

# Optimierung der vorhandenen Totalprothese

| Ernst Otto Mahnke

Die Totalprothese ist auch heute immer noch die gängige Zahnersatzversorgung des zahnlosen Kiefers. Sie ist in den meisten Fällen nicht funktionsoptimiert, aber der geduldige Träger hat damit zurechtzukommen. Wo liegt die Ursache der offensichtlichen und versteckten Mängel? Beim Patienten, beim Behandler, bei der Komplexität des Systems? Oder in der GKV-Bewertung? Wo verbergen sich hier die Probleme, die es zu lösen gilt?



Abb.1–3: Beispiele für die Ästhetik nach Optimierung einer Totalprothese.

**D**ie Optimierung der vorhandenen Totalprothese ist für uns Behandler das ideale Trainingsgebiet zum Aufzeigen unseres Könnens – eine noch bessere Möglichkeit als bei einer Neuversorgung des zahnlosen Kiefers. Voraussetzung unsererseits ist dabei die absolute Einsatzbereitschaft mit langem Atem und umfassendes Know-how. Das Für und Wider möchte ich hier nicht ausbreiten, aber aus dem vorhandenen Totalersatz das Optimum für unsere Patienten herausarbeiten. Zu diesem schwierigen Behandlungsablauf möchte ich im Folgenden Hilfestellungen und Tipps geben.

## Das „Problem“ Totalprothese

Haben wir einen Patienten, der schon langjährig mit einer Totalprothese lebt,

zufrieden ist und dessen funktionelle und ästhetische Ansprüche befriedigt sind, handelt es sich um eine GKV-Versorgung oder um einen sogenannten „Komfort-Zahnersatz“.

Reklamiert er aber Unzulänglichkeiten, stellt er neue Ansprüche an seinen Zahnersatz, wird nach einer Unterfütterung verlangt, plant er eine Neuversorgung. Ist unser Patient bisher festsitzend mit Kronen-Brücken-Konstruktionen versorgt, und es ist die Totalamputation geplant, geht es um die Erweiterung einer partiellen Prothese durch anstehenden Verlust der Restbezzahnung. Fordern die Fachkollegen die Extraktion aller Zähne, fordert der PA-Status die Maßnahme, lässt uns der Schmerzfall keinen planerischen Spielraum.

Mit einer Arbeitsanleitung und -unterstützung möchte ich der Totalprothese den Schrecken nehmen, den sie nach wie vor oder mehr denn je bei vielen Behandlerinnen und Behandlern verbreitet. Aus eigener Erfahrung weiß ich um die Schwierigkeiten und Probleme im Arbeitsgebiet Totalprothetik, denn auch in der studentischen Ausbildung spielt die Totalprothese nur eine Nebenrolle und das setzt sich im späteren Praxisalltag leider fort. Wir brauchen mehr Grundlagen und Wissen für ein sicheres und erfolgreiches Vorgehen am Patienten, der mit unserer angebotenen Totalprothesenversorgung leben will oder leben muss. Selbst bei dem aktuellen Stand der Technik und somit alternativen Versorgungsmöglichkeiten ist die Totalprothese für mich in den

meisten Fällen noch die Versorgung der Wahl. Auf unsere Ausbildungs- und Wissensdefizite und daraus resultierende Mängel im Behandlungsergebnis können und müssen wir direkt Einfluss nehmen.

### Der Behandlungsverlauf

Die Qualität der Prothesenlager, die Ansprüche und Gewohnheiten der Patienten sind als Behandlungsvorgabe hinzunehmen. Jetzt erfolgt die Abwägung für uns Behandler, ob die geforderte Leistung fachgerecht erbracht werden kann und ob unser Leistungsprofil zu den individuellen Erfordernissen am Patienten passt.

Die Erwartungshaltung des Patienten und sein psycho-sozialer Status können diese Entscheidung beeinflussen und erschweren, die Behandlung sogar unmöglich machen. Hier gibt uns beispielsweise der Fragenkatalog nach Müller-Fahlbusch und der Stress-Fragebogen von Ahlers/Jakstat eine zusätzliche Entscheidungshilfe. Ist der Patient kooperativ und nach Müller-Fahlbusch als stabil einzuordnen oder die Summe der Stresspunkte ist unbedenklich, kann weitergehend geplant werden.

Wie gehen wir nun in der Folge vor, wenn wir unseren Patienten funktionsgerecht und ästhetisch anspruchsvoll mit einer Totalprothese oder mit der Kombination OK/UK versorgen wollen? Vor eine Neuversorgung stellen wir immer die Optimierung des getragenen Zahnersatzes, denn der Zustand der alten Prothesen gibt den Optimierungsaufwand und die Arbeitsschritte vor. Alle angestrebten Parameter für eine Neuversorgung werden mit der Optimierung Step by Step so weit wie möglich herausgearbeitet. Bei Risikopatienten sollte darauf geachtet werden, dass der vorhandene Zahnersatz nicht irreversibel verändert wird und eine temporäre Trainingsokklusion hier erforderlich und möglich ist. Eine temporäre Ventilrand-Modellation ist dabei zulässig. Nach dem Einrichten einer Trainingsokklusion in zentrischer Relation mit Kontroll-Remontage muss von dem Patienten eine positive Reaktion ausgehen. Gezieltes Befragen durch den Behandler erleichtert das gesicherte Antworten des Patienten.

Entsprechende Beschreibungen und freundliche, offene Erklärungen des Patienten machen für uns den Weg frei. Ein solides Maß an Skepsis kann vorhanden sein, dennoch können jetzt alle Optimierungsregister gezogen und eingesetzt werden (Dimensionsoptimierung, Ventilrandoptimierung, Kongruenzoptimierung, Bisshöhenoptimierung, Relationsoptimierung, Okklusionsoptimierung, Ästhetikoptimierung).

Das Umarbeiten des Zahnersatzes zu einer Komfortversorgung hat jedoch seinen Preis. Dazu wird der Kostenrahmen nach GOZ schriftlich erstellt, mit dem Patienten besprochen und nach Zusage und Unterschrift kann mit der Arbeit begonnen werden.

In der Totalprothetik kommt die positive Rückmeldung des Patienten sofort

oder nie, denn mit der Tragedauer verändert sich Sitz und somit Funktion des Zahnersatz zum Negativen.

**ZWP online**

**Die detaillierte Arbeitsanleitung** zur Optimierung der vorhandenen Totalprothese vom Autor kann kostenlos unter [www.zwp-online.info/fachgebiete/zahn-technik](http://www.zwp-online.info/fachgebiete/zahn-technik) heruntergeladen werden.

**autor.**

**Ernst Otto Mahnke**

Praxisgemeinschaft Mahnke

Tel.: 0 50 21/1 66 33

Fax: 0 50 21/97 31 29

E-Mail:

Zahnaerzte-Nienburg-Lgd@kabelmail.de

ANZEIGE

**minilu**  
ist da!

Praxis-Material  
supergünstig,  
superschnell,  
supereinfach:  
[www.minilu.de](http://www.minilu.de)

**minilu.de**  
... macht mini Preise