



Die Okklusion

UND IHRE SENSOMOTORISCHE FUNKTION

Funktion und Dysfunktion im Kausystem des Menschen wird maßgeblich von zwei Faktoren beeinflusst (8):

- **Wo gebissen wird**
- **Wie gebissen wird.**

Der erste Punkt betrifft die Bisslage, eine Fragestellung, der im MYOBYTE bereits mehrfach nachgegangen wurde. Der zweite jedoch betrifft die Okklusalgestaltung, auf die bisher noch kaum eingegangen wurde. Beide Faktoren sind einander ebenbürtig, ja womöglich ist gar der zweite noch wichtiger, als der erste, denn mit einer Okklusion, die kaum zu fügen ist, auch wenn sie am richtigen Ort stattfindet, lässt sich schwerer leben, als mit einer, die leicht und übersichtlich zu fügen ist, auch wenn der Ort dem Körper Kompensationen abfordert.

Wie bereits beim ersten, so treffen aber auch beim zweiten Faktor Anschauungswelten aufeinander:

Das gnathologische Okklusalkonzept geht von einer durch die Gelenke vorbestimmten Schließbewegung des Unterkiefers aus. Man sucht also zuerst die „ideale“ Schließbewegung zu manipulieren und sieht dann, ob diese auch ohne Abgleiten in der Interkuspitation mündet. Prämisse dabei ist, dass die Schließbewegung unter der Beibehaltung der zentrischen Kondylenposition erfolgen soll (1). Der Fokus dieser Sichtweise ist also, dass die Okklusion eine vorherbestimmte Gelenkbewegung nicht stören soll.

Um die Okklusion zu bewerten, muss man daher zuerst diese Gelenkbewegung in ihrer angeblich ungestörten Form ermitteln. Nach Lauritzen steht allerdings nicht zu erwarten, dass der Patient diese Bewegung spontan richtig ausführt, sondern er muss sie entweder einüben, oder der Zahnarzt muss ihm den Unterkiefer führen (5). Ergibt dann diese Manipulation des Unterkiefers einen anderen Zahnkontakt als die maximale Interkuspitation, so ist nach dieser Sichtweise von einer Malokklusion auszugehen. Auf den

Punkt gebracht: Gelingt es dem Zahnarzt nicht, den Unterkiefer des Patienten ohne Abgleiten in die maximale Interkuspitation zu manipulieren, so hat dieser eine Malokklusion und Einschleifmaßnahmen sind gerechtfertigt.

Nach der gnathologischen Sichtweise wird sichergestellt, dass auch außerhalb der maximalen Interkuspitation keine Störkontakte auftreten, indem man diese entweder exzentrisch durch eine Front- und Eckzahnführung „schützt“, so dass außerhalb der Zentrik posterior keine Kontakte auftreten können, oder man verteilt diese exzentrischen Kontakte gleichmäßig in Form einer „Gruppenführung“. Auch hier wieder der Begriff „Führung“, der, wie schon vorher, bei der Führung durch den Gnathologen, suggeriert, dass der Patient Hilfestellungen benötigt, um nicht daneben zu beißen.

Ganz anders das neuromuskuläre Funktionsverständnis nach Jankelson (3): Er ging davon aus, dass das mandibuläre Bewegungssystem gefühlsmäßig (propriozeptiv) die Schließbewegung in die beste erreichbare Interkuspitation der Zähne zielt. Der Schlussbiss wird also nicht entlang vordefinierter Gelenkbahnen erreicht, sondern vom neuromuskulären System wie mit einer Stellmotorik eingenommen. Das Augenmerk Jankelsons bei seinem Okklusalkonzept lag daher in erster Linie auf der Vermeidung von „Akkommodationen“ (4) bei der Einnahme der Interkuspitation.

Jankelson's Okklusalkonzept ist daher ein dynamisches, denn es beinhaltet die Erkenntnis, dass der Mensch eben nicht auf Störkontakte beißt, sondern diese so gut er kann vermeidet, was bei einem gelenkgeführten Kausystem gar nicht machbar wäre. Dies führt automatisch zu dem Schluss, dass die Beseitigung eines Störkontaktes mit der Beseitigung des damit verbundenen Vermeidungsmusters einhergeht, und somit zu einer modifizierten und weniger akkommodierten Schließbewegung führt. Akkommodationen, Vermeidungsmuster und damit auch Störkontakte sind aus neuromuskulärer Sicht nicht durch

Rainer Schöttl, D.D.S.(USA),
Erlangen

Hat der Patient eine Malokklusion, wenn es dem Zahnarzt nicht gelingt, dessen Unterkiefer ohne Abgleiten in die maximale Interkuspitation zu manipulieren?