



mechanischen Wirkungsgrad mit maximaler Schonung der natürlichen Gewebe. Ist dies nicht der Fall, so ist der M. pterygoideus lateralis mit „unnötigen“ Stellarbeiten der instabilen Kiefergelenke „beschäftigt“. Die anterior „verschobenen“ Kondylen werden begleitet von einem Kampf, der David gegen Goliath gleicht: M. pterygoideus lateralis gegen M. masseter. In dieser aussichtslosen Lage erscheint es nicht wenig verwunderlich, daß „David“ am häufigsten von schmerzhaften Myoarthropathien betroffen ist. Der erhöhte neuromuskuläre Aufwand durch ständiges „Halten“ der Kondylen bedeutet schlichtweg Streß, der sich in *protrusivem*



Abb. 2: Dr. Norbert Gehrig im Gespräch mit einer Zahntechnikerin

Kauen mit einem horizontalen Kaumuster äußert. Während Abrasionen an Eck- und Frontzähnen auffallen, ist der störende Zahn nicht selten noch mit den vergleichsweise geringsten Schäden erhalten. Aus Kaufunktionsstörungen, deren Ursachen in der Differenz von maximaler Interkuspitation und zentraler Kondylenposition zu suchen sind, kann sogar ein *Bruxismus* entstehen. Unsere Patienten beißen so zu, wie die Zähne ineinander passen, auch auf Kosten der Kiefergelenke. Die Schutzprinzipien des Kortex kommen nicht zum Tragen: „The jaw must go, where the teeth fit best!“

Inkursivität des Kauvorgangs

Große Beachtung wird der Inkursivität des natürlichen Kauvorgangs von „AUF“ nach „ZU“ geschenkt. Beim Mundschließen zur

Zerkleinerung eines Speisebolus sind die Kau-muskeln M. masseter und M. temporalis aktiv, während der M. pterygoideus lateralis weitgehend inaktiv sein sollte. Das natürliche vertikale Kaumuster wird von relativ steilen Führungsflächen geprägt.

Hingegen stellen nach bioästhetischer Auffassung flach gestaltete Artikulationsbahnen nur eine Übergangslösung bei der Schienentherapie dar, wobei primär „nur“ eine Stabilisierung der Kondylen erzielt wird.

Umsetzung in der täglichen Praxis

Dauerhafte stabile Verhältnisse in der Mundhöhle unserer Patient(inn)en setzen stabile Kiefergelenke voraus, die eine harmonische Einheit mit einer optimalen Okklusion und Artikulation bilden. Erst sie ermöglichen komfortables Kauen bei maximaler Schonung des gesamten Kauapparates. Damit sind sie auch *Garant* für eine möglichst lange Haltbarkeit prothetischer Neuversorgungen, was gleichzeitig mit einer großen Patientenzufriedenheit einhergeht. Welch großer Stellenwert in diesem Zusammenhang einer konsequent durchstrukturierten Therapiereihenfolge zukommt, erläutert Dr. Gehrig den Patient(inn)en seiner Zahnarztpraxis auf sehr anschauliche Weise folgendermaßen: „Bei einer defekten Tür wird auch zuerst die Türangel (= Kiefergelenk) in die richtige Position gebracht, bevor der Schreinermeister sein Augenmerk dem Schloß oder den Türseiten (= Zähne) widmet.“

Bioästhetische Fortbildungsreihe

Mit diesem und vielen anderen Beispielen aus dem Alltag gingen zwei kurzweilige Weiterbildungstage in Kinsau zu Ende. Nicht zuletzt dem Praxisteam von Dr. Congost und Frau Gehrig ist es zu verdanken, daß die einzelnen Registriermethoden in Ruhe wiederholt eingeübt werden konnten. Selbst bei Fragen zum späteren Praxisalltag standen die Referenten stets mit Rat und Tat zur Seite. Folglich blicken wir erwartungsvoll den nächsten Aufbaukursen bis zur bioästhetischen Sanierung eigener Patient(inn)en entgegen.

Dr. Patrick Wörle,
Kempten