



# Zahnarzt und Kieferorthopäde – Arbeit im Team

**Eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Kieferorthopäde funktioniert nur dann, wenn beide miteinander kommunizieren und es eine Gesamtplanung gibt, die man Schritt für Schritt abarbeiten kann.**

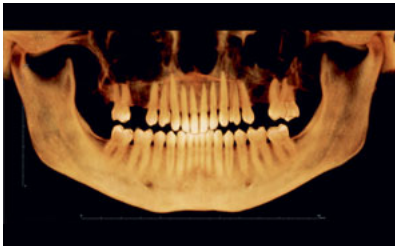
In der Regel sieht der Zahnarzt den Patienten zuerst und stellt nicht nur den zahnärztlichen, sondern auch den kieferorthopädischen Behandlungsbedarf fest. Danach ist es wünschenswert, dass er den Patienten mit einigen Hinweisen zum Kieferorthopäden zu einer Erstberatung überweist. Diese könnten z. B. heißen: Brücke geplant von 35–37 bei fehlendem 36, bitte kieferorthopädische Aufrichtung und Derotation des Zahnes 37. Wenn es ein aktuelles Orthopantomogramm (OPG) gibt, sollte es dem Patienten mitgegeben oder aber an die Praxis gemailt werden, damit es bei der Beratung vorliegt.

Der Kieferorthopäde erhebt bei der Beratung einen ausführlichen Befund und klärt den Patienten darüber auf, was aus kieferorthopädischer Sicht zu tun ist. Gleichzeitig kann er auf die Wünsche des Zahnarztes eingehen und den

Patienten über Dauer und Kosten aufklären. In der Regel sind Behandlungen im Erwachsenenalter eine Privatleistung. Mögliche Spangen wären Brackets von innen/außen oder Aligner.

Wenn es zu einer kieferorthopädischen Behandlung kommt, sollte der Kieferorthopäde den Zahnarzt über die mit dem Patienten vereinbarte Behandlung und Dauer in Kenntnis setzen. Falls er ein OPG angefertigt hat, sollte er dieses auch dem Zahnarzt zukommen lassen. Vor dem Beginn der kieferorthopädischen Behandlung müssen kariöse Läsionen und insuffiziente Füllungen versorgt werden. Neuanfertigungen von Kronen etc. sind nicht empfehlenswert und sollten erst nach der kieferorthopädischen Therapie erfolgen.

Gegen Ende der kieferorthopädischen Behandlung ist dann wieder eine detaillierte Absprache wichtig. Wenn aus kieferorthopädischer Sicht das Behandlungsziel erreicht ist, sollte sich der Patient, solange die Apparatur noch im Mund ist, beim Zahnarzt vorstellen. Dieser entscheidet dann, ob er seine geplante Prothetik mit der erreichten Zahnstellung umsetzen kann oder z. B. Lücken noch vergrößert/



**Abb. 1 und 2** Die Ausgangssituation im OPG und FRS.

**Abb. 3** Entlastungsposition.

verkleinert werden müssen, ein Zahn noch etwas mehr bukkal oder palatinal stehen sollte etc. In schwierigen Fällen ist es auch hilfreich, wenn sich der Patient zusätzlich beim Zahn-techniker vorstellt, da dieser wiederum auf andere Details schaut.

Wenn die Zahnstellung für alle Beteiligten zufriedenstellend ist, kann die Apparatur entfernt werden. Ganz wichtig ist die Retention der Zahnstellung bis zur prothetischen Versorgung und danach. Wenn eine Brücke im Seitenzahn-bereich geplant ist, kann eine herausnehmbare Retentionsplatte hergestellt werden, die der Patient nachts trägt. Diese hat den Vorteil, dass sie durch Einschleifen auch noch nach Eingliederung eines Provisoriums angepasst werden kann.

Bei einer geplanten Implantatversorgung ggf. zusätzlich mit Knochenaufbau, kann der Chirurg schon beginnen, wenn sich die kieferorthopädische Behandlung dem Ende nähert. Dazu muss vorher genau festgelegt werden, welche chirurgischen Maßnahmen notwendig sind und wie lange die Einheilungsphasen jeweils dauern. Wenn dies beachtet wurde, kann dann, nach Entfernung der kieferorthopädischen Apparatur, die Freilegung des bereits eingehielten Implantates und sofort auch die Abdrucknahme für die Suprakonstruktion erfolgen.

Für uns hat sich im Praxisalltag als Hauptkommunikationsmittel das Mailen bewährt, es geht schnell, man kann auch Bilder schnell verschicken, und wenn zusätzlich Zahntechni-

ker oder Chirurgen involviert sind, können alle einfach über den aktuellen Stand informiert werden.

### **OKKLUSIONSEINSTELLUNG NACH SCHIENENTHERAPIE**

Ein Beispiel für eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Zahnärztin und Kieferorthopädin zeigt der folgende Fall. Der dreißigjährige Patient stellt sich mit funktionellen Beschwerden im Kiefergelenk in meiner Praxis vor (Abb. 1 und 2). Ihm wird nach der Funktionsanalyse eine Schiene eingegliedert, die den seitlich offenen Biss, der zu einer Kompression der Gelenke führte, nivelliert (Abb. 3 bis 5). Der Aufbissbehelf sollte 24 h getragen werden. Nach 3 Monaten besserten sich die Beschwerden. Nun musste die mit der Schienentherapie erreichte Kieferposition umgesetzt werden. Dafür wurde der Patient zur Kieferorthopädie überwiesen und mit einer Multibracketapparatur im Ober- und Unterkiefer über 24 Monate behandelt (Abb. 6). Dadurch konnte der seitlich offene Biss kieferorthopädisch geschlossen, die Steilstellung der Frontzähne und damit auch der frontale Kopfbiss beseitigt werden (Abb. 7 und 8).

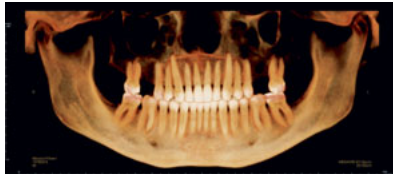
In diesem besonderen Fall war es möglich die vertikalen okklusalen Verhältnisse, rein kieferorthopädisch einzustellen. Dies hat den Patienten vor einer zeit- und kostenintensiven Rekonstruktion mit Table Tops zum Schluss des seitlich offenen Bisses bewahrt.



**Abb. 4 und 5** Die Schiene außerhalb des Mundes sowie intraoral.



**Abb. 6** Multibandapparat.



**Abb. 7 und 8** Nach Abschluss der Behandlung.

**FAZIT**

Zu den Gründen, die die Kieferorthopädie für den ästhetisch orientierten Prothetiker so spannend machen, gehört das potentiell minimalinvasive Vorgehen. Die präprothetische KFO bietet eine Reihe von interessanten Tools:

- Molarenaufrichtung
- Lückenoptimierung vor Implantation
- Ausformen der Fronten
- Okklusionseinstellung
- Okklusionseinstellung nach Schienentherapie
- kombinierte kieferorthopädisch-kieferchirurgische Okklusionseinstellung

Mithilfe präprothetischer KFO kann in vielen Fällen der Verlust von wertvollem Zahnmaterial deutlich verringert und funktionelle Probleme können schon vor dem prothetischen Behandlungsbeginn auf ein Minimum reduziert werden. Oft ist die präprothetische KFO vor allem für den ästhetisch orientierten Prothetiker spannend, hilfreich und eigentlich auch unabhängigbar. So macht es heutzutage keinen Sinn mehr z. B. Fehlstellungen der Frontzähne rein prothetisch, also mit Veneers zu beheben. Wesentlich sinnvoller ist es hier mit Alignern (z. B. Inman Aligner, South Croydon, USA) in kurzer Zeit vorzubehandeln, um den Verlust wertvollen Zahnmaterials bei ästhetisch, funktionellen Korrekturen so gering wie möglich zu halten.

In manchen Situationen entfallen prothetische Eingriffe sogar gänzlich, wenn die Kieferorthopädie es schafft, die natürlichen Zähne wieder an die richtige Position wandern zu lassen.



**DANA WEIGEL**

Dr. med. dent  
Spezialistin für Ästhetische Zahnmedizin und Funktion  
(DGÄZ), Berlin  
E-Mail: praxis@aesthetische-zahnmedizin.de



**KERSTIN WIEMER**

Dr. med. dent  
Praxis für Kieferorthopädie, Berlin  
E-Mail: info@kfo-karlshorst.de