

Der Umgang mit komplexen ästhetischen Wünschen im Alter

Autor: Dr. Martin Jaroch, M.Sc.

In der Praxis stellen die Patienten 60 plus zum Teil eine große Herausforderung dar. Nicht wenige haben bereits multiple Versorgungen von unzähligen Zahnärzten erhalten, die zum Teil deutlich in die Jahre gekommen sind. Diese Versorgungen sind in der Regel schwierig, da sie zum einen unterschiedlich alt sind, zum anderen aber auch Systeme zum Einsatz gekommen sind, die man heute so nicht mehr kennt. Häufig ist die Bisslage weit vom Ursprung entfernt und die Patienten stören sich – anders als in den letzten Jahren – vermehrt an ihrem Aussehen. Mehr denn je ist bei dieser Altersgruppe zu spüren, dass der Druck nach gesundem und jungem Aussehen auch in dieser Generation angekommen sein muss.

Abb. 1–3: Zustand der Patientin bei der Eingangsuntersuchung mit dem Wunsch einer ästhetischen Korrektur der Oberkieferfront. Bereits jetzt wird die Vielzahl von nötigen Behandlungsschritten deutlich.



Hauptbetrachtungspunkt ist für die Patienten die Ästhetik mit einem starken Fokus auf die Front. Auch wenn wir als Behandler in der Regel sofort erkennen, dass die Vertikaldimension oder Ähnliches deutlich verändert erscheint und die Probleme weit-aus tiefer liegen, ist es in vielen Fällen sinnvoll, bei diesen Jahrgängen nicht mit der Tür ins Haus zu fallen und eine Komplettanierung vorzuschlagen. Oftmals sind die Patienten mit diesem Konzept überfordert. Diese Altersgruppe ist sehr offen für alles, was optisch von Vorteil ist, sie verlangt aber deutlich mehr Aufmerksamkeit und ein überaus großes Maß an Aufklärungsarbeit. Überdies sollte der Behandler das Alter und die allgemeine gesundheitliche Situation nicht außer Acht lassen, da die Belastungsgrenze ganz anders anzusiedeln ist als bei einem Mittdreißiger. Werden diese Grenzen durch den Zahnarzt nicht erkannt, dann enden große ästhetische Rekonstruktionen für beide Parteien in einem Fiasko.

Der vorgestellte Patientenfall soll aufzeigen, wie der Weg bei Neupatienten dieses Jahrgangs in der Regel gut funktionieren kann und weder der Patient noch der Zahnarzt auf der Strecke bleibt. Dabei konzentrierten wir uns in diesem Fall auf eine einfache Lösung unter der Verwendung von gefrästen Arbeiten aus IPS e.max (Ivoclar Vivadent).

Die Patientin hatte den Wunsch, sich zu ihrem 75. Geburtstag ein wenig zu verändern und ihr Aussehen zu optimieren (Abb. 1–3). Aus Sicht des Behandlers wurde die Vielzahl an Problematiken bei der Befundaufnahme sofort deutlich: Veraltete Brücken, die zum Teil insuffizient waren, ungünstig ausgeformte Kompositbereiche in der Front, Staffelstellungen der Frontzähne, alte Implantatkronen und zu



guter Letzt ein abradiertes Restgebiss mit dem Verlust der Vertikaldimension (Abb. 4–9). In einem solchen Fall ist es sinnvoll, den Patienten seine ästhetischen Wünsche äußern zu lassen und ihm im Anschluss zu erklären, wie er dieses Ziel in Etappen erreichen kann. Als sehr hilfreich hat sich eine Fotoanalyse erwiesen, die mit dem Patienten besprochen wird und die den Patienten verstehen lässt, wie sein ästhetischer Wunsch zu realisieren ist. Im Anschluss wird dem Patienten anhand eines Wax-ups aufgezeigt, wie eine Versorgung sinnvoll aussehen sollte und wie man diese Versorgung aufteilen kann (Abb. 10–12). Im vorliegenden Fall war neben der Herstellung einer funktionierenden Ästhetik vor allem das Problem der Vertikaldimension im ersten Schritt zu lösen. Hierzu wurde nach Ermittlung der Vertikalen eine Bisserrhöhung in eine Schiene einge-

arbeitet, welche von der Patientin einen Monat lang getragen worden ist. Die Patientin hatte mit der angegebenen Vertikaldimension keine Mühe, sodass die weitere Planung der Prothetik erfolgen konnte. In einem ersten Schritt wurde ermittelt, mit welchen Implantaten die Patientin versorgt worden ist, um rechtzeitig die nötigen Instrumente und Aufbauten parat zu haben. Im Falle der Patientin waren es über 20 Jahre alte Brånemark-Implantate mit verschraubten Kronen. Da es bei der Entfernung solcher Arbeiten nicht selten zu Problemen wie Schraubenbrüchen oder auch einpolymerisierten Schrauben kommt, werden die Kronen gelöst und im Anschluss wieder befestigt. Im vorliegenden Fall waren zwar alle Schraubenköpfe mit Kunststoff aufgefüllt, doch mit speziellen Ultraschallspitzen gelang die Freilegung der Schraube und das Lösen der Aufbauten.

Abb. 4–9: Intraorale Darstellung der Ausgangssituation.

Abb. 10–12: Darstellung des Wax-ups, welches zur Visualisierung der geplanten Arbeit dient.

Abb. 13: Darstellung der Kronen auf dem Modell.



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12



Abb. 13

Bei der Präparation wurden die Arbeitsschritte aufgrund des Alters der Patientin in Ober- und Unterkiefer aufgeteilt. Präpariert wurde zunächst im Unterkiefer an den natürlichen Zähnen. Die Herstellung der Implantatkronen erfolgte erst nach definitiver Insertion der Kronen mit der neuen Vertikaldimension, um eine kombinierte Implantat-Pfeiler-Abformung zu vermeiden und mehr Sicherheit zu erhalten (Abb. 13). Zudem hat das bei Patienten dieses Jahrgangs den ganz großen Vorteil, dass sie nur sehr kurze Abschnitte haben, in denen sie kaum vernünftig essen können. Nach erfolgreicher Versorgung des Unterkiefers folgte die Präparation der Oberkieferfront, bei der im ersten Schritt die Zähne von 13 bis 23 präpariert worden sind (Abb. 14). Dies war für die Patientin besonders wichtig, denn wie eingangs

Abb. 14: Darstellung der Präparation mit eingelegtem Faden.



Abb. 14

erwähnt, kam sie nicht mit dem Wunsch nach einer Korrektur der Vertikalen, sondern nach einer Korrektur der Ästhetik. Diesen Weg gehen wir bei uns in der Praxis sehr gerne, um dem Patienten nach langen Behandlungsphasen, in denen er optisch nicht entscheidend verändert wird, auch das Gefühl zu vermitteln, dass sich die Behandlung für ihn lohnt. Bei der Patientin konnte im Oberkiefer eine Staffellstellung beobachtet werden, die aber bei dem geringen Rotationsgrad nicht zusätzlich präprothetisch mittels Kieferorthopädie korrigiert werden musste. Nach Präparation wurde die Patientin mit einem Provisorium versorgt, welches wir bei dieser Patientengruppe aus Gründen der verkürzten Behandlungszeiten sehr einfach halten. Gleichzeitig melden wir die Arbeiten im Vorfeld im Labor an, sodass nur eine extrem kurze provisorische Zeit von fünf bis sieben Tagen zu überbrücken ist (Abb. 15 und 16). Die Restauration im Oberkiefer wurde zeitgleich mit der Fertigstellung der Unterkiefer-Implantatkronen eingegliedert (Abb. 17–19).

Neben der Art der Präparation machen wir uns stets große Gedanken bei der Wahl des richtigen Materials. Wir entscheiden uns bei Patienten 60 plus in der Regel immer für eine IPS e.max-Restauration (Ivoclar Vivadent), da diese diverse Vorteile bietet. Je nach Anforderung kann der Behandler zwischen ISP e.max Ceram, IPS e.max Lithium-Disilikat und IPS e.max Zirkoniumoxid wählen. Das ist zum einen sehr einfach und strukturiert, zum anderen erhält



Abb. 15



Abb. 16



Abb. 17



Abb. 18

Abb. 15 und 16: Die Provisorien werden in der Regel nur grob ausgearbeitet, da diese nur sehr kurz verbleiben und so die Sitzungszeiten deutlich reduziert werden können.

Abb. 17 und 18: Darstellung der Arbeit vor endgültiger Eingliederung. Die Patientin erhält noch eine Rekonstruktion der Oberkieferseitenzahnsituation.

man in jedem Kieferbereich die Keramik, die Patienten mit multiplen Versorgungen benötigen. Je nach Indikation und benötigter Festigkeit erhält der Zahntechniker bei IPS e.max Ceram das passende Gerüstmaterial: Lithium-Disilikat-Glaskeramik (LS2) oder Zirkoniumoxid (ZrO_2). Des Weiteren ist der Vorteil darin zu sehen, dass die verblendeten Schicht-

keramik-Restaurationen die gleichen Abrasions-eigenschaften und den gleichen Oberflächenglanz aufweisen. Dies sorgt für eine durchgehend ausdrucksstarke Ästhetik. Sollte eine erhöhte Festigkeit bei gleichzeitiger ästhetischer Flexibilität notwendig werden, kann man auf IPS e.max Lithium-Disilikat als Alternative ausweichen. Dieses ermöglicht sehr grazile Präparationen und natürliche Ästhetik – unabhängig von der Farbe des präparierten Stumpfes, welche vor allem bei älteren Patienten stark variieren kann.



Abb. 19a

Abbildung 19 zeigt die definitive Versorgung der Front von 13 bis 23 in Kombination mit dem vollständig versorgten Unterkiefer und der korrigierten Vertikaldimension. In einem letzten Schritt wird die Patientin zukünftig im Seitenzahnggebiet des Oberkiefers saniert, diese Sanierung erfolgt aber erst nach ihrem 75. Geburtstag – ihrem Etappenziel. So stellen wir sicher, dass die Patienten dieser Altersgruppen stets ihre ihnen sehr wichtige Lebensqualität erhalten und auch Etappenziele deutlich erkennen können. Das fördert die Motivation und den Willen nach mehr.

Abb. 19a und b: Endversorgung.



Abb. 19b

Kontakt



**Dr. med. dent.
Martin Jaroch, M.Sc.**
Die Zahnarztpraxis in Singen
Für Zahn. Mundraum. Mensch.
Am Posthalterswäldle 28
78224 Singen
www.drjaroch.de

Infos zum Autor

