

Der Stützstift – Für interdisziplinär arbeitende Stützstiftspezialisten weitergedacht

Die moderne Interpretation der elektronischen Stützstiftregistrierung (II)

In diesem zweiteiligen Artikel zeigen Zahnarzt Dr. Andreas Million und Therapeut Claus Rahnenführer die Grenzen und Möglichkeiten der Stützstiftregistrierung. Das technisch generalüberholte IPR-Mess-System arbeitet nunmehr mit modernen und flexiblen Denkansätzen und bietet die bislang effizientesten und preisgünstigsten Möglichkeiten der elektronischen Stützstiftregistrierung.

Fortsetzung aus ZT 7-8/07

Als Vorgehensweise für eine Standardmessung hat sich folgende Reihenfolge bewährt:

Vorbereitung der Erstmessung

Der Zahnarzt nimmt am Patienten einen möglichst wenig gesperrten, jedoch nicht okkludierten, zentrischen Biss. Seit Jahren hat sich dafür ein knetbares Silikon bewährt, welches innerhalb von rund 30 Sekunden aushärtet und eine endgültige Mindesthärte von 95 Shore aufweist. Das Material kann sowohl im Mund des Patienten als auch am Modell sehr gut positioniert werden und fließt nicht.

Auf genaue Alginatabdrücke stellt der Zahntechniker präzise Modelle her.

Im Artikulator wird der Biss nach Entfernung des Bissregistrats auf eine Mindesthöhe eingestellt, bei der es gerade noch keinen einzigen Okklusionskontakt gibt. Diese Höhe ist in der Regel die Arbeitshöhe für die Schablonenherstellung. Die Bilder dazu können in der ersten Folge dieses Beitrags eingesehen werden. (Sicherlich gibt es bei dieser Anforderung, z. B. bei flachem Gaumen, Grenzen. Auch treten bei erwachsenen Patienten in einem sehr geringen Prozentsatz der Fälle Grenzen auf, die durch die schlechte Größe des Stützstiftsystems gesetzt werden. Gerade deshalb benötigt der Zahnarzt neben der hier vor-

gestellten Methode auch Alternativmethoden und deshalb bestehen wir bei bezahnten Patienten auf die grundsätzliche und individuelle Kreuzvalidierung der Stützstiftmethode mit anderen anerkannten Methoden der Bissregistrierung).

Erstmessung
Eine Erstmessung erfolgt grundsätzlich, bevor irgendwelche sonstigen diagnostischen und therapeutischen Eingriffe stattfinden. Einmal eingeübt, kann die vollständige Messabfolge von jedem Zahnarzt oder Kieferorthopäden schnell und einfach innerhalb weniger Minuten durchgeführt werden. In unserem interdisziplinären Arbeitskonzept erfolgen dann

teils bekannte, teils von uns selbst entwickelte, nicht gerätegestützte diagnostische Funktionsprüfungen, die den Rahmen dieses Beitrages sprengen würden. Anschließend erfolgt bei funktionsgestörten Patienten eine erste ursächliche therapeutische Sitzung und ggf. eine zweite Messung, die je nach medizinischer Indikationsstellung zu einer ersten Fixierung einer therapeutischen Position führen kann, die bei Bedarf mittels einer geeigneten Schienentherapie am Patienten wirken darf. Unsere Methode erlaubt uns, klar und sicher zwischen der Notwendigkeit einer Schienentherapie und/oder einer sofortigen Therapie von okklusalen nozizeptiven Elementen im Be-

reich von Zehntel- oder Hundertstelmillimetern zu unterscheiden. Der Vollständigkeit halber wollen wir hier dennoch auf einige grundsätzliche Feststellungen hinweisen: Es gibt vielerlei diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, die am offenen kybernetischen System Mensch zur Anwendung kommen können. Wir befürworten grundsätzlich jede diagnostische und therapeutische Form, die im Zug-, Druck-, Orientierungs-, Spannungssystem zu einer Auflösung unnötiger oder störender Muster führen, die ihrerseits zu Lösungen strukturell bedingter Einschränkungen der Mobilität und Motilität des gesamten Organismus führen.

In unserer praktischen Arbeit bevorzugen wir jedoch die Kombination vorgenannter Möglichkeiten mit schlüssigen sensomotorischen Testungen und vorübergehende Auflösungen expliziter Funktionsleistungen, die klare Aussagen zu den funktionellen Verknüpfungen zwischen Strukturen und Orientierungsleistungen ermöglichen. Unserer Ansicht nach kann erst dann von einer schlüssigen, beweisbaren und ursächlichen diagnostischen Prüfung von Ursachen-Wirkungsketten gesprochen werden.

Neben den physischen Ursachen können auch Wahrnehmungsstörungen und/oder psychische Faktoren zu funktionellen und koordinativen Blockaden führen, deren Wirkung auf die okklusalen Wechselwirkungen auch mittels Stützstiftmethode oftmals sehr schön aufgezeigt werden können. Deshalb: Wann immer Funktionsstörungen festgestellt werden, empfiehlt sich grundsätzlich auch die Anwendung der Stützstiftmethode. Doch Vorsicht: Nicht immer führt der Einsatz des Stützstiftes automatisch geradewegs zur Schienentherapie!

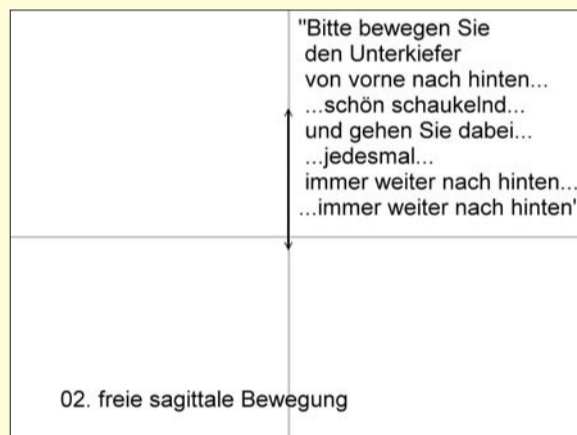
Es gibt in der funktionellen, systemischen Medizin vielerlei Möglichkeiten: Jahrelang haben wir beispielsweise zusammen mit der Podoätiologin Lydia Aich an sehr vielen Patienten auch klare und schlüssige Verknüpfungen bidirektional aktiver Verknüpfungsleistungen zwischen Propriozeption, Körperstellung und Okklusion beobachten können, die im Okklusionsspiel im Bereich von Zehntel- und Hundertstelmillimetern wirken und mannigfaltig wirksame Funktionsstörungen verursachen können. Im Umkehrspiel können Funktionsstörungen auch über diesen Zugang erfolgreich therapiert werden. Die Diagnostik und Therapie kann je nach Indikationsstellung durch strukturelle und funktionelle Reorganisation, die durch geeignete, systemische Körperarbeit begründet wird, auch durch postural aktive Maßnahmen an den Füßen – der Basis unseres Körpers – begleitet werden. Aber auch andere verwandte Zugänge sind ebenfalls wirksam: Unsere Berliner Kollegen Diehl, Sommerfeld, Wiemann und Schultz berichten beispielsweise (Quintessenz Team-Journal 7-8/2007) über eine erfolgreiche und begrüßenswerte Kombination zwischen Zahnmedizin, Kieferorthopädie, Ohr-Akupunktur, Physiotherapie, Stützstiftregistrierung und darauf abgestimmten zahntechnischen Umsetzungen. Wir flankieren unsere diagnostischen und therapeutischen Leistungen grundsätzlich auch durch Diagnostiken und Therapien der Wahrnehmungs- und Orientierungsleistungen (z. B. der Augen), die bekanntlich ebenfalls einen großen Einfluss auf den Tonus und das Stellverhalten der gesamten Muskulatur hat.



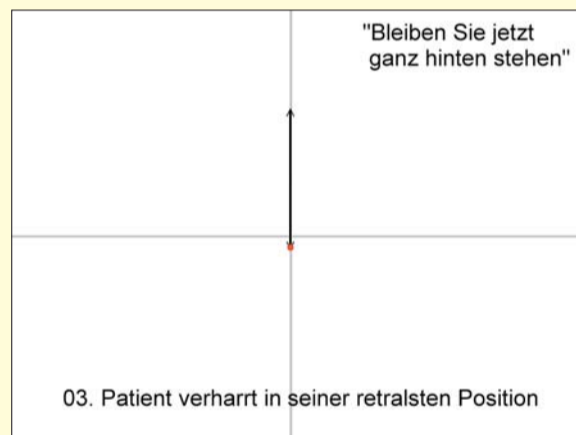
Schematischer Aufbau der IPR-Standardmessung. Punkte, Winkel, Kurven nicht im natürlichen Verhältnis zueinander. Sensormitte = 10,0 x 10,0



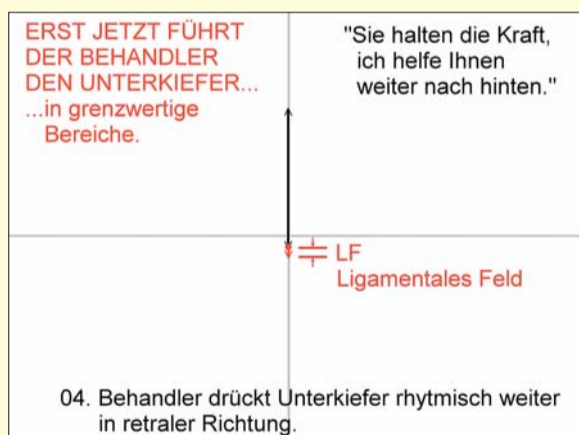
Erster Schritt: Treffpunkte aufzeichnen, einfache Schließbewegungen, punktuelle Kontakte.



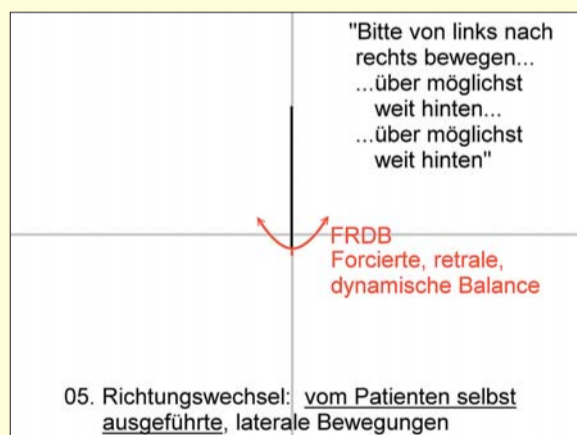
Zweiter Schritt: Erste Arbeitsrichtung: sagittal, freie Bewegung innerhalb der vom System vorgegebenen Schließkraft von 10 bis 30 Newton.



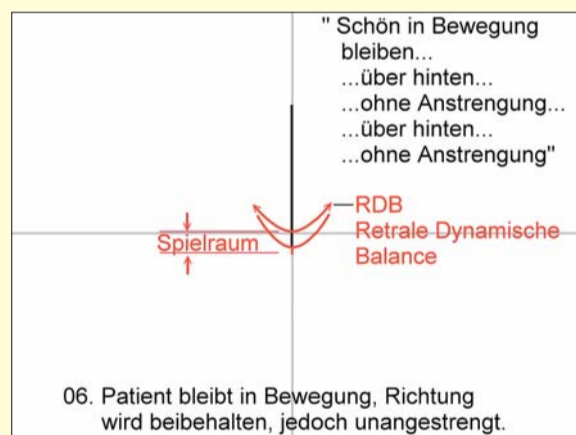
Dritter Schritt: Anschließend verharrt der Patient in seiner retralen Position.



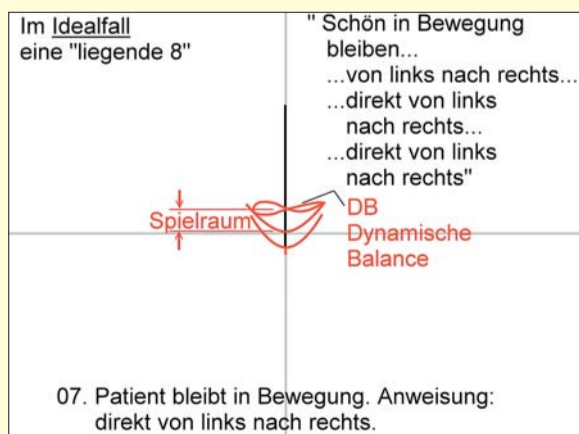
Vierter Schritt: Ermittlung des ligamentalen Feldes (LF). Dies ist der grenzwertige Bereich, in dem in der Regel nicht verschlüsselt wird.



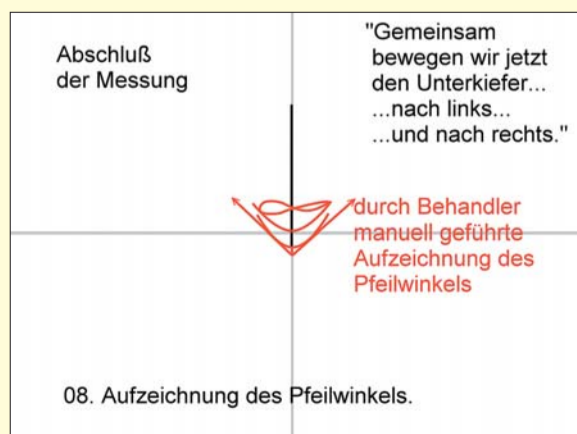
Fünfter Schritt: Richtungswechsel: transversal, vom Patienten selbst ausgeführte Bewegungen, Patientensprache: „von links nach rechts, über möglichst weit hinten“, Ermittlung der (selbst-)Forcierten, Retralen, Dynamischen Balance (FRDB).



Sechster Schritt: Patient bleibt in Bewegung, Richtung wird beibehalten, jedoch ohne (selbst-)Forcierung, Ermittlung der Retralen Dynamischen Balance (RDB).



Siebter Schritt: Patient bleibt in Bewegung, Richtung wird beibehalten, Anweisung: „Bitte direkt von links nach rechts“, Ermittlung der Dynamischen Balance.



Achter Schritt: Bei Bedarf eine durch den Behandler geführte, klassische Aufzeichnung des Pfeilwinkels.



Neunter Schritt: Bei Bedarf kann abschließend der erste Schritt wiederholt werden.