

Position. Dieses Schläfenbein liegt nach adäquater Therapie oft, eben mehr oder weniger deutlich verschoben, anterior-caudal – also nach vorne unten – als noch zu Zeiten einer defizitären Seitenzahnabstützung. Dieses Defizit von mitunter mehreren (!) Millimetern kam aber, eben vor einer adäquaten Therapie, bei jedem Schluckvorgang, d. h. 1.000 bis 2.000 Mal pro Tag zum Tragen, da der Mensch ohne Zahnkontakt praktisch keinen Schluckvorgang zustande bringt – Babys naturgemäß ausgenommen.

In den Hochzeiten der vor allem sehr mechanistisch gedachten und entwickelten Gnathologie, vor allem in den 1970er und 1980er Jahren, gab es einige Vertreter der „harten Schule“, die meinten, man müsse nur alles möglichst eng, steil und in einer vielstelligen Anzahl an Okklusionspunkten rekonstruieren und alle Probleme wären gelöst. Dem ist definitiv nicht so, und deshalb ist es u. E. auch gut und angemessen, dass wir diese wenig biokompatiblen Pantographien und Axiographien hinter uns gelassen haben – nachdem ich selbst in meinem persönlichen Berufsleben eine sicher im vierstelligen Bereich sich bewegende Zahl an vollen Axiographien getätigt habe.

Detaillierte Registrierungen/Aufzeichnungen der Kiefergelenkbewegungen, früher mechanisch, heute minutiös elektronisch, waren der Goldstandard und Königsweg akkurater Zahnheilkunde – doch das alles ist viel zu mechanistisch reduziert gedacht. Natürlich hat mit der Digitalisierung die Möglichkeit einer filigranen Aufzeichnung und Darstellung der Kiefergelenkbewegungen und Verlaufsbahnen Einzug gehalten. Was wir früher mechanisch mit viel Detailliebe und Aufwand haben leisten müssen, ist heutzutage mit der digitalen Aufzeichnung leichter, präziser und wahrscheinlich auch schneller möglich. Die Begeisterung über diese elektronischen Möglichkeiten scheint aber den Blick dafür zu verstellen, dass die u. E. entscheidenden Aspekte, auf die ich zum Ende hin sehr ausführlich eingehen werde, sich jeder Form der Aufzeichnung entziehen, unabhängig davon, ob elektronisch oder mechanisch registriert wird. Deshalb haben wir diese Art des Zugangs vollständig ad acta gelegt.

Heute nutzen wir nur noch den Quickmount, weil wir eine annähernde Achsenlokalisierung der Kiefergelenkswalze nicht nur als ausreichend erkannt, sondern festgestellt haben, dass es die eindeutige und vor allem stabile Position des Unterkiefers gar nicht gibt. Zu