



einen Zeitraum von mehreren Jahren hat sich diese Befürchtung – statistisch abgesichert – aber als unbegründet erwiesen. Selbst bei einer Tragedauer von über einem Jahr haben sich keine Nachteile der Unterkiefer-Schiene gezeigt. Allenfalls bei einer falschen Konstruktion mit frontalen Vorkontakten wären diese Nachteile denkbar.

Wenn Neigung und Wölbung der palatinalen Führungsflächen der Oberkiefer-Frontzähne gegenüber Unterkiefer (unten). Schwarz= „Zentrik“, rot=Eckzahnführung, grün=Frontführung

Wenn Neigung und Wölbung der palatinalen Führungsflächen der Oberkiefer-Frontzähne geeignet erscheinen, ist die Schiene im Unterkiefer auch deshalb vorzuziehen, weil sie mit weniger Aufwand herzustellen und einzuschleifen ist. Im nebenstehenden Schema (Abb. 1) ist erkennbar, dass bei der Oberkiefer-Schiene für die anteriore Führung ein ganzes Areal gestaltet werden muss, hingegen im Unterkiefer nur eine verlängerte „Schneidekante“.

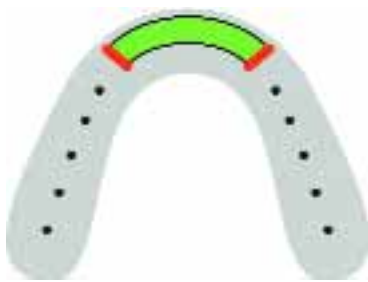


Abb. 1: Mehraufwand bei okklusaler Gestaltung der Schiene im Oberkiefer (oben) gegenüber Unterkiefer (unten). Schwarz= „Zentrik“, rot=Eckzahnführung, grün=Frontführung



### Anfertigung: Genauigkeit ist gefragt

Oft wird die Sorgfalt und Genauigkeit, mit der die Aufbisschiene angefertigt und eingeschleift werden muss, unterschätzt. Hier einige Hinweise:

- Wenn entsprechend der Indikation eine optimal entspannende bzw. positionierende Wirkung erzielt werden soll, kann dies nur unter sorgfältiger Adjustierung gelingen. Daher ist beim Einschleifen auf eine gleichmäßige Verteilung der Kontakte zu achten.
- Beim Einschleifen sollte der Fräser flach gehalten werden, um eine möglichst glatte, für den Patienten angenehme Kaufläche zu erzielen. Punktueller Beschleifen an den Farbfolien-Markierungen führt zu einer „ratternden“ Oberfläche.
- Ohne dass es bemerkt wird, entspricht die Frontzahnführung der Aufbisschiene nicht dem gewünschten und vielleicht sogar im Artikulator exakt eingestellten Verlauf. Dies kann bei steiler Frontzahnführung des Patienten an einer leicht konvexen

Überkonturierung der Labialfläche bei der Unterkieferschienen liegen.

### Zeitlicher Ablauf

Die korrektive Phase der Therapie wird oft zu sehr in die Länge gezogen. Erfahrungsgemäß nimmt dann die Motivation der Patienten, die Aufbisschiene regelmäßig zu tragen, rapide ab. Daher sollte bei der Terminplanung ein zügiges Vorgehen angestrebt werden, indem bereits am Tag nach der Eingliederung eine Kontrolle und ggf. okklusale Korrekturen vorgesehen werden. Auch das weitere Einschleifen der Aufbisschiene ist effizienter, wenn nur wenige Tage zwischen den Terminen liegen. Die der muskulären Entspannung folgende Adjustierung kann dann in wenigen Sitzungen in einem Zeitraum von ein bis vier Wochen beendet werden! Bei Arthropathien muss danach die eingestellte therapeutische Position zur Stabilisierung über einen längeren Zeitraum gehalten werden, ehe mit einer definitiven Therapie begonnen werden kann.

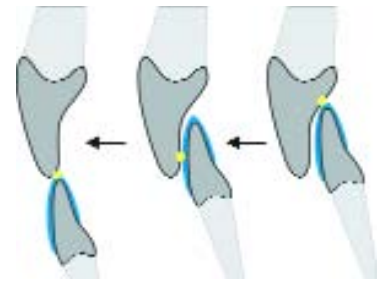


Abb. 2: Ungewollte Versteilerung der Frontführung durch Wechsel des Kontaktpunktes in der Protrusion von der Schneidekante auf die Labialfläche der UK-Schiene (gelber Punkt)

### Patienteninformation

Ganz wesentlich zum Behandlungserfolg trägt eine gute Information des Patienten über Zielsetzung und Wirkungsweise der Behandlung bei. Die meisten Patienten kennen diese Art der Therapie weder aus eigenem Erleben noch aus dem persönlichen Umfeld. Das Wort „Aufbisschiene“ klingt für Laien nach Eisen, und die Vorstellung, so etwas im Mund zu haben, schreckt zunächst viele Patienten ab. Der Begriff sollte daher behutsam verwendet und erläutert werden. Während der Behandlung muss vermittelt werden, dass auch dann, wenn sich während der Tragezeit scheinbar „nichts tut“, die Wirkung der Aufbisschiene (hoffentlich) vorhanden ist und der Patient die Geduld nicht verlieren darf. Sinnvoll und empfehlenswert ist ergänzend ein Merkblatt, das für den Patienten in für ihn verständlicher Sprache die wesentlichen Informationen zusammenfasst.

Dr. Wolf-Dieter Seeher,  
München