

Erwachsenen-Kieferorthopädie: Interdisziplinäre Konzepte bei Grenzfällen

Einer spannenden Grundsatzfrage widmete sich das 4. Symposium von IKG und BDK zur Erwachsenen-Kieferorthopädie Ende Mai in Frankfurt: Welche zahnmedizinische Disziplin würde bei Grenzfällen wie vorgehen – und welche Rolle spielt dabei die Kieferorthopädie? Wie können die Disziplinen miteinander an die oft komplexen Situationen bei erwachsenen Patienten herangehen und in gemeinsamem Vorgehen die Erfolge verbessern? Das Konzept des Symposiums, wie immer unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Angelika Stellzig-Eisenhauer/Würzburg, stellte solche Schnittstellen vor aus den Bereichen Kieferorthopädie und Parodontologie, Kieferorthopädie und Prothetik sowie Kieferorthopädie und Ästhetik – jeweils aus Sicht eines profilierten Kieferorthopäden und eines Repräsentanten des anderen Fachgebietes. Dr. Gundi Mindermann, Bundesvorsitzende des BDK und IKG-Vorstand: „Wir wollen mit diesem Symposiums-Konzept Aktuelles aus dem jeweiligen Fach erfahren – und unsere Referenten und Teilnehmer dazu anregen, mehr voneinander und miteinander zu lernen. Nur wenn wir uns gemeinsam über den Rand des eigenen Wissens und Könnens weiterentwickeln, können wir Patienten mit komplexer oraler Situation helfen, die von uns nachhaltige Lösungen erwarten.“

Beim Doppel „KFO und PA“ standen sich OA PD Dr. Stefan Fickl/Würzburg und Dr. Björn Ludwig/Traben-Trarbach gegenüber. „Am Beispiel Rezession wollen wir schauen, wo brauchen die Kieferorthopäden mich – und wo ich sie“, sagte Dr. Fickl zum Einstieg und betonte, es sei sein erster Vortrag im Kreis von Kieferorthopäden. Zwei Bereiche hatte er aus Sicht des Parodontologen in den Blick gestellt: ‚Rezessionen nach KFO‘ und ‚KFO nach parodontologischer und auch implantologischer Behandlung‘. Patienten mit dünner Gingiva hätten ohnehin ein erhöhtes Risiko für Rezessionen, hier könne eine rein kieferorthopädische Behandlung ohne begleitende Maßnahmen zu Problemen führen. Die Position des Zahnes im Zahnkamm spiele bei Rezessionen eine gewichtige Rolle – allein das Verschieben eines Zahnes nach lingual könne für mehr Alveolarkamm und Gingiva auf der buccalen Seite sorgen. Bei Rezessionen habe sich die Tunneltechnik heute als erfolgreiches Vorgehen bestätigt – damit habe der Patient zwar noch immer nicht mehr Knochen, das Weichgewebe stabilisiere die Situation aber nachhaltig gut. Wann die Patienten nach einer PA-Behandlung „fertig“ sind für eine anschließende kieferorthopädische Maßnahme, definierte Dr. Fickl so: „Wenn der klinische Befund gesund und die Taschentiefe kleiner 5 mm ist.“ In seinem Fach mache man sich mittlerweile öfter als früher Gedanken zu kieferorthopädischen Möglichkeiten, insbesondere zur Papillengewinnung sei KFO sehr hilfreich. Aus kieferorthopädischer Sicht und der Erfahrung in der eigenen Praxis beschrieb andererseits Dr. Ludwig, in welcher heiklen Situation er bei „PA & KFO“ manchmal kommt: „Wir können nur in einem entzündungsfreien Zustand Zähne bewegen. Wie sage ich dem überweisenden Zahnarzt, dass sein langjähriger Patient Parodontitis hat...?“ Er habe daher ein Testverfahren entwickelt, unter anderem mit MMP-8-Markern, das er als Gesprächsgrundlage mit dem Zahnarzt nutze. Seine vorgestellten Lösungen betrafen parodontal-gesunde Patienten, um Grundsätzliches darzustellen. Ein großes Thema sei die Intrusion: „Das ist ein Kampf der Gewebe – wer verdrängt hier wen?“ Man müsse die Wurzel freihalten von Bindegewebe, hier sei parodontologisches Denken wichtig. Gewinnbringend und meist unproblematisch sei die Extrusion: „Da können wir sehr gut helfen, Gewebe zu schaffen!“ Der Effekt optimiere meist auch die Mundhygiene. Kieferchirurgisches Vorgehen zur Gewebeoptimierung sei ihm oft zu invasiv – vertikales Extrudieren (bei jungen Patienten mit Pausen für das biologische Wachstum) sei seine Alternative. Äußerst kritisch wehrte er sich gegen die Position, für Frühbehandlung gebe es keine Evidenz: „Sie macht trotzdem Sinn!“ Unter seinen entsprechenden Beispielen, die geradezu ein Feuerwerk an erfolgreichen Lösungen mit Handlungsempfehlungen für die Praxen waren, gab es auch einige, die die parodontale Situation nachhaltig verbesserten: „Engstand vermeiden ist nicht nur Ästhetik, sondern Zahngesundheit!“ Für das Auditorium ebenso wie für die Referenten ein spannendes Ende dieses Themen-Blocks: Beide Referenten begannen noch auf der Bühne die Diskussion, wie sie bestimmte Situationen

Ludwig: „Achtung, Achtung, Achtung vor Knochenersatzmaterial – da einen Zahn durchzubewegen ist eher ... ICH würde das nicht mehr tun.“ Prof. Stellzig-Eisenhauer griff einen der diskutierten Punkte auf und meinte „Danke für das Votum für Extraktion und Strippen – das ist oft auch parodontal hilfreich!“

Im Doppelblock Prothetik diskutierten Prof. Dr. Florian Beuer/München und Prof. Dr. Peter Proff/Regensburg herausfordernde Aufgabenstellungen. Prothetik sei extrem digital geworden, meinte Professor Beuer. Es sei hilfreich, auch in kieferorthopädischen Praxen digitale Patientendaten aufzuheben, da dies für spätere Prothetik sehr nützlich sein könne. Anhand einiger Patienten-Fälle stellte er zur Diskussion, was die bessere Lösung für das jeweilige Ausgangsproblem sei – KFO oder Prothetik. Dabei schlug das Pendel mal für die Prothetik („3 Sitzungen und schaut gut aus“) und mal für die KFO: „Die Prognose für Zahnersatz wäre medizinisch oft besser, wenn die Patienten vorher kieferorthopädisch abgestützt würden. Das ist meistens ein rein finanzielles Problem.“ KFO sei für ihn eher eine „BlackBox“: Nicht nur im Hinblick auf die Wünsche überweisender Kieferorthopäden an die Prothetik, sondern ganz generell plädiere er für interdisziplinäres Vorgehen. Die demografische Entwicklung, bestätigte Kieferorthopäde Professor Proff, stelle in der Tat entsprechende Anforderungen an beide Fächer: „Es gibt, das ist vielen Zahnärzten nicht bewusst, im Bereich der Kieferorthopädie Indikationen, die nicht abhängig sind vom Lebensalter der Patienten.“ KFO reguliere keinen Zahn, sondern ein ganzes System durch das Zusammenspiel aller Komponenten im orthograden Feld. Spannend seine Beispiele, welche Folgen unbehandelter Zahnverlust sowohl biologisch als auch mechanisch nach sich zieht, zum Beispiel im Bereich der Approximalkontakte, der Sensorik und der Abrasion. Stehe eine Extrusion an, sollten Prothetiker Zeit einplanen: „Schnelle orthodontische Extrusion lässt Knochen und Weichgewebe zurück – langsame entwickelt neues Gewebe.“ Bei der abschließenden Diskussion des Blocks bedauerten beide Referenten ebenso wie Professor Stellzig-Eisenhauer, dass sich niedergelassene Generalisten nicht selten als Prothetik-Spezialisten sähen und optimierende Chancen durch KFO schlicht ausblendeten – auch wegen der zusätzlichen Kosten.

Ästhetik als Schnittstelle für Zahnmedizin und Kieferorthopädie und vor allem den Faktor, was beide Bereiche voneinander lernen können, präsentierten OA Dr. Gabriel Kastl/Basel aus dem Bereich Zahnerhaltung und Dr. Peter Göllner/Bern für die KFO. Der Block begann mit einem klaren Bekenntnis Dr. Kastls: „Eigentlich ist die Kieferorthopädie ein Segen für die Zahnmedizin!“ Gemeinsam mit restaurativer Zahnheilkunde sei sie „prädestiniert für die Ästhetik des medizinischen Ergebnisses!“ Anhand einer Fall-Liste zeigte er Aufgaben, wie sie Zahnärzte von ihren kieferorthopädischen Kollegen erwarten, darunter „Lückenschluss, Berücksichtigung der Zahnproportion, Gingivaverlauf, ideale Papillenform und eine optimale parodontale Situation.“ Für all solche Aspekte seien KFO-Maßnahmen, nicht zuletzt bei Gewebeverlust auch nach Trauma durch Extrusionsverfahren, in Kombination mit restaurativen Maßnahmen wie Komposit-Arbeiten ein haltbares, zuverlässiges und zudem ästhetisches Vorgehen. Gleich ein weiteres Pro-KFO-Statement gab es seitens Dr. Göllner: „Ich würde wieder Kieferorthopäde werden – es ist der schönste Beruf der Welt!“ Einer der Gründe für seine Begeisterung: „Wir können unabhängig vom Alter der Patienten für deutlich mehr Lebensqualität sorgen!“ Ein Beispiel dafür war der Fall einer 70jährigen Patientin, die von ihrem Enkel auf ihre deutlich schief stehenden Zähne angesprochen worden war und schon immer unter diesem Zahnstand gelitten hatte. „Die Patientin wird voraussichtlich 90 Jahre alt werden oder mehr, das sind mindestens 20 Jahre, die sie sich nun wohler fühlt und die ihre Kausituation deutlich verbessern.“ Die KFO habe von der Implantologie gelernt und mit Gaumenimplantaten hocheindrucksvolle Ergebnisse vorzuweisen, nicht zuletzt im Bereich der Nichtanlagen: „Eine kieferorthopädische Lösung braucht Zeit – aber sie ist der beste Zahnersatz überhaupt.“ Für ein biologisch, funktionell und ästhetisch ansprechendes Ergebnis könne es auch notwendig werden, Zahnhartsubstanz partiell zu reduzieren: „Lieber die Zähne aus dem Engstand bringen als aus ihrer Umgebung.“ Die moderne Kultur des „nichts wegnehmen“ widerspreche der Natur. Studien zeigten, dass sich noch heute bei Ureinwohnern die Zahnform reduziere und zwar ohne negative Konsequenzen: „Beschleifen ist eigentlich eine logische Behandlung und löst das Problem da, wo es ist.“ Seine Empfehlung an die Kollegen: „Behalten sie dieses Vorgehen im Hinterkopf. Aber: Es muss Sinn machen!“

BU-Vorschlag: Spannendes Thema – und Referenten mit Herzblut für ihr Gebiet beim 4. Symposium zur Erwachsenen-Kieferorthopädie in Frankfurt (von links): Prof. Beuer, OA Dr. Fickl, Prof. Proff, Prof. Stellzig-Eisenhauer, Dr. Mindermann, OA Dr. Kastl, Dr. Ludwig und Dr. Göllner

Für Rückfragen: Dr. Gundi Mindermann (1. Bundesvorsitzende des BDK/stellv. Vorsitzende der IKG) über Pressestelle: Birgit Dohlus/dental relations, Tel: 030 / 3082 4682 / info@zahndienst.de