



im Klaren zu sein, um die richtige Gestaltung der Aufbisschiene festlegen zu können. Selbstverständlich kommt häufig eine Kombination dieser Indikationsbereiche vor.

Myopathie-Behandlung

Das primäre Ziel bei der Behandlung einer Myopathie besteht in der *Verringerung des Muskeltonus, was gleichzeitig ein allmähliches Selbstzentrieren der Gelenke ermöglicht*. Diese Beeinflussung der Gelenkposition kann allerdings unerwünscht sein, wenn keine Arthropathie vorliegt bzw. zu erwarten ist und die Okklusion des Patienten nicht durch Einschleifen oder Rekonstruktion nachhaltig verändert werden soll. In diesen Fällen sollte die Unterkieferposition auch mit der Schiene der habituellen Okklusion entsprechen. Hierfür wird das UK-Modell mit einem habituellen Registrat montiert.

Schutz vor Autodestruktion

Die „*Knirscherschiene*“ zum Schutz von *Zahnhartsubstanz und Parodontien bei extremem Bruxismus* verfolgt die gleichen Ziele, nur steht hier häufig bei Beschwerdefreiheit von Gelenken und Muskulatur die Schonung der betroffenen Strukturen im Vordergrund, was eine besonders stabile Ausführung erfordert.

Bisslage-Korrektur

Vor Einschleifmaßnahmen wie auch zur Vorbereitung umfangreicher okklusaler Rekonstruktionen soll die Bisslage im Sinne einer Gelenkzentrierung verbessert werden. Die Schiene dient der *Ausschaltung zentraler Vorkontakte bei gleichzeitiger Muskelentspannung*.

In allen drei genannten Indikationen ist ein vollständiger Okklusalkontakt in Zentrik ohne Höcker-Impressionen bei eher flacher Front-Eckzahn-Führung sinnvoll. Die Schiene sollte möglichst viel, insbesondere nachts und in Anspannungssituationen (Autofahren, Anstrengung, Konzentration) getragen werden. Meist ist es nicht erforderlich, die Patienten zu einer 24stündigen Trageweise zu drängen. Erfahrungsgemäß befolgen die Patienten eine solche Anweisung auch nicht.

Arthropathie-Behandlung

Bei einer Therapie einer Arthropathie kommt es auf eine sich aus dem Befund und ggf.

einem guten Kernspintomogramm ergebenden gezielten Positionierung der Kiefergelenke an. Die *Positionierung der Gelenke wird hier erreicht durch einen vollständigen Okklusalkontakt in therapeutischer Position mit leichten Höckerspitzenimpressionen* zur Lage-sicherung und einer deutlichen Front-Eckzahn-Führung. Zur Entlastung der Gelenke muss bei der Herstellung im Artikulator eine meist anteriore Positionierung eingestellt werden. Die Tragevorschrift heißt hier: möglichst 24 Std., auch beim Kauen! Die Schiene sollte zumindest initial nur zum Zähneputzen herausgenommen werden. Nur so ist eine Entlastung der schmerzhaften, entzündeten Strukturen im Gelenk sowie eine bessere Positionierung möglich.

Ideales, aber häufig nicht notwendiges Endziel jeder Schientherapie wäre es, eine zentrische Okklusion zu erreichen, da diese definitionsgemäß die für die Kiefergelenke optimale Situation darstellt. Hierfür muss die Aufbisschiene durch mehrmaliges sehr feinfühliges Einschleifen so nachjustiert werden, dass sie den Patienten schrittweise in Richtung zentraler Kondylenposition driften lässt. Sehr hilfreich, oft sogar notwendig, ist hierbei eine *begleitende physiotherapeutische Behandlung*. Besonders effizient und schnell ist die Behandlung, wenn die okklusale Korrektur der Aufbisschiene jeweils unmittelbar nach der physiotherapeutischen Behandlung erfolgt.

Platzierung im OK oder UK?

Prinzipiell sind die Funktionen Okklusionstrennung und Schutz der Zahnhartsubstanz unabhängig von der Platzierung der Aufbisschiene. Argumente des Tragekomforts, der geringeren Sichtbarkeit und Sprachbeeinträchtigung sprechen in der Regel eher für eine Eingliederung im Unterkiefer. Auch die aus osteopathischer Sicht eher ungünstige Spannungseinleitung in den Schädel durch eine auf die Oberkiefer-Zähne gesteckte Aufbisschiene lässt eine *Anwendung eher im Unterkiefer* angeraten sein.

Vielfach wird eine Beeinflussung der Oberkiefer-Frontzähne durch die untere Schiene in Form von Ausweichen oder Lockerung diskutiert. Nach eigenen Untersuchungen über