



**DR. ANDREAS STEIN, M.Sc.**

ZAHNARZT

FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE

MASTER OF SCIENCE IN PERIODONTOLOGY

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT PARODONTOLOGIE

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE

# Stable-Base-Prothetik

eine Informationsschrift für unsere Patienten

Adelheidstraße 15  
65185 Wiesbaden

[info@dr-a-stein.de](mailto:info@dr-a-stein.de)

# Das Stable-Base-Prinzip

**„Stable-Base“ beschreibt eine der traditionellen Versorgungsformen mit abnehmbarem Zahnersatz. Seine Zielsetzung besteht in substanzschonendem Umgang mit den eigenen Zähnen durch Reduktion der Pfeilerzahanzahl und in der Langfristigkeit der Versorgung durch Ausschluss zukünftiger Änderungen an der Basis.**

**Während in den (noch weitgehend implantatfreien) 70er Jahren in Mitteleuropa hochpräzise Verfahren entwickelt wurden, um Zahnersatz an den noch vorhandenen Restzähnen möglichst starr zu befestigen, wurden zeitgleich in den USA resilient gelagerte Rekonstruktionen vorgestellt, die heute noch ihre Berechtigung im parodontal kompromittierten Gebiss haben oder modifiziert als totaler Zahnersatz und für abnehmbare implantatgetragene Versorgungsformen Verwendung finden können.**

**Der Halt des Zahnersatzes wird nicht durch möglichst feste Verankerung an den verbliebenen Zähnen gewonnen, sondern in erster Linie durch Adhäsionskräfte. Wie bei zwei nassen, ebenen Glasplatten, die sich nur schwer trennen lassen, hält der Zahnersatz unter Vermittlung des Speichels durch eine maximale Präzision und Spaltfreiheit der Zahnersatzbasis zu ihrer Unterlage. Präzision in der Basisgestaltung und gleichmäßige Druckeinleitung führen zu einer Vermeidung von Kippmomenten und soll dadurch Resorptionen entgegen wirken. Kunststoffe sind infolge ihres Quellungsverhaltens ungeeignet, die Basis wird aus Legierungen gefertigt (Gold- oder Kobalt-Chrom-Molybdän-Legierung). Fixierungen an Zähnen dienen nur zur Lagesicherung.**

**Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre**



Stable-Base-Zahnersatz unterscheidet sich im Wesentlichen durch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Nachgiebigkeit der natürlichen Zahnbeweglichkeit und der Eindrückbarkeit der Bindegewebe (der „Resilienz“) an den Prothesensätteln, also den zahnlosen Kieferarealen. Da deren Nachgiebigkeit um ein Vielfaches höher liegt als die der Zähne, kommt es bei konventionellem Zahnersatz zwangsläufig zu ausgeprägten Belastungen im Sinne von Intrusionen (Bewegungen in Richtung Knochen) und Kippmomenten. Als Komplikation kann es dadurch während der Funktionsphase der prothetischen Versorgung sowohl zu Zahnlockerungen als auch zu Zahnfrakturen kommen. Aufgrund dieser Belastungen sind einzelne wurzelbehandelte Zähne und/oder parodontal geschädigte Zähne als Ankerzahn häufig ungeeignet, was in der prothetischen Planung zu ihrer Entfernung oder umfänglichen Verblockungen führt. Verblockte Zähne sind über den Zahnersatz zu großen Einheiten verbundene Zahngruppen, was zur Folge hat, daß mehrere Zähne vor einer Lücke beschliffen werden müssen und ihre Nachsorge schwierig ist. Im Falle eines Versagens müssen alle an dem Zahnersatz beteiligten Kronen ausgetauscht werden.

Das Stable-Base-Prinzip zielt auf eine Entlastung der tragenden Zähne. Einzelzähne, auch wurzelbehandelte und parodontal geschädigte, können zur Verankerung herangezogen werden.

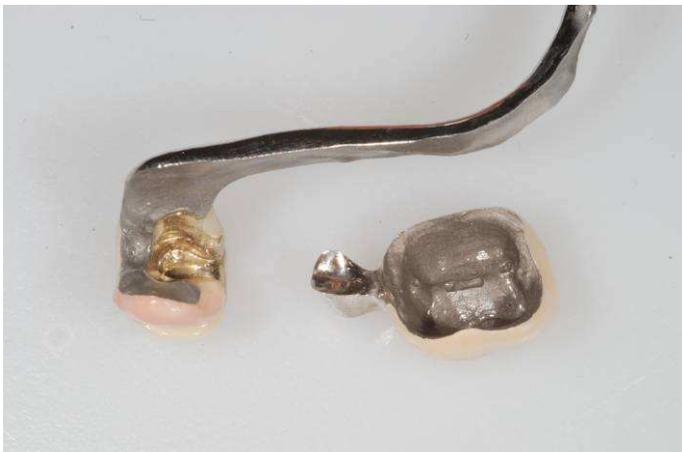
Weichgewebe bestehen überwiegend aus Wasser. Wie bei einem Wasserbett läßt sich das Gewebe nur bei punktueller Lasteinleitung tief eindrücken, nicht aber, wenn die Belastung gleichmäßig über die gesamte Fläche erfolgt. Punktuelle Belastungen der Schleimhaut führen zu punktuellen Belastungen des Knochens, was wiederum einen nicht zu unterschätzenden ungleichmäßigen Knochenabbau führt. Aus diesem Grunde müssen konventionelle Prothesen mit Kunststoffsätteln regelmäßig unterfüttert werden.

Stable-Base-Prothesen haben immer eine dünne Metallbasis, die während ihres Lebens nicht mehr unterfüttert werden muss. Sie sind mittels Geschieben an wenigen Zähnen verankert, im Bereich der Verankerung ist der Zahnersatz geteilt, er kann hier bei Bedarf neu zusammengefügt werden.

## Beispiele:



eine gegossene Basis für eine Unterkieferversorgung, vom Kiefer her betrachtet.



die Verbindung nach Zusammenfügen: links Metallbasis (stahlfarben) mit eingeklebtem Verbinder (goldfarben), rechts separat die Krone mit dem zapfenförmigen Geschiebe. Alles von der Unterseite her betrachtet.



die Verblendkrone auf dem Modell in der üblichen Ansicht.

Entscheidende Unterschiede bestehen in der hochpräzisen Gussbasis, den zapfenförmigen Geschieben und den getrennten Verbindern. Nur so läßt sich die Zahl der zu beschleifenden Zähne reduzieren.

Das ist ein kleiner Verbinder aus einer Goldlegierung. Er wird im Munde mit angemessenem Druck der Basis auf das Weichgewebe verklebt.



Mit der beschriebenen Technik sind Teilprothesen, totale Prothesen und implantatgetragene Teilprothesen realisierbar.

### **Beispiel abnehmbare Teilprothese:**

nur ein einziger Ankerzahn (im Bild rechts).

Auf der Gegenseite ist die Konstruktion rein schwimmend auf dem Weichgewebe gelagert

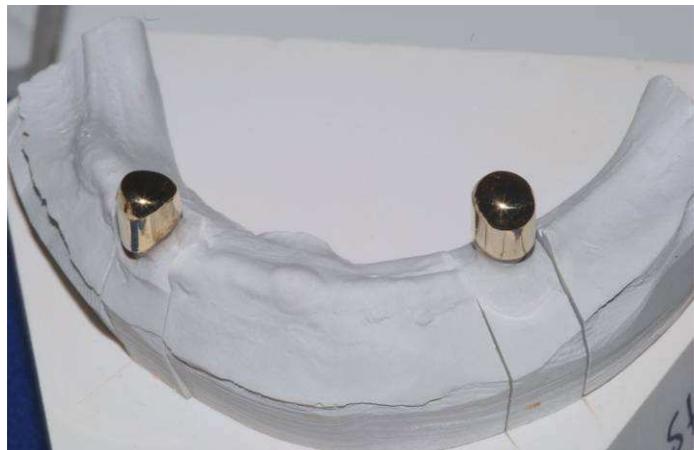


... nur eine tragende Krone (rechts im Bild) mit ausschließlich Führungsfunktion

### **Beispiel Doppelkronentechnik:**

(so genannte "Teleskope").

Auch Doppelkronen lassen sich (hier auf zwei Implantaten) realisieren.





Basis mit zwei Doppelkronen.



**Beispiel  
Totalprothese:**



Ihren Halt gewinnt sie in erster  
Linie durch Adhäsionskräfte.

**Beispiel  
abnehmbare  
Implantatversorgung:**



Implantatgetragene Unterkieferversorgung mit einer gegossenen Goldbasis

Ich hoffe, das kleine Büchlein kann Ihnen eine Hilfe in der Entscheidungsfindung sein. Bitte zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

