

Hand in Hand zwischen Praxis und Labor

Gemeinsame Ausbildungsgrundlagen notwendig?

Die Implantologie ist einer der größten Wachstumsmärkte der letzten Jahre und diese Entwicklung wird sich auch künftig fortsetzen. Dieses starke Marktsegment stellt eine große Herausforderung für die implantologisch tätigen Praxen dar und fordert in gleichem Maße die beauftragten zahntechnischen Laboratorien. Kann der Ausbildungsstand beider Parteien mit der rasanten Entwicklung dieses Spezialgebiets mithalten und ist es sinnvoll, über gemeinsame Ausbildungsgrundlagen nachzudenken?

■ Unter Ausbildungsgrundlagen sind Mindestanforderungen an die Fertigkeiten und Kenntnisse der beteiligten Partner für die Planung, Gestaltung und Durchführung interdisziplinärer Konzepte in der implantologischen Versorgung zu verstehen. Dabei genügt es nicht, sich einmalig Grundkenntnisse anzueignen, diese müssen vielmehr ständig dem aktuellen Stand der Technik angepasst werden. Nur so kann ein Debakel, wie in Abbildung 1 und 2 dargestellt, vermieden werden. Gut zu erkennen ist, dass bei dieser Brückenanfertigung eklatante technische Fehler gemacht

worden sind. Noch deutlicher veranschaulicht Abbildung 3, in der eine Zwischensituation dargestellt ist, die aufgetretenen Unzulänglichkeiten.

Mit dem hier abgebildeten Zahnstatus wandte sich eine Zahnarztpraxis mit der Bitte um eine technische Lösung an unseren Betrieb. Trotz mehrfacher Reparaturen in der Praxis platzte die Keramikfacette immer wieder ab. Wie wir im Labor feststellen konnten, war ein zu gering dimensioniertes Gerüst ursächlich für das vorhandene Problem. Eine neue verstärkte, auf das alte Gerüst zementierte Gerüstkappe mit Verblendung



Abb. 1: Gebrochene Brücke 17–25, angefertigt 2005. – Abb. 2: Basale Ansicht. – Abb. 3: Abgebrochene Keramikfacette auf 13.



Abb. 4–5: Verschraubte Brückenkonstruktion. – Abb. 6: Greifswalder Verbundbrücke.



Abb. 7: Greifswalder Verbundbrücke. – Abb. 8–9: Frontzahnversorgung mit CAMLOG-Implanten.

sollte aus unserer Sicht für Abhilfe sorgen. Am Tag der Eingliederung der neuen Kappe wurde jedoch in der Praxis beim Patienten eine Fraktur des Brückengerüsts bei 13 distal und eine große Beweglichkeit des Gerüstteils 14 bis 17 festgestellt. Die daraus resultierenden Folgen sind in den Abbildungen 1 und 2 dokumentiert. Diese für den Patienten absolut unbefriedigende Situation hätte bei sorgfältiger Planung vermieden werden können. Es ist bereits zu hinterfragen, ob aus implantologischer Sicht ein einphasiges Implantatsystem in diesem Fall die richtige Entscheidung war. Eindeutig zu bemängeln ist jedoch mit Sicherheit die zahntechnische Ausführung. Eine festsitzende Verblockung natürlicher Pfeiler mit den Implantatpfosten war hier eindeutig kontraindiziert. Lösungsansätze wären hier eine verschraubte Konstruktion oder eine „Greifswalder Verbundbrücke“ gewesen (Abb. 4–7).

Es stellt sich die Frage, ob es eine Situation gab, in der die Ausführung dieser „Schlechtproduktion“ noch hätte gestoppt werden können. Wurde die Arbeit gemeinsam von Zahnarztpraxis und Labor geplant? Welcher der beiden Partner hätte hier wann Einwendungen bzw. Vorgaben machen können oder müssen? Beruht das Ergebnis dieser Zusammenarbeit nur auf mangelnder Kommunikation oder sind Ausbildungsdefizite dafür verantwortlich? Abschließend sind diese Fragen nicht eindeutig zu beantworten. Planungsfehler sind überall dort anzutreffen, wo einseitige Entscheidungen ohne Rücksprache mit dem Partner gefällt werden.

Wie an den Abbildungen 8–10 zu erkennen ist, hat die Inserierung der Implantate einen für das zahntechnische Meisterlabor unbefriedigenden Verlauf genommen. Es wäre erfreulich gewesen, wenn die Arbeit gemeinsam mit dem Labor geplant worden wäre. Aus nicht nachvollziehbaren Gründen wurde auf ein „Wax-up“ und die Bohrschablone verzichtet. Hieraus ergeben sich nicht nur große Schwierigkeiten bei der technischen Durchführung, sondern auch nicht absehbare Defizite für die kosmetische Gestaltung der Konstruktion. So zeigt Abbildung 10 zum Beispiel einen nach labial geneigten Aufbau. Der verantwortliche Behandler war sich anscheinend nicht darüber im Klaren, dass es für diese Implantatgröße bei der Firma keinen Winkelbau gibt.

Praxis und Labor Hand in Hand

Dies stellt durchaus keinen Einzelfall dar. Eine nicht systemkonforme Einbringung der Implantate und eine falsche Einschätzung der Gesamtsituation führen immer wieder zu Problemen. Dieses Manko wird nicht selten mit beschränkten finanziellen Mitteln der Patienten gerechtfertigt. Dabei sollte aber auch berücksichtigt werden, dass die Patienten, die sich für eine Implantatarbeit entscheiden, eine eigene ästhetische Vorstellung haben. Diese Wünsche sollten unbedingt in die Anfertigung der prothetischen Lösung einfließen. Dies bedingt eine gemeinsame Planung zwischen Behandler und Zahntechnikermeister. Parameter der

MAKE EVERY CASE COUNT



SICAT Implant

Jeder Fall zählt – nutzen Sie jetzt die einfache und sichere Art der Implantatplanung und -umsetzung:

- SICAT Implant 3D Software
- SICAT Bohrschablonen
- Workflow Integration

Aus der Praxis für die Praxis – SICAT entwickelt Lösungen gemeinsam mit Klinikern weltweit. Machen Sie sich selbst ein Bild! www.sicat.com

SICAT.



Abb. 10: Frontzahnversorgung mit CAMLOG-Implantaten. – Abb. 11: Verschraubte Brücke. – Abb. 12: Zementierte Brücke.



Abb. 13: Rechts Metallkeramik, links Zirkonkeramik. – Abb. 14: Individuelle Teleskopprothese auf Implantaten.

Planung sind vor allem Planungsmodelle, provisorische Aufstellung, „Wax-up“, Ästhetikeinprobe, CT/3-D-Planung, Bohrschablone und die sich daraus ergebende Festlegung des Implantatsystems und der Implantatposition.

Die unterschiedlichen Implantatsysteme bieten vielfältige Einsatzmöglichkeiten und technische Lösungen. Zu begrüßen wäre daher eine gemeinsame Absprache zwischen Praxis und Labor. Beide Partner haben divergente Begründungen für die von ihnen als sinnvoll angesehene Auswahl eines Implantats. So bevorzugt der Behandler ein Implantatsystem mit größtmöglicher Systemunterstützung, überschaubaren Investitionskosten, einer Vielfalt an Implantatkörpern mit einer innovativen Implantatoberfläche sowie einer gesicherten Implantatverbindung. Der Zahntechnikermeister dagegen richtet sein Augenmerk zwar auch auf die gesicherte Implantatverbindung, für ihn stehen jedoch die Menge der unterschiedlichen Implantataufbauten zur zahntechnischen Versorgung und die daraus resultierende Vielfalt des Materialeinsatzes im Vordergrund.

Hier treffen zwei Spezialisten mit unterschiedlicher Ausrichtung ihrer Fähigkeiten aufeinander, die bei gemeinsamer Schulung mit identischen Ausbildungsinhalten ein unschlagbares Team bilden könnten.

Fortbildungsreihe bringt die Lösung

Es gibt einen ersten Ansatz, der sich auf dem richtigen Weg befindet. Die DGZI-geprüfte Fortbildungsreihe: „Zahnärztliche und zahntechnische Implantatprothetik“ in Kooperation mit dem „FUNDAMENTAL Schulungszentrum“ wendet sich gleichermaßen an in der Implantologie ambitionierte Behandler und Techniker. Dabei handelt es sich um eine bereichs- und disziplinübergreifende Fortbildung, welche dazu führt, den Blick für den gesamten Indikationsbereich der Implantologie zu schärfen. Das Erlernen und Begreifen der unterschiedlichen Disziplinfelder wird ermöglicht. Auf Basis dieser Erkenntnis wurde auf Initiative des Autors am IZN/Meisterschule für Zahntechniker in Hannover ein eigenständiger Unterrichtsblock zum Thema Implantologie eingerichtet.

Als Team lassen sich gute Ergebnisse erzielen (Abb. 11–14). Schließlich wollen sowohl Behandler als auch Techniker zum Nutzen des Patienten agieren. In der Zusammenarbeit liegt die Stärke. Beide Partner profitieren letztlich von der Zufriedenheit des Patienten, wenn das Ergebnis der Arbeit dessen Wünschen entspricht. ■

KONTAKT

ZTM Thorsten Kordes
al dente Zahntechnik GmbH
Lange Straße 24
27232 Sulingen
E-Mail: DentaSoft@t-online.de

ANZEIGE

schärfer, pffiger, immer aufrecht im bild.

c-on III
Die einzige volldigitale Intraoral Kamera mit automatischer Bildrehung.

orangedental premium innovations

info: +49 (0)7351.474.99.0

patentiertes inside ASC-System