



Gesamtabstützung des Unterkiefers zwar erweiterte, aber die zentriknahen Führungsaufgaben nicht mehr übernehmen konnte. In der Praxis brachte das bei einigen der „nicht erfolgreichen Eckzahn-Führungs-Fälle“ für den Patienten eine gewisse Erleichterung (Reduktion der funktionellen Beschwerden). In dem Ausmaß, in dem aber auf eine zentriknah Führung durch den Eckzahn verzichtet wurde, nahmen nun die flächenhaften – nicht erwünschten – okklusalen Kontakte im Seitenzahnbereich zu.

Zusammenhang zwischen Diskopathien und Front- und Eckzahnführung

Die Diagnostik und Therapie der Diskopathien des Kiefergelenkes wurden durch die Arbeiten von Farrar (1976) neu belebt und erweitert. Er zeigte, daß sich u.a. durch einen geeigneten Aufbißbehelf ein luxierter Diskus wieder reponieren läßt und gleichzeitig die Funktion des Gelenkes wieder voll hergestellt werden kann. Ehemals funktionell stark gestörte Gelenke wurden wieder gesund, und alle begleitenden Beschwerden verschwanden.

Auf der Suche nach auslösenden Faktoren erkannte er, daß bei der überwiegenden Anzahl der Fälle mit Diskopathien der Kiefergelenke eine sehr steile Frontzahnführung vorlag. Die steile Frontzahnführung wirkte – in zentrischer Okklusion – offensichtlich auf den Unterkiefer so stark *retrusiv*, so daß durch auch nur geringe traumatische Einflüsse (nicht nur schwere Unfälle, sondern auch Bagatellunfälle bis hin zu kleinsten Okklusionsänderungen – im Rahmen von kieferorthopädischen bzw. prothetischen Behandlungen) der Kondylus nach dorsal verlagert und damit der Prozeß der Diskusverlagerung eingeleitet wurde.

Auf der Suche nach Möglichkeiten, diesem Prozeß entgegenzuwirken, fand Farrar, daß die Eckzähne – wenn ihre Funktionsflächen richtig zueinander funktionieren – als Gegenkraft zu retrusiv wirkenden Kräften auftreten können.

Ein neues Konzept: die Eckzahnsicherung

Bei Klasse-I-Verzahnung treffen in Neutralokklusion die distale Schneidekante, bzw. die distolabialen Flächen der Unterkiefer-Eck-

zähne auf die mesio-palatinalen Flächen der Oberkiefer-Eckzähne. Eine geometrische Verlängerung dieser Berührungsflächen zeigt im Horizontalschnitt zwei nach distal konvergierende Geraden (Abb. 1). Durch dieses Eckzahnarrangement – wie es die Natur bei eug-nathen Gebissen vorgegeben hat – wird verhindert, daß der Unterkiefer in zentrischer Okklusion nach dorsal verschoben werden kann. Diese Art der Frontzahnsicherung wirkt *protektiv* für das Gelenk, da sie das Gelenk vor zentriknahen retrusiven Kräften schützt.

Eine volle Wirksamkeit dieses Eckzahnarrange-

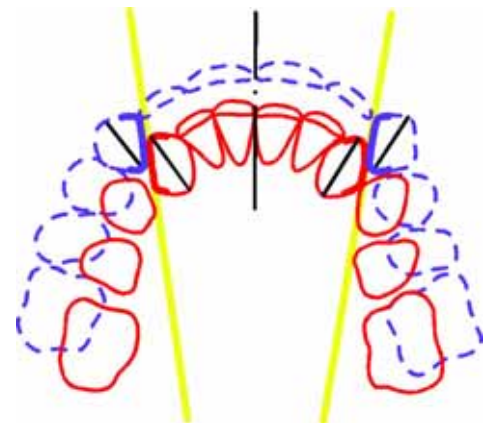


Abb. 1: Gelenkprotektive Eckzahnsicherung

Quelle: Kopp/Seibald

ments ist jedoch nur dann gegeben, wenn die „Führung der Schneidezähne“ nicht zu steil ist.

Bei den Klasse-II-Fällen werden durch unterschiedliche morphologische Strukturen im zentriknahen Bereich retrusive Kräfte wirksam.

- ♦ Klasse II/1: Hier wirkt bei Tiefbißsituation der Bereich der Zahnhäule der Oberkieferschneidezähne zusammen mit den Schneidekanten der Unterkieferschneidezähnen als steile – retrusiv wirkende – zentriknah Frontzahnführung.
- ♦ Klasse II/2: Hier wirken die steilstehenden mittleren Oberkieferschneidezähne in ihrem funktionellen Zusammenwirken mit den Schneidekanten der Unterkieferfrontzähne – meist in ihrer ganzen Länge – als steile zentriknah Frontzahnführung.

Im Rahmen der Vorbehandlung der Diskopathie-Fälle mit Aufbißbehelfen muß deshalb die Schneidezahnführung „entschärft“ werden.

Bei den Klasse II/1-Fällen ist eine Verbesserung des Frontzahnarrangements durch eine Retrusion der meist fächerförmig protrudierten Oberkiefer-Frontzähne möglich. Ein Labialbogen am Aufbißbehelf verkürzt den Oberkiefer-Frontzahnbogen; die verlängerten Un-