch ein solches Foto kann helfen, die Physiognomie und gewohnte Bisshöhe und Bisslage des Patienten wiederherzustellen.



Abb. 19 Die Wiederherstellung der Physiognomie verlangte hier eine Anhebung der Bisshöhe um 1,5 cm.

Seitenzähne erkennbar. Deutlich sichtbar ist die Annäherung von Kinn und Nasenspitze. Ohne weiteres könnte man diese Bisslage dem Mesialbiss zuordnen.

Hier kommt Abbildung 18 ins Spiel. Sie zeigt deutlich, dass ein Foto, auch ohne Lächeln, nicht nur wichtig für Zahnform und Zahnstellung sein kann, sondern auch für die richtige Wiederherstellung der Physiognomie und der ehemals gewohnten Bisshöhe und Bisslage.

Anhand der Informationen aus dem Foto konnten Bisshöhe und Bisslage korrekt erarbeitet werden. Die Wiederherstellung der Physiognomie (Abb. 19) verlangte eine Anhebung der Bisshöhe um 1,5 cm.



Die Patientin eines Kunden beklagte den Halt ihrer totalen Ober- und Unterkieferprothesen.

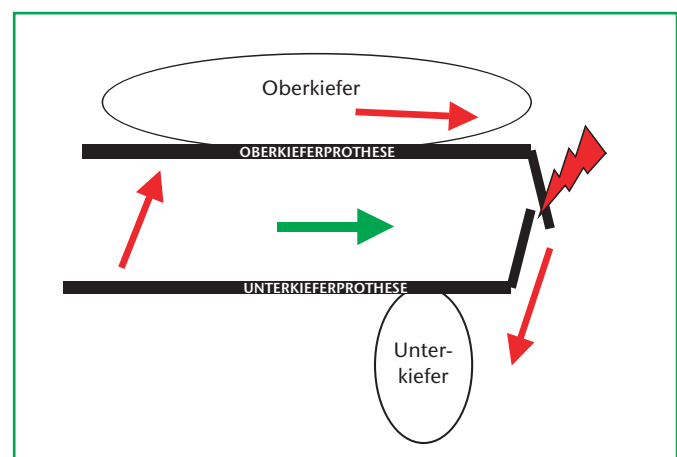
Ein Blick auf das Gesichtsprofil lässt die Problematik erahnen. Deutlich ist die Aufwölbung der Ober- und Unterlippe durch zu weit vor dem Kieferkamm positionierte Ersatzzähne zu erkennen (Abb. 20). Die erste Befürchtung, die jetzt getragenen Prothesen sollten bei ihrer Anfertigung eventuell Falten kaschieren, bestätigte sich nicht. Fakt ist: Die Unterkiefer Frontzähne stehen zu weit vor dem Kieferkamm und haben in zentrischer Okklusion Kontakt zu den oberen Frontzähnen.

Die Skizze verdeutlicht das Geschehen im Munde. Die unteren Frontzähne stoßen schon bei geringer Protrusionsbewegung gegen ihre Antagonisten. Da der Zahnersatz in diesem Bereich nicht auf seinem Fundament abgestützt ist, kommt es zu einem Abkippen der Prothese. Diese im anterioren Bereich wirkenden Kräfte haben über ihre Rotationsachse, dem geradlinig verlaufenden Kieferkamm im Frontzahnbereich, eine Auswirkung auf den Seitenzahnbereich. Dort hebt sich die Unterkieferprothese in kranialer Richtung von ihrem Fundament ab. Dabei drücken die unteren Seitenzähne gegen die oberen und schieben die obere Prothese in anteriore Richtung. Diese Schubbewegung löst den oberen Zahnersatz, was eine für den Prothesenträger unangenehme Rotation des Zahnersatzes in Gang setzt.

Das Aufstellkonzept TiF® sieht in seiner Modellanalyse eine Lösung dieses Problems vor: Die Kieferkammmitte wird eingezeichnet. Parallel dazu wird eine Linie, im tiefsten Punkt der Umschlagfalte (im Bild rot markiert) verlaufend, ermittelt, diese beiden Linien legen den Aufstellbereich der unteren Frontzähne fest (Abb. 21). Die Basalflächen sollten dabei auf dem Verlauf der Kieferkammmitte aufgestellt werden, die Labialflächen sollten die anteriore Linie nicht überragen, die Gefahr eines Abkippens der Prothese bei Belastung ist somit weitgehend eliminiert.



Abb. 20 Ein Blick auf das Gesichtsprofil lässt die Problematik erahnen: Die Unterkieferfrontzähne stehen zu weit vor dem Kieferkamm und haben in zentrischer Okklusion Kontakt zu den oberen Frontzähnen.



Skizze: Das Geschehen im Munde.

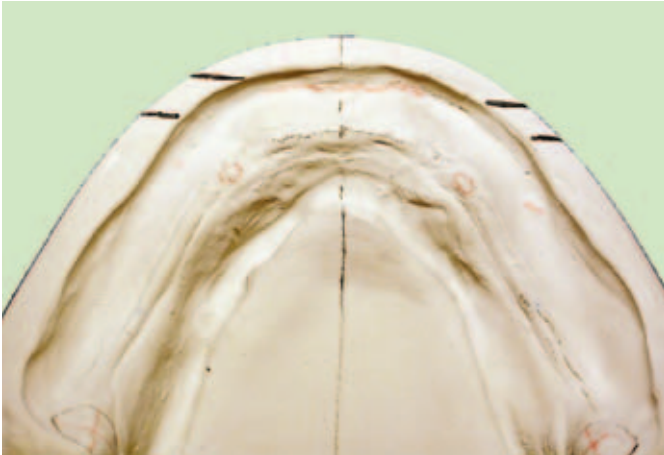


Abb. 21 Modellanalyse im Unterkieferfrontzahnbereich.



Abb. 22 Deutlich erkennbar sind die verbesserte Physiognomie und entspanntere Haltung der Patientin.

Die Einprobe Das ursächliche Problem, der Halt der Prothese, wurde somit gelöst. Ebenso sind die verbesserte Physiognomie und die entspannte Haltung der Patientin (Abb. 22) erkennbar.

Fazit Um die Totalprothetik aus der dunklen Ecke des Labors hervorzuziehen, braucht man Mut zur Veränderung (Abb. 23). Es ist wichtig, bereit zu sein, gewohnte Arbeitsweisen auf den Prüfstand zu stellen, neue Aspekte aufzugreifen und umzusetzen. Die Aufstellung der Zähne ist an sich nur eine Matrix – eine Umsetzung der Informationen. Hierbei ist uns das Patientendatenblatt als Kommunikationsschnittstelle eine hilfreiche Stütze zur Erfassung der grundsätzlichen Informationen zur Anfertigung von herausnehmbarem Zahnersatz. Die Anfertigung von totalem Zahnersatz kann sich nicht in ein Schema pressen lassen, ein Konzept als Leitfaden ist sehr hilfreich, es muss allerdings immer genug Spielraum bleiben, um auf die individuellen Gegebenheiten eingehen zu können.



Abb. 23 Um die Totalprothetik aus der dunklen Ecke des Labors hervorzuziehen, braucht man Mut zur Veränderung.



Beispiele



Abb. 24 Platz da! Prämolaren-aufstellung zur Erhaltung des Zungenfreiraums.

Abb. 25 Ist das Kauzentrum nach anterior verlagert, kann in einem variablen Konzept der erste Prämolare ohne funktionelle Einbußen wegfallen, um den ersten Molaren im Kauzentrum platzieren zu können.



Abb. 26 und 27 Die Anwendung einfacher Hilfsmittel zur Überprüfung der Zahnaufstellung im Seitenzahnbereich, gepaart mit der Erfassung von Informationen zur ästhetischen Gestaltung, bringen uns unserem Ziel näher ...

Abb. 28 ... zufriedene Gesichter!



ZTM Frank Poerschke
Dentallabor Arnulf und Frank Poerschke
Nieverner Str. 28 a, 56130 Bad Ems
Frank.Poerschke@Zahntechnikinfo.de

[Adresse des Verfassers](#)