

Skelettale Klasse III-Therapie beim Erwachsenen

Ein Beitrag von Dr. Heiko Goldbecher, Kieferorthopäde aus Halle/Saale.

Wer glaubt, im Sinne und zum Wohle seiner Patienten zu handeln, sei in jedem Fall der richtige, zu Erfolg und Zufriedenheit führende Weg, der kann auch irren. Spätestens dann, wenn die Definition von Behandlungserfolg nicht mehr am erzielten Therapieergebnis und der damit verbundenen Zufriedenheit des Patienten festgemacht wird, sollten Behandler aufhören, wie folgendes Fallbeispiel zeigt.



Abb. 1a–j: Klinische Ausgangssituation am 1.8.2012: intraorale Fotos (a–c), Profilfotos (d, e), FRS (f), OPG (g) sowie DVT-Aufnahmen (h–j). Es ist deutlich erkennbar, dass die unteren Frontzähne an den Rand des Kieferkammes gewandert und protrudiert sind. **Abb. 2a–e:** Klinischer Zustand am 31.3.2014. Nach erfolgter Retrusion der unteren Frontzähne und deren Aufstellung in die Kieferkammmitte wies die Patientin eine Kopfbiss-situation auf. Durch Kronenneuaufbau der oberen mittleren Inzisivi sollte eine Überbissituation erreicht werden.

Abb. 3a–e: Klinische Situation am 5.5.2014. Weiter erfolgreiche Ausformung des unteren Zahnbogens. **Abb. 4a–c:** Klinische Situation am 12.12.2014. Erreichung von Überbissverhältnissen (a, b). OPG zum Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung (c). **Abb. 5:** Zur Stabilisierung des Behandlungsergebnisses wurde am 2.3.2015 im Unterkiefer von 3-3 ein fixer Retainer geklebt.

Einleitung

Die Therapie von Klasse III-Malokklusionen bei erwachsenen Patienten stellt eine große Herausforderung im kieferorthopädischen Praxisalltag dar. Die Erreichung des angestrebten Behandlungsziels hängt bei diesen Fällen, neben ätiologischen Faktoren, zu einem großen Teil von der korrekten Diagnose ab (skelettal oder dental, Ausprägungsgrad der Fehlstellung). Liegt eine skelettal bedingte Klasse III-Anomalie vor, kommt der erwachsene Patient in der Regel nicht an einer chirurgischen Intervention vorbei. Neben der Umstellungsosteotomie stehen mit temporären skelettalen Verankerungsapparaturen (TADs) heutzutage zudem kieferorthopädische Behandlungstechniken zur Verfügung, die die Techniken der orthognathen Chirurgie ergänzen. Neben dem Primat der ursachengerechten Therapie, kann auch dem psychologischen Aspekt, wie die Angst des Patienten vor umfangreichen Operationen, entsprochen werden. In seltenen Fällen kann jedoch auch eine dentale Kompensation ohne Einsatz skelettaler Verankerungshilfen bereits ein Ergebnis ermöglichen, das

zu einer kaustabilen Okklusion und einer Wiederherstellung der Kau-, Abbeiß- und Sprachfunktion führt. Etwa fünf Prozent der europäischen Bevölkerung weisen laut aktueller Literatur eine Klasse III-Malokklusion auf, wobei die Prävalenz in Deutschland bei knapp drei Prozent liegt.¹ Ist beim erwachsenen Patienten

„Etwa fünf Prozent der europäischen Bevölkerung weisen eine Klasse III-Malokklusion auf, wobei die Prävalenz in Deutschland bei knapp drei Prozent liegt.“

eine skelettal bedingte Klasse III-Anomalie gegeben, erstatten die gesetzlichen Krankenkassen bekannter Weise eine kieferorthopädische Behandlung nur in Ausnahmefällen und wenn diese mit einem kieferchirurgischen Eingriff verbunden ist (§28 Absatz 2 Satz 7, SGB V). Hierfür ist ein entsprechendes kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Behandlungskonzept zu erstellen. Kommt es im Verlauf der prächirurgischen Behandlung jedoch zu einer klinischen Situation, die die Tragfähigkeit des ursprünglich erstellten Therapiekonzepts infrage stellt

bzw. die Durchführung des geplanten chirurgischen Eingriffs nicht mehr erforderlich macht, endet hier die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen.

Das im Folgenden vorgestellte klinische Beispiel stellt genau einen solchen Fall dar. Durch die in Vorbereitung der geplanten ortho-

gnathen Chirurgie erfolgenden kieferorthopädischen Maßnahmen sowie die aktive Mitarbeit der Patientin konnten Ergebnisse erzielt werden, welche eine chirurgische Intervention nicht mehr erforderlich machten. Nach der entsprechend erfolgten Neubestimmung des Behandlungsziels bestand die zuständige Krankenkasse jedoch auf Durchführung der geplanten OP, verweigerte der Patientin die Rückzahlung der Eigenanteile und strebte bei der KZV LSA ein Gutachten zur Feststellung eines Behandlungsfehlers an.

Klinischer Fall

Diagnose

Die 63-jährige Patientin stellte sich im August 2012 in unserer Praxis vor. Sie wies einen zirkulären Kreuzbiss (bis auf 17) sowie deutliche Abrasionen im Frontzahnbereich auf. Zahn 16 war extrahiert, Zahn 17 mesial gekippt. Aufgrund der extremen Abrasionen waren die oberen mittleren Inzisivi (unzureichend) mit Kronen versorgt worden. Die Zähne 15, 14, 24 und 25 waren aufgrund der fehlenden Antagonisten elongiert. Im Unterkiefer zeigte sich nach Extraktion der Zähne 35-37 sowie 45-47 eine progene Restbezahnung 34-44 mit lückig protrudierten Frontzähnen. Auch hier waren starke Abrasionen erkennbar, mit freiliegenden Zahnhälsen 31 und 41. Der Mundschluss war kompetent. Es lagen ein Mesialbiss mit umgekehrtem frontalen Überbiss vor (Abb. 1a–e). Anhand der Fernröntgenseitenaufnahme (Abb. 1f) und des Orthopantomogramms (Abb. 1g) wurde die rechtfertigende Indikation zur Anfertigung eines DVT (Abb. 1h–j) gestellt. Dieses ließ deutlich erkennen, dass durch die Fehlbelastung der unteren Zähne diese nach vorn