

Kieferorthopädischer oder prothetischer Lückenschluss bei Nichtanlagen? (Teil I)



KN Fortsetzung von Seite 1

Einleitung

Zur Erzielung einer möglichst optimalen Versorgung trägt die auf allen Sektoren der Zahnheilkunde fortschreitende Entwicklung und technische Verbesserung bei.³⁸ Durch die mittlerweile nahezu uneingeschränkte Möglichkeit zur Therapie erwachsener Patienten kann eine kieferorthopädische Vorbehandlung der Ausgangspunkt für eine prothetische Versorgung sein, die sich durch tadellose Ästhetik, uneingeschränkte Funktion und hervorragende Parodontalprophylaxefähigkeit auszeichnet.^{3,4-6,8,9}

Kieferorthopädische Maßnahmen können vorbereitend zu einer prothetischen Versorgung sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch bei Erwachsenen aus ganz unterschiedlichen Gründen indiziert sein. Im Kindesalter sind häufig Patienten betroffen, bei denen z. B. aufgrund von Nichtanlagen, Zahnformanomalien oder eines traumabedingten Zahnverlustes die Anfertigung eines Zahnersatzes gegenüber dem kieferorthopädischen Lückenschluss abgewogen werden muss. Abhängig von der Ästhetik, Funktion sowie der skelettalen und dentoalveolären Dysgnathien kann die Entscheidung über die Behandlungsvariante (Lückenschluss mit/

ohne Extraktion von bleibenden Zähnen, Lückenöffnung und anschließende Prothetik) getroffen werden.

Beim Erwachsenen können kieferorthopädisch vorbereitende Maßnahmen, z. B. infolge von Zahnverlusten unterschiedlichster Art, sinnvoll werden. Die Patientengruppe der Erwachsenen beinhaltet zudem nicht selten die Fälle, bei denen bereits im Kindes- bzw. Jugendalter eine kieferorthopädische Behandlung empfehlenswert gewesen wäre, die aber damals aus individuellen Gesichtspunkten nicht möglich oder nicht gewollt war. Die Überlegungen des prothetisch arbeitenden Zahnarztes hinsichtlich einer kieferorthopädischen Vorbehandlung eines erwachsenen Patienten können abhängig vom Ausgangsbefund, neben der individuellen Optimierung der Ästhetik und Verbesserung der Funktion, vor allem die gesteigerte Hygienefähigkeit der geplanten prothetischen Restaurationen, eine Pfeilvermehrung und die Verbesserung der Pfeilqualität sein.^{2,7,9,10} Eventuell vorliegende Kiefergelenkprobleme sollten durch eine ausführliche Funktionsanalyse

ANZEIGE

MONDEFIT
get it now!

AFM Arno Fritz GmbH • Am Gewerbering 7 • 78570 Mühlheim a. d. Donau
Phone +49 7463 99307 60 • info@arno-fritz.com • www.arno-fritz.com



Ideal Smile® ALIGNER, für ein perfektes Lächeln!



Erweitern Sie das Behandlungsspektrum Ihrer Praxis

Ideal Smile® ALIGNER ist die perfekte Lösung für erwachsene Patienten mit dem Wunsch nach einer schnellen und ästhetischen Behandlung geringfügiger Zahnfehlstellungen. Mit Ideal Smile® ALIGNER verbleibt die Kontrolle des Behandlungsverlaufs in Ihren Händen, während Sie und Ihr Patient von neuester Behandlungstechnik profitieren – inklusive dem allumfassenden Service durch ein Labor sowie innovativer 3-D Modellierung.

Ideal Smile® ALIGNER – Ihr Praxistool für ein schönes Lächeln Ihrer Patienten:

- | | | |
|--|---|---|
| ☒ bewährte Technik | ☒ allumfassender Laborservice | ☒ ohne zusätzliche Software |
| ☒ präzise Behandlung | ☒ Festpreis pro Behandlung | |

Für weitere Informationen über Ideal Smile® ALIGNER, wenden Sie sich bitte an Ihren DENTSPLY GAC Außendienstmitarbeiter oder besuchen Sie unsere Webseite unter www.idealsmilealigner.com.

www.idealsmilealigner.com

DENTSPLY
GAC

Ideal Smile®
— EXPERTS IN TOOTH MOVEMENT —

Ideal Smile® ist ein eingetragenes Warenzeichen von DENTSPLY Intl.
©2013 DENTSPLY GAC Intl. Alle Rechte vorbehalten.

Deutschland:
+49 (0)89 540 269 - 0, gacde.info@dentsply.com
Österreich:
+43 (0)1 406 81 34, planer.office@dentsply.com
Schweiz:
+41 (0)22 342 48 10, gacch.info@dentsply.com



Abb. 4

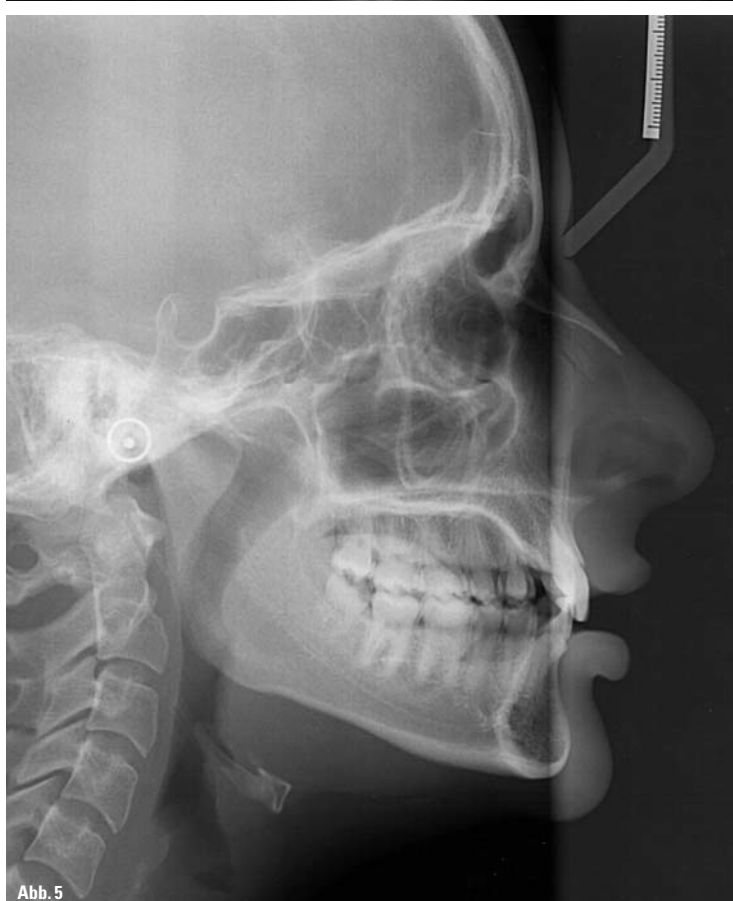


Abb. 5

Abb. 4: Alle Zähne sind vorhanden mit Ausnahme der 2er. – **Abb. 5:** Die FRS zeigt keine Auffälligkeiten, eine nahezu achsengerecht stehende OK-Front und eine steile Unterkieferfront.

ANZEIGE

Liebold / Raff / Wissing B E M A + G O Z

Kommentar

Kompetenz für die KFO-Abrechnung

Liebold/Raff/Wissing

DER Kommentar zu BEMA und GOZ

Fachausgabe für die Kieferorthopädie in
Kooperation mit dem Berufsverband der
Deutschen Kieferorthopäden e.V. (BDK)

Bewährt und anerkannt in Praxen, bei
KZVen, Kammern, Kassen und in der
Rechtsprechung.






Mehr Infos unter
www.bema-go.de

Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, Sankt Augustin

KN Fortsetzung von Seite 4

aufgedeckt werden. Innerhalb der Behandlungsplanung ist die Zusammenarbeit aller an der Lösung beteiligten Disziplinen erforderlich (Abb. 1).¹¹

Jede Disziplin stellt die vorgegebene Situation dem durch fachspezifisches Eingreifen maximal zu erreichenden Resultat gegenüber, sodass in Koordination dieser Behandlungsmaßnahmen mit den übrigen Teilbereichen eine möglichst ideale Lösung angestrebt wird und letztendlich resultiert.

Auch die im Anschluss an eine kieferorthopädische Behandlung folgende Retentionsphase darf nicht unerwähnt bleiben. Die Dauer der Retention hängt dabei von Art, Ausmaß und Geschwindigkeit der Behandlungsdurchführung ab. Um das Risiko eines Rezidivs vor allem in der ästhetisch wertvollen Frontzahnregion möglichst gering zu halten, empfiehlt sich nach Korrektur rotierter Zähne oder dem Schluss eines Diastemas mediale ein eingeklebter Retainer.^{1,13}

Die folgende klinische Falldarstellung soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kieferorthopädie, Chirurgie und Prothetik demonstrieren.

Klinische Falldarstellung

Diagnose

Die Patientin stellte sich im Alter von 17 Jahren in der Abteilung für Kieferorthopädie im Center for Dentistry, Research and Aesthetic wegen einer kieferorthopädischen Behandlung vor. Sie störte die ästhetisch unbefriedigende Situation in der Oberkieferfront. Die seitlichen Schneidezähne waren nicht angelegt. Infolge der relativ langen Zeitspanne vom Zahndurchbruch bis zur Erstvorstellung hatten sich die Nichtanlagelücken durch Zahnwanderungen verengt. Die Zähne 13 und 23 brachen mesial ihrer physiologischen Durchbruchregion durch und nahmen somit die Stelle der nicht angelegten Zähne 12 und 22 ein, was die Patientin zusätzlich störte. Das Profil ist harmonisch, sowohl in der sagittalen als auch in der vertikalen Dimension (Abb. 2a–d). Die intraoralen Aufnahmen zeigen zu Behandlungsbeginn eine Angle-Klasse I-Okklusion an den ersten Molaren rechts und links sowie einen tiefen Biss. Auf der Frontalaufnahme sind die Eckzähne auf der Position der lateralen Schneidezähne. Die Lücken für die nicht angelegten 2er sind stark eingengt. Im Oberkieferzahnbogen sind Rotationen der Prämolaren sowohl rechts als auch links. Der Unterkiefer ist unauffällig. Die Parodontalverhältnisse waren klinisch als gut zu bewerten (Abb. 3a–e). Das angefertigte OPG (Abb. 4) zeigt, dass mit Ausnahme der seitlichen Schneidezähne alle

Fortsetzung auf Seite 9 KN



a



b



c

Abb. 6a–c: Intraorale Aufnahmen in Okklusion mit eingegliederten weichen Bögen; Druckfedern wurden zur Schließung des Diastemas und zur Vergrößerung der eingeeengten Lücken angebracht.



Abb. 7

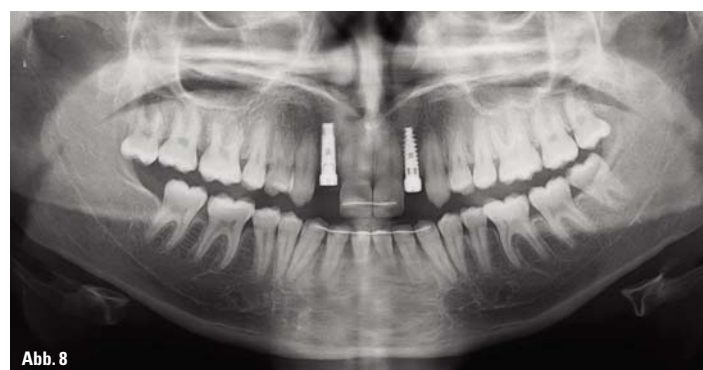


Abb. 8

Abb. 7: Die FRS-Aufnahme zum Behandlungsende zeigt die dentalen Veränderungen der beiden Fronten durch die beabsichtigte Protrusion. – **Abb. 8:** Das OPG zum Behandlungsende zeigt keine Auffälligkeiten. Die Implantate in Regio 12 und 22 vier Monate vor der Entfernung der festsitzenden Apparatur.

Thinking ahead. Focused on life.



Hohe Erwartungen. So einfach erfüllt.



Patienten von heute stellen hohe Ansprüche an die kieferorthopädische Leistung. Auf ihrem Weg zu einem perfekten Lächeln fordern sie eine höchst qualitative Behandlung in entspannter, ästhetischer Atmosphäre. Mit der ergonomisch-funktionalen Behandlungseinheit Spaceline EMCIA KFO von Morita werden Sie diesen Erwartungen gerecht – durch mehr Freiraum, Effizienz und Wohlbefinden. Das konsequent durchdachte Konzept, außergewöhnliche Funktionalitäten und ein zeitlos schönes Design machen Spaceline EMCIA KFO zu einer langfristig lohnenden Investition.

www.morita.com/europe



56. Bayerischer Zahnärztetag

München, 22. bis 24. Oktober 2015
The Westin Grand München



Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer



Online-Anmeldung/
Kongressprogramm



www.bayerischer-zahnaerztetag.de

DONNERSTAG, 22. OKTOBER 2015

FESTAKT ZUR ERÖFFNUNG

Beginn: 19.00 Uhr (Einlass und Einstimmung ab 18.30 Uhr)
Ende: ca. 22.00 Uhr
Begrüßung und Ansprachen aus Politik und Standespolitik

FREITAG, 23. OKTOBER 2015

KONGRESS ZAHNÄRZTE

Zahndurchbruch – Zahntrauma – Zahnwechsel Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungsmöglichkeiten

09.00 – 09.15 Uhr	Christian Berger/BLZK, Prof. Dr. Dr. Mark Farmand/KZVB Begrüßung
09.15 – 10.00 Uhr	Prof. Dr. Andrea Wichelhaus/München Präprothetische kieferorthopädische Behandlungskonzepte
10.00 – 10.45 Uhr	Prof. Dr. Dr. Norbert Krämer/Gießen Füllungstherapie in der Kinderzahn- heilkunde
10.45 – 11.00 Uhr	Diskussion
11.00 – 11.30 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
11.30 – 12.15 Uhr	Dr. Anton Schweiger/Kempten Abrechnung kieferorthopädischer Behandlungen
12.15 – 13.00 Uhr	Dr. Cornelius Haffner/München Ein Gebot der Menschlichkeit – die zahn- medizinische Versorgung von Asylbewerbern
13.00 – 14.00 Uhr	Mittagspause/Besuch der Dentalausstellung
14.00 – 14.45 Uhr	Prof. DDr. Georg Watzek/Wien Implantate bei Jugendlichen
14.45 – 15.00 Uhr	Prof. Dieter Schlegel Wissenschaftspreis Dissertationspreis des VFWZ
15.00 – 15.45 Uhr	Dr. Klaus Hertrich/Erlangen Zahntransplantation – eine Alternative?
15.45 – 16.00 Uhr	Diskussion
16.00 – 16.30 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
16.30 – 17.15 Uhr	Dr. Verena Bürkle/Salzburg Frühprothetische Versorgung bei Kindern
17.15 – 18.00 Uhr	Prof. (Univ. Zagreb) Dr. Alexander Gutowski/ Schwäbisch Gmünd Schienentherapie – ein Erfolgskonzept bei der Behandlung von Funktionsstörungen im stomatognathen System
18.00 – 18.15 Uhr	Diskussion

Optionale Teilnahme

18.15 – 18.45 Uhr Dr. Michael Rottner/Regensburg
Aktualisierung der Röntgenfachkunde
für Zahnärzte

KONGRESS ZAHNÄRZTLICHES PERSONAL

Kinder – Karies – KFO Herausforderungen und Perspektiven

09.00 – 09.15 Uhr	Dr. Silvia Morneburg, Dr. Peter Maier/BLZK Begrüßung und Moderation
09.15 – 10.45 Uhr	Irmgard Marischler/Bogen Von FU bis KFO – Mehrkosten und Zusatz- vereinbarungen
10.45 – 11.15 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
11.15 – 12.45 Uhr	Prof. Dr. Dr. Norbert Krämer/Gießen Frühkindliche Karies – ein gelöstes Problem?
12.45 – 14.00 Uhr	Mittagspause/Besuch der Dentalausstellung
14.00 – 15.30 Uhr	Prof. Dr. Dr. Wolfgang J. Spitzer/Homburg-Saar Verschiedene Narkoseformen in der Praxis – von Oberflächenanästhesie bis ITN
15.30 – 16.00 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
16.00 – 17.45 Uhr	Prof. Dr. Andrea Wichelhaus/München Habits und Fehlstellungen

Festvortrag: Warum rechts und links keine Alternativen mehr sind
Prof. Dr. Armin Nassehi, Professor für Soziologie an der
Ludwig-Maximilians-Universität München

SAMSTAG, 24. OKTOBER 2015

KONGRESS ZAHNÄRZTE

09.00 – 09.15 Uhr	Christian Berger/BLZK, Prof. Dr. Dr. Mark Farmand/KZVB Begrüßung
09.15 – 10.00 Uhr	Dr. Barbara Holzschuh/Bergen Dentoalveoläre Traumatologie: abgeschlossenes versus nicht abgeschlossenes Wurzelwachstum
10.00 – 10.45 Uhr	Dr. Christoph Kaaden/München Problemerkennung und Fehlervermeidung in der Endodontie
10.45 – 11.00 Uhr	Diskussion
11.00 – 11.30 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
11.30 – 12.15 Uhr	Prof. Dr. Dr. Johann Müller/München Tägliche Praxis der Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie
12.15 – 13.00 Uhr	Prof. Dr. Dr. Martin Gosau/Nürnberg Müssen Weisheitszähne immer entfernt werden?
13.00 – 14.00 Uhr	Mittagspause/Besuch der Dentalausstellung
14.00 – 14.45 Uhr	ZA Peter Reithmayer, Leo Hofmeier/München Mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein – internationale Hilfsprojekte bayerischer Zahnärzte
14.45 – 15.30 Uhr	Prof. Dr. Dr. Carl-Peter Cornelius/München Ethiopian jaws – rekonstruktive Gesichtschirurgie zwischen München und Addis Abeba
15.30 – 15.45 Uhr	Diskussion
15.45 – 16.15 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
16.15 – 17.00 Uhr	Dr. Björn Ludwig/Traben-Trarbach Implantate als Verankerungselemente in der Kieferorthopädie
17.00 – 17.45 Uhr	Dr. Jutta Margraf-Stiksrud/Marburg Persönlichkeitsunterschiede von Kindern berück- sichtigen – kieferorthopädischen Behandlungs- erfolg steigern
17.45 – 18.00 Uhr	Abschlussdiskussion

KONGRESS ZAHNÄRZTLICHES PERSONAL

09.00 – 09.15 Uhr	Dr. Silvia Morneburg, Dr. Peter Maier/BLZK Begrüßung und Moderation
09.15 – 10.45 Uhr	Prof. Dr. Johannes Hübner/München Impfschutz und Kinderkrankheiten in der zahnärztlichen Praxis
10.45 – 11.15 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
11.15 – 12.45 Uhr	Stefan Duschl/Pocking Fit am Arbeitsplatz durch gesunde Ernährung
12.45 – 14.00 Uhr	Mittagspause/Besuch der Dentalausstellung
14.00 – 15.30 Uhr	Klaus Kratzer/Augsburg Cybermobbing
15.30 – 16.00 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
16.00 – 17.45 Uhr	Dr. Peter Klotz/Germering Häufige Abrechnungsfehler bei Wiederher- stellungsmaßnahmen und Suprakonstruktionen

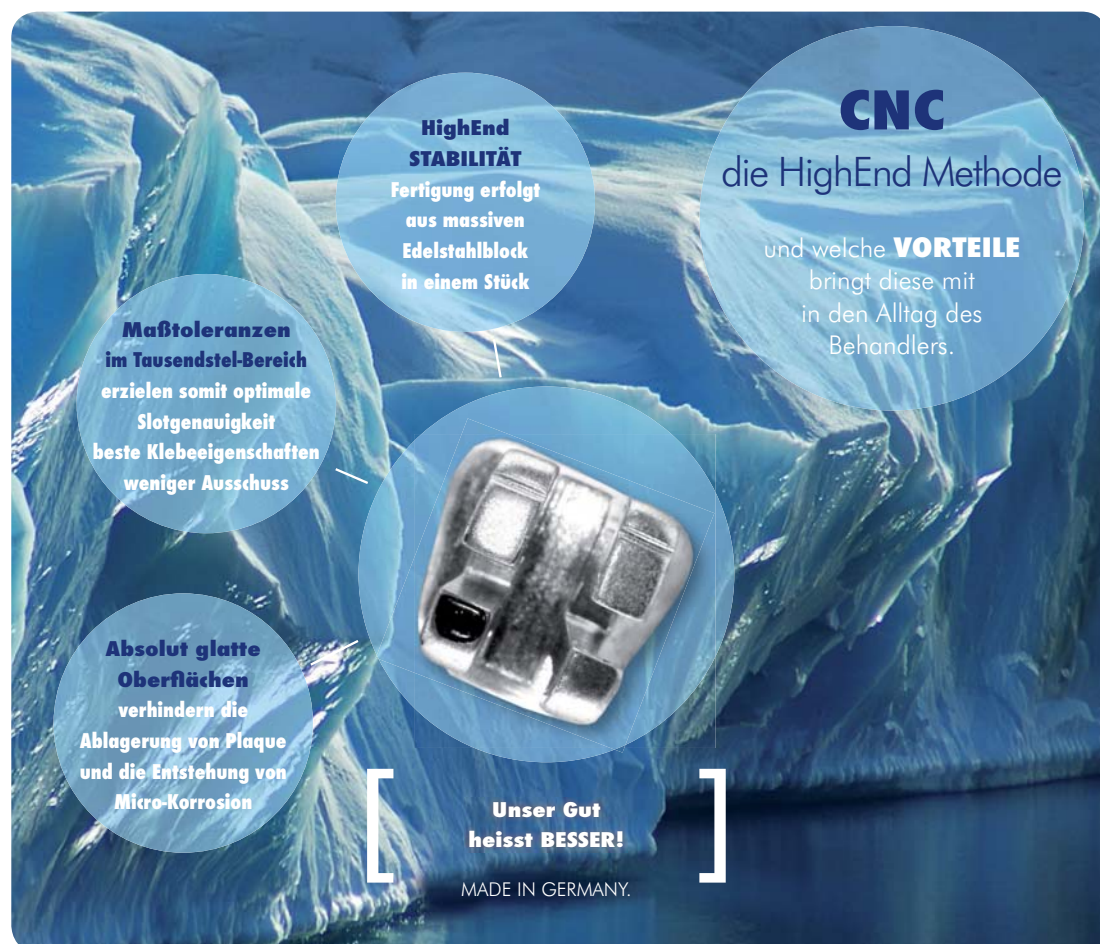
Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-290
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

KN 6/15

Für den **56. Bayerischen Zahnärztetag** vom 22. bis 24. Oktober 2015 in München melde ich folgende Personen verbindlich an
(bitte Zutreffendes ausfüllen bzw. ankreuzen):

Name, Vorname, Tätigkeit	Mitglied: ☐ BLZK/KZVB ☐ DGKFO ☐ Nichtmitglied	Kongress- teilnahme am ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Röntgenfachkunde*	Programm Zahnärztliches Personal ☐ Freitag ☐ Samstag
*Voraussetzung ist die Kongressteilnahme am Freitag und Samstag			
Praxisstempel			
Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zum 56. Bayerischen Zahnärztetag erkenne ich an.			
Datum/Unterschrift			
E-Mail			



* Angebot nur gültig für Bestellungen bis 30.09.2015 mit zeitnaher Auslieferung. Je Bestellung ist nur ein Geschenk erhältlich. Eine Unterschreitung des Mindestbestellwertes nach Umtausch oder Änderung der Bestellung bedingt die Geschenkrückgabe.



Bringing German Engineering to Orthodontics

Adenta GmbH | Gutenbergstraße 9 | D-82205 Gilching | Telefon: 08105 73436-0
Fax: 08105 73436-22 | Mail: info@adenta.com | Internet: www.adenta.de

KN Fortsetzung von Seite 6

Zähne vorhanden waren. Die Weisheitszähne außer des Zahnes 48 hatten die Okklusionsebene erreicht. Sowohl endodontische als auch konservierende bzw. prothetische Versorgungen waren nicht zu verzeichnen. Die parodontale Situation war röntgenologisch unauffällig und die Knochenverhältnisse ließen eine orthodontische Behandlung zu.

Die Fernröntgenaufnahme (Abb. 5) zeigte keine skelettalen Auffälligkeiten. Die Oberkieferfront stand nahezu achsengerecht, während sich die Unterkieferfront im Steilstand befand.

Im Rahmen der Modellanalyse konnte, eine harmonische Breitenrelation der mittleren zu den seitlichen Inzisivi voraussetzend, im Oberkiefer ein Platzbedarf von 4mm ermittelt werden. Der Unterkiefer war unauffällig und harmonisch.

Therapieplanung

Zur Herstellung eines lückenlosen, ästhetisch ansprechenden Oberkieferzahnbogens bestanden zwei Alternativen:

1. Orthodontischer Lückenschluss: Positionierung der Eckzähne an Stelle der seitlichen Schneidezähne. Dieses Vorgehen hätte eine Ausgleichsextraktion von zwei Prämolaren im Unterkiefer erfordert.
2. Lückenöffnung für den prothetischen Ersatz von 12 und 22. Der

notwendige Platz für eine harmonische Ausformung im Oberkieferzahnbogen wird durch konservative Platzbeschaffungsmaßnahmen gewonnen.

Die erste Behandlungsalternative hätte zu einer Verschlechterung des fazialen Erscheinungsbildes geführt. Infolge der Ausgleichsextraktion von 34 und 44 und dem durchgeführten Lückenschluss wäre es zu einer Abflachung des Mundprofils gekom-

men.¹² Bei dieser Behandlungsvariante wäre aufgrund der größeren Zahnbewegungen mit einer wesentlich längeren Behandlungsdauer zu rechnen gewesen. Die Platzverhältnisse im Unterkiefer und der Platzbedarf für das Ersetzen der nicht angelegten Zähne 12 und 22 stellen kein Kriterium für eine Exaktion dar. Der Patientin wurden Vor- und Nachteile beider Alternativen er-

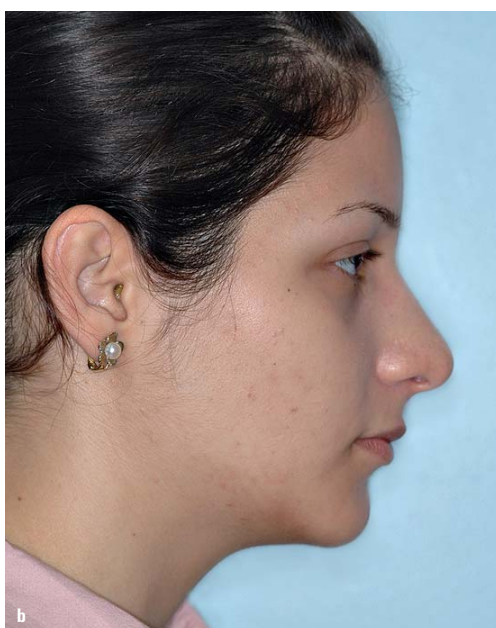
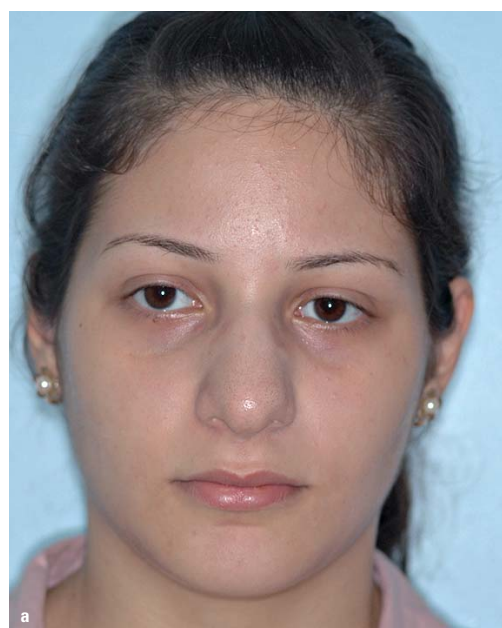
Fortsetzung auf Seite 10 

Abb. 9a–c: Die extraoralen Aufnahmen zeigen ein schönes Lachen mit einem harmonischen Profil.

Fortsetzung von Seite 9

läutert. Sie entschied sich letztendlich für die Nonextraktions-therapie mit prothetischem Zahn-ersatz. Unabhängig von der Art des prothetischen Ersatzes muss- te ausreichend Platz in der Verti- kalen, Sagittalen und Transversa- len geschaffen werden. Als Zahn- ersatz wurden Implantate geplant.

Therapeutisches Vorgehen

In der orthodontischen Phase wurde für die geplanten Zahn- bewegungen eine festsitzende Apparatur (.022" x .028" Slot-Brack- ets) eingegliedert. Aufgrund der Achsenstellung der Unter- kieferfront sollte eine übermä- ßig labiale Kippung bei der Auf- lösung des Engstandes verme- den werden. Im Oberkiefer wur- den die Zähne 11/21 mesialisiert und die Eckzähne zu ihrer phy- siologischen Position distali- siert. Eine leichte Protrusion der Schneidezähne wird aufgrund der Druckfederwirkung auf- treten, was für den Platzgewinn notwendig ist. Durch die Der- otationen der Prämolaren kommt es zu einem zusätzlichen Platz- gewinn (Abb. 6a–c).

Für die Kontrolle der interradi- kulären Knochendistanz zwischen den mittleren Schneideeckzäh- nen wurde fünf Monate vor der Entbänderung eine Röntgenauf- nahme angefertigt. Ebenso er- folgte eine gemeinsame Bespre- chung wegen der prothetischen Versorgung, um deren Durchführ- barkeit zu überprüfen. Die Im- plantation der nicht angelegten Zähne wurde in dieser Zeit durch- geführt.

Nach zwölf Monaten kieferor- thopädischer Behandlung waren alle orthodontischen Behan- dlungsziele erreicht worden. Die Zahnbögen waren ausgeformt, die Lücken für die seitlichen Frontzähne geöffnet. Im Seiten- zahngebiet blieb die Okklusion unverändert, die Frontzahnstufe war in sagittaler und vertikaler

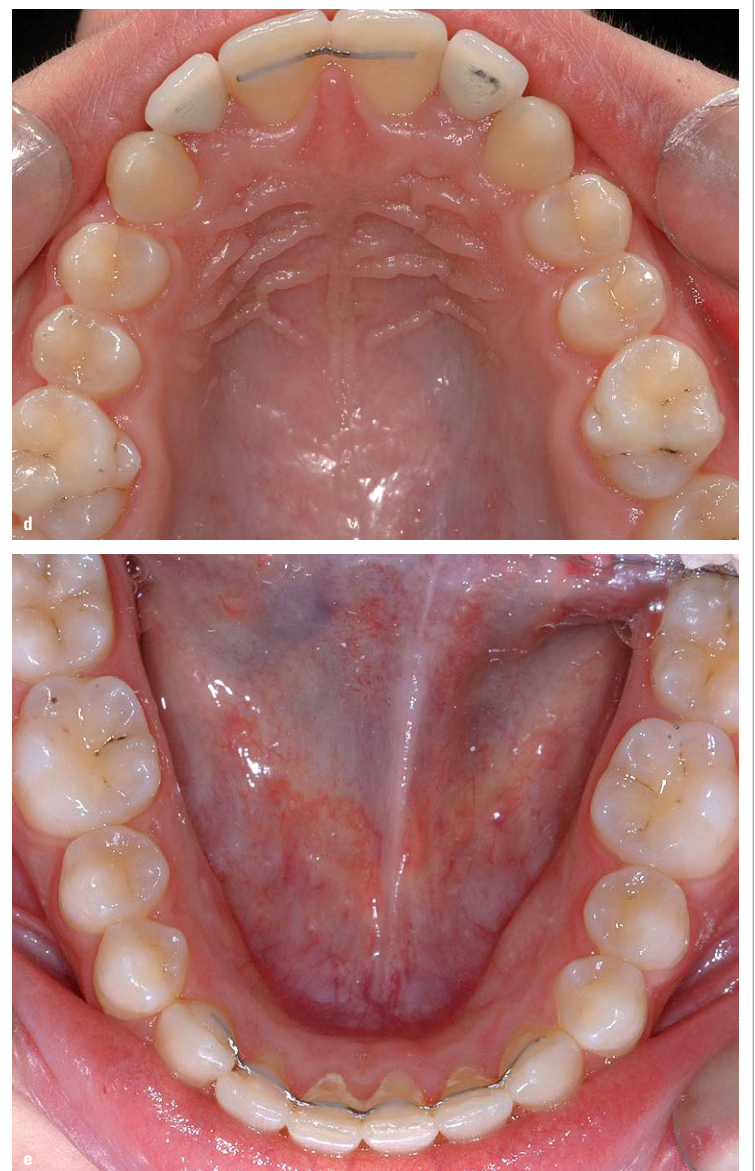
Richtung physiologisch. Die Fern- röntgenaufnahme (Abb. 7) lässt die dentalen Veränderungen er- kennen; aufgrund der leichten Protrusion in beiden Kiefern kam es zu einer vergleichsweise ge- ringen labialen Kippung beider Fronten.

Das OPG zeigt keine Auffällig- keiten, Wurzelresorptionen wa- ren nicht zu verzeichnen (Abb. 8). Zur Retention wurde im Unterkie- fer von Eckzahn zu Eckzahn und

im Oberkiefer zwischen 11 und 21 ein Retainer fixiert. Zusätzlich wurden in Ober- und Unterkiefer Retentionsplatten eingesetzt. Nach erfolgter Wundheilung wur- den die beiden Implantatlücken in der Oberkieferfront mit Kera- mikkronen versorgt. Die intra- und extraoralen Bilder zeigen die zufriedenstellenden Verän- derungen durch die interdiszi- plinäre Behandlung (Abb. 9a–c, Abb. 10a–e).



Abb. 10a–e: Die intraoralen Aufnahmen zeigen die Situation nach der Eingliederung der prothetischen Versorgung, eine harmonische Relation zwischen dem 1er und dem ersetzten 2er bei einem harmonischen Gingivaverlauf.



Diskussion

Die orale Rehabilitation von Pa- tienten mit dentalen und/oder skelettalen Disharmonien kann den Einsatz mehrerer zahnärzt- licher Fachdisziplinen erforder- lich machen.¹¹ Häufig ist eine be- friedigende prothetische Versor- gung erst nach kieferorthopä- discher und/oder chirurgischer Vorbehandlung möglich. Mit ei- ner derartigen Kombinations- behandlung können in geeigneten Fällen nicht nur ästhetisch bes- sere, sondern auch im Hinblick auf Funktion und Prophylaxe von Parodontalerkrankungen besse- re Resultate erzielt werden.^{3,5,8} Bei der präprothetischen Kieferor- thopädie wird oft zwischen kleinen Maßnahmen, die jeder Zahnarzt durchführen kann, und umfang- reicheren, die nur der Spezialist durchführen sollte, unter- schieden.⁴ Für den Nichtspezialisten besteht das Problem bei kleinen kieferorthopädischen Maß- nahmen nicht in ihrer Durchführung, sondern in der Abgrenzung ge- genüber umfangreicheren Maß- nahmen.⁶ Dafür ist eine umfas- sende Diagnostik, genaue und zielorientierte Behandlungspla- nung, Behandlungsdurchführung mit Überprüfung der unterschied- lichen Möglichkeiten und entspre- chende Prognose hinsichtlich der Kooperation und Stabilität uner- lässlich.

Bei dem vorgestellten Patienten- beispiel wäre eine rein protheti- sche Versorgung mit einer kon-

ventionellen Verblendbrücke mög- lich gewesen, hätte allerdings das Beschleifen von vier gesunden Zähnen erforderlich gemacht. Ebenso möglich gewesen wäre eine rein kieferorthopädische Behandlung durch den Lücken- schluss. Dies wäre allerdings mit der Extraktion von zwei Unter- kieferprämolaren und einem Kompromiss im Mundprofil der Patientin verbunden gewesen. **KN**

KN Kurzvita



Priv.-Doz. Dr. Nezar Watted
[Autoreninfo]



KN Adresse

Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
Julius-Maximilians-Universität
Würzburg
Heinestraße 2
97070 Würzburg
nezar.watted@gmx.net

Literatur



ANZEIGE

www.halbich-lingual.de

Thomas Halbich
LINGUALTECHNIK



PATIENTEN
BEHANDLER



inkl. QMS Quick Modul System
schön einfach – einfach schön!
www.halbich-qms.de