

Die perfekte Abformung ist zweifellos die Grundlage jeder ordentlichen prothetischen Arbeit. Bei feststehendem Zahnersatz sind die heute theoretisch erreichbaren Randgenauigkeiten von 50 µ nur dann möglich, wenn der Techniker auch eine zeichnungsscharfe und blasenfreie Abformung des Präparationsrandes als Arbeitsunterlage erhält.

Ein systematischer Weg zur guten Korrekturabformung

Autor: Wolfgang Boer

Dieses Ziel ist allerdings nur mit gleichbleibendem Erfolg zu erreichen, wenn eine konsequente Systematik mit darauf abgestimmten hochwertigen Materialien umgesetzt wird. Aus Jahren (auch schlechter) Erfahrungen hat sich bei uns deshalb eine strikt eingehaltene Abfolge entwickelt, die immer mit einer auf die patientenspezifischen Anforderungen angepassten Hygienephase beginnt: Ordentliche Arbeit ist einfach nicht möglich, wenn bei der leichtesten Berührung die Gingiva anfängt zu

Chirurgische Vorbehandlung

Erst wenn die parodontale Situation sauber und reizlos ist, schließt sich die konservierende und falls erforderlich chirurgische Vorbehandlung an. Dabei werden auch alle Aufbaufüllungen für den feststehenden Zahnersatz adhäsiv gelegt und ggf. erforderliche endodontische Behandlungen durchgeführt. Erst danach wird die definitive prothetische Planung erstellt. So kann es nun nicht mehr zu Überraschungen während der

Präparation

Die eigentliche Präparation sollte so atraumatisch wie möglich für die Gingiva ablaufen. Dabei legen wir nicht, wie häufig empfohlen, zuerst einen Faden, da sich dieser eigentlich regelmäßig im Schleifer verfängt. Stattdessen wird das Zahnfleisch mit geeigneten Abhaltern vor Verletzungen durch die rotierenden Instrumente geschützt. Gleichzeitig versuchen wir, wenn immer möglich, gerade eben adgingival mit der Präparationsgrenze zu bleiben. Das Ziel sollte es sein, dass der Gingivalsaum voraussehbar auch nach dem Eingliedern der Restauration exakt dort bleibt, wo er vor der Präparation lag, um später freiliegende Kronenränder zu vermeiden. Deshalb lehnen wir die elektrochirurgische Freilegung der Präparationsgrenze strikt ab, da es hierbei unvermeidlich zu einem leichten Narbenzug in der Abheilungsphase kommt. Dadurch kann sich der Zahnfleischsaum in unkalkulierbarem Maße zurückziehen, was für ein vorhersehbares ästhetisches Ergebnis nicht akzeptabel ist. Gleiches gilt auch für das Legen der Retraktionsfäden: Nicht umsonst wird in der Parodontologie für das Sondieren der Taschentiefe ein maximaler Druck von 10 g gefordert, um traumatisch bedingte zu tiefe Messungen zu vermeiden. Werden Retraktionsfäden unter zu hohem Druck in die Tasche hineingezwungen, so besteht die Gefahr der Ablösung des Gingivalsaumes



Abb. 1: Der präparierte Zahn 14 nach dem Legen der Fäden.

Abb. 2: Das Light-Body-Material Affinis Precious (Coltène/Whaledent) wird für die Korrekturabformung appliziert...

Abb. 3: ...und mit einem leichten Luftstrom zusätzlich in den Sulkus getrieben.

bluten. Vor dieser Hygienephase werden grundsätzlich nur Notfallbehandlungen durchgeführt und zwischenzeitlich mit Provisorien versorgt.

Präparationssitzungen kommen, die den weiteren Behandlungsablauf verzögern oder sogar eine Umplanung erforderlich machen.