

Festsitzende Implantatversorgung eines stark atrophierten Oberkiefers

Silikonschlüssel zum Erfolg – Teil 1

Ein Beitrag von Ztm. Ralf Bahle, Leutkirch/Deutschland

Immer wieder tauchen sie in Fachbeiträgen auf – die ästhetisch perfekten Lösungen. In traumhaften Abschlussbildern zeigen zahn-technische Größen, welche Talente in ihnen stecken. Gerade die Implantatprothetik ist eine Disziplin, in der sich der Zahntechniker „austoben“ kann. Wenn schon nicht aus funktioneller, dann doch aus ästhetischer Sicht. Teamwork wird in diesem Zusammenhang – beinahe kategorisch – propagiert; dass es ohne nicht geht, dürfte mittlerweile allen klar sein. Dennoch vermitteln die Beiträge und Abschlussbilder ein klein wenig den Eindruck, dass sich dieses Teamwork nur auf die Schultern der Fachleute aufteilt. Es handelt sich aber in jedem Fall um ein Triumvirat aus Patient, Behandler und Zahntechniker, bei dem die Vorstellungen und Wünsche der Einzelparteien oft stark auseinander gehen. Natürlich sollten die fachspezifischen Entscheidungen auch von den Fachleuten entschieden werden. Wie aber steht es um die Ästhetik? Die liegt ganz klar im Auge des Betrachters – und das ist in erster Linie nun mal der Patient, der sich Tag für Tag im Spiegel sieht. Ztm. Ralf Bahle zeigt in diesem dreiteiligen Beitrag seine pragmatische implantatprothetische Vorgehensweise, bei der in Punkto Ästhetik der Patient das Sagen hat. In diesem Fall sollte die neue implantatgetragene Oberkieferversorgung dem ästhetischen Vorbild der schleimhautgetragenen Totalprothese folgen.

Indizes: Abformung, Modellherstellung, Silikonschlüssel, provisorische Versorgung, Vorplanung, Zentriknahme

Am Anfang ist der Patient

Da größere implantatprothetische Rekonstruktionen im Dentallabor von Ztm. Ralf Bahle beinahe zum Wochengeschäft gehören, ist es verständlich, dass sich das Labor ein pragmatisches Konzept erarbeitet hat, das schnell und einfach umzusetzen, ästhetisch und funktionell ist und vor allem zuverlässige und langzeitstabile Ergebnisse liefert. Ralf Bahle hat sich daher implantatprothetisch aber auch bezüglich der Patientenberatung fort- und weitergebildet. Gerade der letzte Punkt wird aus Zeitmangel oft vernachlässigt, ist aber laut Ralf Bahle ein Mehraufwand, der sich im weiteren Verlauf vielfach rechnet. Denn die Zeit, die hierfür erbracht wird, spart man an anderer Stelle zum Teil doppelt und dreifach ein.

Konkret heißt das, dass der Patient bei großen Restaurationen grundsätzlich zur Besprechung in das Labor kommt. Eine spezielle Fragetechnik (offene Fragen) und ein angenehmes und nicht laborhaftes Ambiente, erleichtern es uns zu erfahren, was der Patient wirklich will. Schließlich soll nicht der Leitsatz „Fachidiot schlägt Kunden tot“ gelten. Es reicht nicht aus, bei diesem Treffen die Zahnfarbe zu ergründen/bestimmen, sondern sich ein konkretes Bild davon zu machen, was der Patient will. Zudem erheben wir eine Art zahn-technischen Befund (Zahnform, Zahnfarbe, Stellung und Position der Zähne), nutzen aber gleichzeitig die Chance, um an die subtilen Informationen zu kommen. Diese müssen wir, wenn wir den Patienten nicht enttäuschen wollen,

Abb. 1

Bei aufwändigen Rekonstruktionen ist es immens wichtig, so viele Informationen wie möglich zu sammeln. Neben dem Ist- und Sollzustand hat es sich bewährt, aus alten Fotos zu lesen. Hier ist die Patientin in jungen Jahren abgebildet



Abb. 2

Die aktuelle Aufnahme, die natürlich im Zuge des Beratungsgesprächs gemacht werden sollte, zeigt eine attraktive und selbstbewusste Dame



Abb. 3 Der aktuelle Status quo der Patientin: eine schleimhautgetragene Oberkiefer-Totalprothese. Der Wunsch der Patientin: eine festsitzende Versorgung, die sich im Wesentlichen an der alten Aufstellung orientieren soll – beides gilt es von unserer Seite in Einklang zu bringen



Abb. 4 Wir Zahntechniker können nicht immer nur fordern, wir müssen auch unseren Teil dazu beitragen. Dieser beginnt schon im Labor, das einen aufgeräumten und sauberen Eindruck hinterlassen sollte. Schließlich soll der Patient bei seinem Laborbesuch das Gefühl vermittelt bekommen, dass er und sein Geld hier in guten Händen sind

beachten. Alte Aufnahmen sind sehr hilfreich, um sich ein Bild machen zu können, wie sich der Patient durch den Zahnersatz verändert hat, und wie man die Situation rekonstruieren oder sich der alten zumindest annähern kann – auch ohne die Zähne zu sehen (Abb. 1).

In diesem Fall wollte die 60 Jahre alte Patientin endlich von ihrer schlecht sitzenden Oberkiefertotalprothese befreit und implantatprothetisch versorgt werden. Die attraktive und sehr gepflegte Dame ist Besitzerin einer Modeboutique und legt großen Wert auf ihr Äußeres. Dennoch war es ihr unverrückbarer Wunsch, dass sich der neue Zahnersatz, zumindest die Gestaltung der Front, bezüglich der Zahnform

und -stellung, an der alten Prothese orientieren soll. Dieses „Gebiss“ gehöre schließlich zu ihr und sowohl sie als auch ihre Freunde, Bekannten und Kunden würden sie nicht anders kennen (Abb. 2 und 3). Ein Wunsch, den es weitestgehend zu akzeptieren gilt.

In jedem Fall ist es wichtig, dass sich das Labor sauber und ästhetisch präsentiert (Abb. 4), denn der Patient ist bereit, viel Geld auszugeben. Daher sollte das Umfeld stimmen und das Labor den entsprechend schönen Rahmen bieten. Hier liegt es in unseren Händen, den Patienten für unser Handwerk zu begeistern und eine gewisse Wertigkeit zu vermitteln.



Abb. 5 Allen Bestrebungen und Wünschen zum Trotz, sieht die Realität oft anders aus. So offenbart sich die Situation ohne Prothese. Kann dieser Kiefer festsitzend versorgt werden?



Abb. 6 Die Aufsicht des Kiefers lässt einen sehr schmalen Kieferkamm und viele Unterschnitte erkennen. Die Aufnahme verdeutlicht, dass implantatgetragener Zahnersatz ohne Augmentation nicht möglich ist



Abb. 7 In jedem Fall ist der Schlüssel zum prothetisch rekonstruktiven Erfolg eine schädelbezogene Bissnahme, die bereits zu diesem Zeitpunkt mithilfe eines Gesichtsbogens vorgenommen wurde. Nur so können wir alle weiteren Schritte patientenspezifisch vornehmen

Wenn wir nun aber – den geäußerten Wunsch der Patientin vor Augen haltend – die Totalprothese von der Patientin abnehmen lassen, wird deutlich, dass sehr viel Weich- und Hartgewebesubstanz verloren gegangen ist (Abb. 5). In der Aufsicht des Oberkiefers zeigt sich, dass nur noch ein sehr schmaler Kieferkamm-Grat mit starken Unterschnitten vorhanden ist (Abb. 6). Rufen wir uns nochmals den primären Wunsch der Patientin, nämlich festsitzend versorgt zu werden, ins Gedächtnis, so stellt uns dies bereits vor die erste Herausforderung. Ohne Augmentation würde eine Versorgung nicht möglich sein. Wichtig ist allerdings, dass diese Dinge bereits geklärt wurden, bevor man dem Patienten Versprechungen macht. Erst wenn wir alle Parameter eruiert haben, können wir an die definitive Planung gehen.

Zahntechnischer Weg zum Erfolg

Da die Patientin den Wunsch geäußert hatte, die vor längerem mit anderen Zahntechnikern erarbeitete Totalprothese äußerlich zu übernehmen, hatten wir

einerseits den Vorteil zu wissen, wo die Reise ästhetisch hingehen sollte, andererseits aber auch den Nachteil, dass wir ein konkretes Bild erfüllen mussten. Daher müssen wir uns mit Situationsmodellen behelfen, um die vorhandene äußere Situation auf unseren Artikulator übertragen zu können. Wichtig ist bei diesem Arbeitsschritt, dass die Prothese mittels Gesichtsbogen einartikuliert wurde, da all das, was wir uns in der Folge erarbeiten, ohne Schädelbezug nicht mehr verwendet werden kann (Abb. 7). Da wir bei einer Totalprothese das Problem haben, dass wir sowohl ein Situationsmodell von der Außenhaut (nennen wir es einmal die Ästhetik) als auch eines von der Schleimhautsituation benötigen, müssen wir ein Duplikat der Prothese herstellen. Hierfür wird zunächst die Prothesenbasis abgeformt und darüber die Außenkontur der Prothese mit einem Konter festgehalten. Nach dem Entfernen der Prothese wird der Hohlraum mit Prothesenkunststoff aufgefüllt (Abb. 8 und 9). Da uns in allen Phasen der Behandlung der Gaumen als Referenz dient, ist es wichtig, dass dieser möglichst exakt abgeformt wurde.



Abb. 8 und 9 Da bei einer Totalprothese die abgeformte Prothese als Situationsmodell nicht genügt, müssen wir diese vollständig duplizieren, um zusätzlich die Situation des Gaumens einzufrieren. Der Gaumen ist für alle weiteren Schritte sehr wichtig



Abb. 10 und 11 Auf der Basis der Daten der alten Totalprothese, fertigen wir ein Wax-up für eine Einprobe an. Anhand dieses Wax-ups werden Feinheiten erörtert und leichte Korrekturen vorgenommen

Auf der Basis dieses Duplikats stellen wir nun eine Ästhetikschablone mit entsprechenden Prothesenzähnen her, um eine Einprobe sowie eventuelle Korrekturen vornehmen zu können (Abb. 10 und 11). Letztendlich geht es dabei aber darum, das Endergebnis in Form, Stellung und Funktion festzulegen, da sich alle weiteren Arbeitsabläufe darauf stützen werden.

Silikonkonter

Deshalb müssen wir die erarbeitete Ästhetikschablone und alle damit zusammenhängenden Informationen mit einer entsprechenden Kontertechnik und Silikonlüsseln einfrieren. Dadurch gewinnen wir Einblicke in den dreidimensionalen Raum, der uns für die Augmentation und Implantation zur Verfügung steht (Abb. 12 bis 15).

Mit einem 3D-Puzzle erhalten wir zum Beispiel die Möglichkeit, uns und dem Behandler visualisieren zu können, wie viel Knochen verloren gegangen ist. Wir sind somit in der Lage, zu zeigen, wo Knochen aufgebaut werden muss, um zum einen die Lippe optimal zu stützen und zum anderen ein ideales Knochen-

lager für die geplanten Implatate zu schaffen. Abbildung 16 und 17 zeigt die Prothese ohne Lippenschild (Abb. 18). In Abbildung 19 ist die Situation mit Lippenschild dargestellt.

Mit diesem Hilfsmittel ist der Behandler in der Lage, Aussagen zu treffen, ob das, was ursprünglich geplant wurde, tatsächlich eingehalten werden kann (Abb. 20 und 21). Dies ist ein wichtiger Schritt für echtes Teamwork, dass kein Nebeneinander, sondern ein Miteinander ist. Genau wie in einem Uhrwerk, in dem zwar nicht jedes Zahnrad die gleiche Funktion hat, aber alle Zahnräder in der Gesamtheit an der Funktion beteiligt sind. Steht eines dieser Zahnräder – unabhängig ob groß oder klein – still, steht die Uhr (Abb. 22).

Planung mit Weitsicht

Diesem Gedanken folgend, bereiten wir die weiteren Arbeitsschritte für die geplante Augmentation vor. Das Operationsgebiet muss mit einer Interimsprothese gedeckt werden, ohne auf der Schleimhaut, beziehungsweise den augmentierten Bereichen aufzuliegen.



Abb. 12 und 13 Das abgeseignete Set-up wird nun erneut mit Silikon gefasst. Hierbei sollte weitsichtig vorgegangen werden – ein dreigeteilter Silikionschlüssel hat sich bestens bewährt



Abb. 14 und 15 Die Schlüssel fassen die erarbeitete Außenkontur des Set-ups an strategisch günstigen, für spätere Arbeitsschritte hilfreichen Stellen. So erhält man ein Vestibulärschild, einen Gaumen- und einen Inzisalkonter. Alle drei lassen sich eindeutig miteinander verschlüsseln. Der Gaumenkonter spielt bei der Übertragung aller weiteren Modelle eine sehr wichtige Rolle



Abb. 16 bis 19 Mit diesem 3D-Puzzle geben wir dem Behandler eine Hilfestellung für sein weiteres Vorgehen



Abb. 20 und 21 Das Mock-up ohne Zahnfleischschild veranschaulicht im Mund des Patienten, was sich auf dem Modell bereits abzeichnete: für eine ästhetische implantatprothetische Rekonstruktion muss vestibulär Knochen aufgebaut werden



Abb. 22 Hilfsmittel wie diese erleichtern uns und dem Behandler die Kommunikation und das Teamwork enorm. So nimmt jeder Beteiligte seinen, für das Gelingen des Ganzen wichtigen Platz ein – ähnlich einem Uhrwerk



Abb. 23 Sind die Entscheidungen getroffen, geht es an die prothetische Vorbereitung. Da sich die Patientin, trotz der chirurgischen Konsequenzen, für eine implantatprothetische Versorgung entschieden hat, ist es an uns Technikern, die Interimsprothesen der Situation nach der Augmentation anzupassen und vorzubereiten. Mit einem Wachswall ...

Abb. 24 und 25 ... der entsprechend der äußeren Kontur auf dem Kieferkamm angebracht und mit Glasfasermatten überzogen wird, ...



Da wir nicht wissen, welche definitive Dimension der Kieferkamm nach der Augmentation hat, geschweige denn, an welchen Stellen Hilfsimplantate gesetzt werden, legen wir die provisorische Prothese mit einem Wachswall hohl. Referenz ist auch hier wieder der unveränderte Gaumen. Die vom Set-up gewonnenen Schlüssel helfen uns bei der dreidimensionalen Orientierung (Abb. 23 und 24). Wie bereits in Abbildung 23 zu sehen, wird die Prothese aufgrund des Wachswalls sehr filigran. Um ausreichend Stabilität

zu erhalten, legen wir daher über diesen zur Verstärkung eine Fieberglasmatte (Abb. 25). Mithilfe des Vorwalls des geteilten Konters (Inzisalkonter) werden die Prothesenzähne auf diesen Fieberglaswall im Artikulator aufgeschliffen und letztendlich die Prothese ohne Funktionsrand ausmodelliert und in Kunststoff fertiggestellt (Abb. 26 bis 29). Der Behandler hat quasi zeitgleich an strategisch günstigen Positionen, an denen später keine definitiven Implantate gesetzt werden sollen, drei Hilfs-



Abb. 26
... schaffen wir einen Platzhalter an der Prothesenbasis, um das Operationsgebiet frei zu halten. Die Glasfasermatte – auf die wir die Prothesenzähne mithilfe des Inzisalkonters aufschleifen – wird zur Stabilisierung später in die Prothese einpolymerisiert



Abb. 27 und 28 Nun wird die Interimsprothese ohne Funktionsrand und ohne Abstützung des Kieferkamms modelliert und in Kunststoff umgesetzt

implantate gesetzt. Bei der Einprobe der Interimsprothese werden die Abformpfosten zur fixen Verschraubung in die Prothese einpolymerisiert und diese weichbleibend unterfüllt (Abb. 30 und 31). In situ zeigt sich, dass die Basalfläche frei liegt, sodass die Patientin gerade in der Anfangsphase der Tragezeit, die sensiblen Bereiche gut reinigen kann.

Definitive Implantation

Nach einer Einheilphase von vier Monaten und Entfernen der Interimsprothese werden die definitiven Implantate gesetzt. Dr. Ralf Masur (Implantatzentrum Bad Wörishofen/Unterschleißheim) hat an strategisch günstigen Punkten acht Implantate gesetzt. Dadurch wird gewährleistet, dass die prothetische Versorgung in mehrere Segmente geteilt werden kann. Die beiden hintersten Implantate sind die dorsalen Hilfsimplantate für die Interimsprothese (Abb. 33). Zur Vereinfachung der offenen Abformung hat es sich bewährt, dass der Behandler die Perforationen in regio der Abformpfosten, mit dünnem Plattenwachs verschließt, sodass lediglich die Schraubenköpfe dieses durchstoßen und frei zugänglich sind. Dadurch wird gewährt, dass das Abformmaterial in diesen Bereichen nicht über die Implantatschraubenköpfe hinaus quillt und diese zugeschmiert werden (Abb. 34 und 35). Die obligatorische Röntgenaufnahme zeigt die günstige Verteilung der Implantate. Zudem wird ersichtlich, dass die Im-



Abb. 29 In dieser Abbildung ist die einpolymerisierte Glasfasermatte zu erkennen, die der stark reduzierten Interimsprothese ausreichende Stabilität verleiht. Diese Technik hat sich bei uns schon etliche Male bewährt

plantate gut osseointegriert sind (Abb. 36). Die Hilfsimplantate wurden natürlich noch nicht entfernt, da sie die Interimsprothese weiterhin fixieren sollen.

Prothetische Phase: Zurück zur Zentrik

Nun, da wir mit der eigentlichen Planung und Herstellung des definitiven Zahnersatzes beginnen können, müssen wir uns erneut vor Augen halten, dass wir mit unserem Zahnersatz die verlorene Zentrik reproduzieren müssen. Das bedeutet, dass sich der Behandler für die Zentriknahme besonders viel Zeit nehmen muss. Diese bekommt er an einer anderen

Abb. 30 und 31
 Hier sind der aug-
 mentierte – auf die-
 sem Bild bereits aus-
 geheilte – Kiefer,
 die Hilfsimplantate
 und die Interimspro-
 these mit den ein-
 polymerisierten Ab-
 formpfosten zu
 sehen



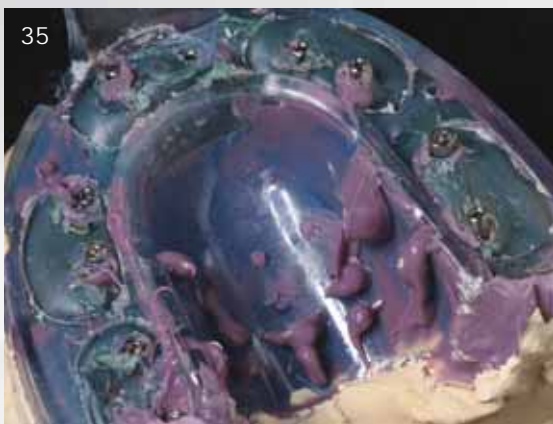
Abb. 32
 Obwohl die Inter-
 imsprothese weich-
 bleibend unterfüttert
 wurde, ist darauf
 zu achten, dass
 das Operationsge-
 biet frei bleibt und
 gut zu reinigen ist



Abb. 33
 Nach vier Mona-
 ten Einheilungszeit
 konnte definitiv
 implantiert werden.
 Die beiden hinter-
 sten Implantate
 und das Implantat
 im Bereich der
 Papilla incisiva
 sind Hilfsimplan-
 tate



Abb. 34 und 35
 Hiernach wird
 offen abgeformt. Es
 hat sich bewährt,
 dass der Behandler
 vor der Abformung
 die Perforationen
 im Löffel mit Platten-
 wachs schließt, so-
 dass lediglich die
 Implantatschrauben
 frei bleiben



besteht zusätzlich die Möglichkeit so genannte Biss-
 kappen aufzusetzen – eine Beauty pink-Platte ge-
 setzt, die mit entsprechendem Zentrikmaterial verfei-
 nert wurde. Nun muss der Patient mehrmals und
 selbstständig den Unterkiefer schließen und in die-
 selbe Schlussposition bringen. Im besten Fall muss
 der Patient an die 20-mal in denselben „Schlussbiss“
 finden, sodass eruiert werden kann, ob es sich um
 eine definierte Zentrik handelt (Abb. 37).

Um nun die von der Ästhetikschablone gewonne-
 nen Informationen auf diese neue Modellsituation
 übertragen zu können, greifen wir wieder auf unse-
 ren geteilten Silikon Schlüssel zurück. In diesem Fall
 hilft uns der Gaumenstempel, das neue Modell auf
 die alte Situation zu übertragen, da nach den aug-
 mentativen Maßnahmen nur noch der Gaumen als
 Referenzfläche verbleibt (Abb. 38).

Mithilfe dieses Gaumenschlüssels sind wir nun in
 der Lage, das Implantatmodell in den Artikulator zu
 übertragen (Abb. 39 und 40).

Wir alle haben gute und schlechte Tage: mal läuft
 alles wie am Schnürchen und ein andermal will uns
 nichts gelingen. Oft hängen die guten zahntechni-
 schen Tage aber maßgeblich davon ab, ob wir alle
 Unterlagen und – zusammen mit den Beteiligten –
 alle relevanten Informationen gesammelt haben. Ist
 dies der Fall, kommt am Ende meistens ein sehr
 gutes Ergebnis heraus, das sowohl vom Behandler
 als auch vom Patienten honoriert wird (Abb. 41).

Andererseits gibt es auch Tage, an denen von An-
 fang bis Ende alles schief geht, weil beispielsweise
 die Unterlagen nicht vollständig sind und wir bereit

Stelle von uns zurück, da wir mithilfe der entpre-
 chend erarbeiteten und perfekten Zentrik, unsere
 Arbeit wesentlich schneller abschließen können. Für
 die Zentrikbestimmung wird über die Abformpfos-
 ten – bei dem hier verwendeten System von Camlog

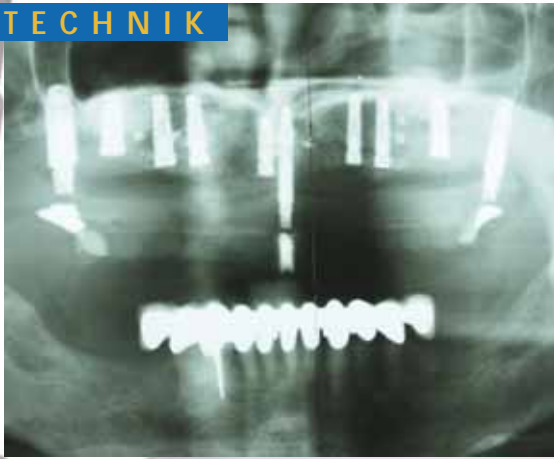


Abb. 36 Das Kontrollröntgen zeigt die Stellung der Implantate sowie deren gute Osseointegration

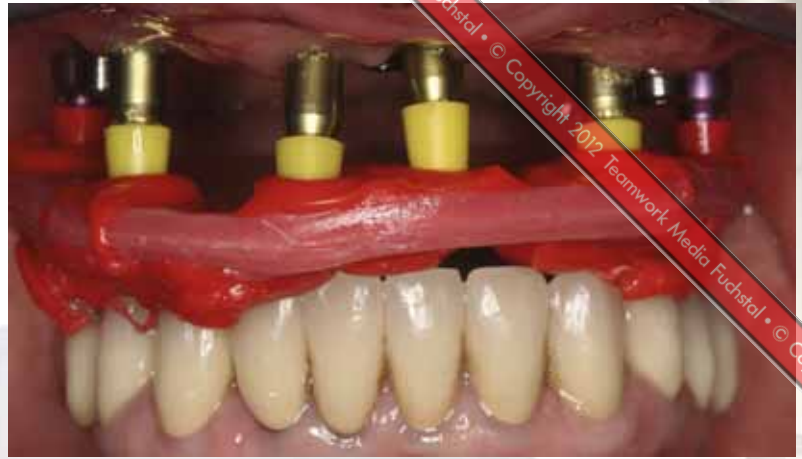


Abb. 37 Zu diesem Zeitpunkt sollte der Behandler die Zentrik über die Abformpfosten ermitteln – in diesem Fall mittels Biskappen und Beauty pink-Platte sowie Kerr-Compound. Die Zeit, die der Behandler hierbei aufbringt, wird an anderer Stelle gespart



38



39



40

Abb. 38 bis 40 Erneut kommt uns unser geteilter Silikonkonter zugute, denn dieser erlaubt es uns, die neue Modellsituation über den Gaumenstempel lage-richtig in den Artikulator zu übertragen

waren, von unserem sicheren Konzept abzuweichen und die Restauration mit Kompromissen fertigzustellen (Abb. 42).

Wurde der Oberkiefer mithilfe des Gaumenschlüssels in den Artikulator übertragen, so wird deutlich, warum wir zu diesem Zeitpunkt keinen Gesichtsbogen benötigen. Durch die Lageveränderung der mit einem neuen Gesichtsbogen einartikulierten Modelle, wäre damit jegliche Vorarbeit zunichte und wir müssten alles komplett neu erarbeiten. Daher ist es wichtig, die Kieferrelation mittels Gesichtsbogen vor dem Behandlungsbeginn zu bestimmen.

Produktliste

Indikation	Name	Hersteller/Vertrieb
Abformmaterial	Impregum	3M Espe
Artikulatorsystem	Artex	Amann Girrbach
Fieberglassmatten	Targis Vectris	Ivoclar Vivadent
Implantatsystem	Screw-Line	Camlog
Knetsilikon	Platinum 85	Zhermack
Modellgips	Alpenrock	Amann Girrbach
Modellierwachs	Hardy	Gebdi
Prothesenzähne	Creapearl	Creation Willi Geller/ Amann Girrbach
Prothesenkunststoff	Futura Gen	Schütz Dental
Zahnfleischmaske	GumQuick	Dreve
Zentrikmaterial	Beauty Pink Wachsplatte Kerr-Compound-Masse	KerrHawe

Über die reproduzierbare Zentrik kann nun der Gegenkiefer einartikuliert werden (Abb. 43 und 44). Ist dieser Schritt getan, kann es an die Herstellung der eigentlichen prothetischen Versorgung gehen. Hierfür können wir auf all unsere Silikon Schlüssel zurückgreifen, die sich nun auf die neue Situation (Implantatmodell) übertragen lassen.

Wie diese Übertragung konkret vonstattengeht, erfahren Sie in der nächsten Ausgabe.

Wird fortgesetzt ...



Abb. 41 und 42 Man kann sagen, dass unser Arbeitsalltag Licht und Schatten mit sich bringt – mit den richtigen Unterlagen sind wir allerdings in der Lage, mehr lichte Momente zu erleben. Hier ist ein und derselbe See zu sehen – Mittags und Abends

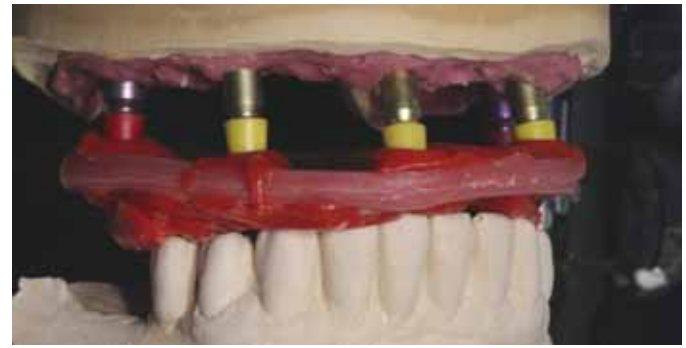


Abb. 43 und 44 Mithilfe des Zentrikregistrats wird nun der Unterkiefer einartikuliert – somit haben wir die perfekten Unterlagen, um den definitiven Zahnersatz herzustellen. Näheres hierzu aber in der nächsten Ausgabe

Zur Person

Ralf Bahle wurde 1963 in Stuttgart als Sohn eines Feinmechanikermeisters geboren. Bereits in seiner Jugend entdeckte er seine künstlerische Ader beim kreativen Basteln und Malen. Von 1980 bis 1984 absolvierte er seine Ausbildung zum Zahn-techniker in Stuttgart. Nach seiner Ausbildung begannen erfahrungsreiche Gesellenjahre, die er bis 1988 in zahlreichen Labors in und um Stuttgart erlebte. Darunter war er für ein Jahr im Labor Braunwarth, wo er – für damalige Verhältnisse – neue Erkenntnisse in der Ästhetik vermittelt bekam. 1989 „siedelte“ er, angezogen von der Schönheit der Natur, ins Allgäu über, wo er sich ein mehr als 100 Jahre altes Bauernhaus kaufte und originalgetreu restaurierte. Von 1989 bis 1992 arbeitete er in verschiedenen, im Allgäu ansässigen Dentallabors – davon auch mehr als ein Jahr im Labor Thiel. Dort lernte er dem Zeitgeist entsprechende, neue Erkenntnisse über Präzision und Funktion kennen. Nach einer zweijährigen Laborleitertätigkeit machte er sich 1993 in seinem Bauernhaus selbstständig. Hierfür wurde aus den ehemaligen Stallungen ein 100 m² großes, modernes und außergewöhnlich gelegenes Labor. Jetzt konnte er seine Erfahrungen und Erkenntnisse, die er auf zahlreichen Kursen, darunter bei Heinz Polz (†), Klaus Mütterthies, Jochen Peters und vielen mehr sammeln konnte, in seinem eigenen Konzept verwirklichen. Bereits 1989 fertigte er seine ersten Implantatarbeiten an. Fasziniert von dieser Technik und den damit verbundenen Herausforderungen stand für ihn schnell fest: auf dieses Gebiet spezialisiert sich unser Labor! Durch die Zusammenarbeit mit namhaften Implantologen wie Dr. Wolfram Bücking, Dr. Gerhard Iglhaut und Dr. Ralf Masur und Partner entwickelte sich ein sicheres, rationelles und reproduzierbares Teamkonzept, das er seit 2000 in Kursen und Abendveranstaltungen vermittelt. In einem 2005 eigens eingerichteten Schulungsraum können Kursteilnehmer in kleinen Gruppen sein Erfolgskonzept erlernen und die reizvolle Umgebung genießen. Seit 2008 ist er Referent beim Curriculum Implantatprothetik und Zahntechnik der DGI.



Kontaktadresse

Ztm. Ralf Bahle • Dentaris GmbH • Missener Straße 63 • 88299 Leutkirch • Fon +49 7567 1264 • Fax +49 7567 1265 • labor@dentaris.de