



terkiefer-Schneidezähne müssen durch selektives Einschleifen soweit gekürzt werden, bis die Schneidekanten der Unterkiefer-Schneidezähne auf den Teil der Palatinalfläche der Oberkiefer-Schneidezähne treffen, der eine flache protrusive Öffnungsbahn zulässt.

Bei Klasse II/2-Fällen können die stark retroinklinierten mittleren Oberkiefer-Schneidezähne durch Fingerfederchen am Aufbißbehelf soweit protrudiert werden, daß ebenfalls eine leicht protrusive Öffnungsbahn möglich wird.

Ist es nicht möglich, das Frontzahnarrangement mit kieferorthopädischen Mitteln günstiger – ohne retrusiv auf das Kiefergelenk wirkende Kraftvektoren – zu gestalten, so muß bei Tiefbißfällen und bei sekundärem Senkbiß durch andere Mittel (z.B. prothetische Bißhebung, Beschleifen der Unterkiefer-Frontzähne) etwas „Luft“ zwischen den Palatinalflächen der Oberkiefer-Schneidezähne und den Schneidekanten der Unterkiefer-Schneidezähne geschaffen werden. Dieser Raum zwischen den antagonistischen Schneidezähnen sollte 0,1 mm bis maximal 0,3 mm betragen. Wir nennen diesen Raum die *anteriore Freiheit*. Die Begründung für diese geringe Infraokklusion im Schneidezahnbereich ist, daß es dadurch zu kleinen Veränderungen im Kiefergelenk kommen darf (z.B. zu einer Kapsulitis oder zu einem Erguß im Gelenkbereich – mit entsprechender leichter Verlagerung des Kondylus) ohne daß sofort wieder retrusiv wirkende Kräfte das Kiefergelenk beeinflussen.

Eckzahn-Prämolaren-Sicherung

Bei einer sagittalen Relation von einer ganzen Prämolarenbreite Distalokklusion ändert sich der „Eckzahn-Eckzahnkontakt“ in einen „Eckzahn-Prämolarenkontakt“. Bei der „Eckzahn-Prämolarensicherung“ gleitet die distale Schneidekante des UK-Eckzahnes im Schlußbiß an der mesialen Randleiste des ersten OK-Prämolaren entlang. Auch diese Kontaktbeziehung ist, wenn sie symmetrisch ist, ebenso gelenkprotektiv wirksam wie die Eckzahnsicherung.

Die geklebte Eckzahnführung

Sollte es auch durch *geeignete orthodontische Kraftsysteme* nicht möglich sein, die Eckzähne in ihrer Angulation und ihrem Torque in

eine Position zu bewegen, die eine korrekte Eckzahnsicherung/Eckzahnführung ermöglicht, muß auf die Herstellung einer geklebten Eckzahnführung zurückgegriffen werden. Für die technischen Details einer geklebten Eckzahnsicherung sei auf andere Arbeiten des Autorenteam verwiesen (*Sebald und Kopp 2003, 2004*).

Entgegen aller Erwartungen akzeptieren die Patienten diese „Einengungen“ ihrer „Okklusionsfreiheit“ sofort. Auch die damit verbundene veränderte Eckzahnführung, wird in der Regel nicht als störend empfunden. Das läßt sich damit erklären, daß die Eckzahnführung an den von der Natur dafür vorgesehenen Flächen abläuft, und dadurch auch in der dynamischen Okklusion keine retrusiven Kräfte auf das Kausystem einwirken.

Schlußfolgerung

Eckzahnführung und Eckzahnsicherung sind keine konkurrierenden „Systeme“, vielmehr spielt sich die Funktion an den gleichen anatomischen und morphologischen Strukturen (Flächen) ab. Um Symptomen einer kranio-mandibulären Dysfunktion – im Sinne einer funktionellen Prävention – vorzubeugen, sollte die natürliche „morphologische“ Sicherung gegen retrusiv auf das Kiefergelenk wirkende Kräfte – die Eckzahnsicherung – beachtet werden. Da die geklebte Eckzahnsicherung – als prothetische Maßnahme – nur wenig invasiv ist, läßt sie sich problemlos überall dort einsetzen, wo eine korrekte kieferorthopädische Einstellung der Eckzähne – aus welchen Gründen auch immer – nicht möglich ist.

Walter G. Sebald, Zahnarzt,
München

Dr. Stefan Kopp, Kieferorthopäde,
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena,
Poliklinik für Kieferorthopädie
(Komm. Leiter: Priv.- Doz. Dr. med. dent. U. Langbein)

Korrespondenzadresse:
Dr. Stefan Kopp
E-Mail: stefan.kopp@med.uni-jena.de
Homepage: www.kopp.ag

Literatur bei den Verfassern