auf mundstücksafari

blasinstrumente und zähne – probleme und möglichkeiten

Von Dr. Jochen Dornbusch

Er hatte mit elf Jahren als Blechbläser angefangen – 1967 war das, als Posaunist, und von 1973 bis 1975 genoss er den Unterricht bei Professor Raasch an der Hochschule für Musik in Hamburg. Dass er kein Berufsmusiker wurde (aufs Studium hatte er sich schon vorbereitet), lag sozusagen daran, dass Jochen Dornbusch nur mit großem Aufwand die Zähne zusammenbeißen konnte. Nicht aus Mangel an Fleiß; Dornbusch hat einen »Tiefen Deckbiss« – oder auch einen Überbiss. Posaune, Tuba und Trompete spielt der Zahnarzt aus Barsinghausen trotzdem mit Leidenschaft in seiner Freizeit – besonders Dixieland und Bigbandjazz. Er weiß also gut, welche Probleme Zähne Blasmusikern machen können. Und er ist seinem Lehrer bis heute für dessen genaue Wahrnehmung seines Schülers dankbar. Sein eigener medizinischer Befund hat ihn zu einer intensiven Beschäftigung mit der Problematik geführt.

Als Schüler hatte ich das Glück, eine sehr fundierte musikalische Ausbildung zur Vorbereitung auf ein Musikstudium zu erhalten. Während meines Posaunenunterrichts wurde bald deutlich, dass mein gewohnter Ansatz deutlichen Korrekturbedarf aufwies. Professor Horst Raasch bin ich noch heute dankbar, dass er damals interveniert und eine radikale Ansatzumstellung durchgesetzt hat. Das war 1973. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich das – richtige – Empfinden, dass ich von der Art des Ansatzes abhängige Defizite besaß. Hier wird anschaulich deutlich, welch eine wichtige Rolle der Lehrer spielt. Damals hörte ich natürlich auch die Topleute unter den Studenten. Irgendwann bekam ich dann Selbstzweifel, was eine professionelle Musikerlaufbahn anging, zudem ich trotz aller Mühen kein Pianist bin. Kurzum, meine damalige Entscheidung halte ich noch heute für die richtige. Lieber ein guter Amateur bleiben, der engagiert dabei ist. Ab 1976 habe ich mich dann regelmäßig in der traditionellen Jazzszene in Kiel aufgehalten und kräftig weitergeübt.

Gut zu erkennen: Die mehrere Millimeter hinter und unter den Oberkiefer-Schneidezähnen befindlichen Unterkiefer-Frontzähne. Gleichzeitig fallen Beschädigungen durch langjährig bestehenden Bruxismus auf: Defekte an den Scheidekanten, Haarrisse in der Krone des rechten oberen Schneidezahns, eingetretene Verfärbungen durch Rissigkeit und von Zahnschmelz entblößtes Dentin. Die Sanierung steht an.

Nach Aufnahme des Zahnmedizinstudiums begann mir zwangsläufig irgendwann zu dämmern, weshalb ich mit bestimmten technischen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Posaunenansatz zu kämpfen hatte. Für eine kieferorthopädische Therapie war es da zu spät und von bläserspezifischen Problemen hatte begreiflicherweise an der Klinik niemand eine Ahnung. Ich habe dann einfach über die Jahre versucht, mit viel Übung die Situation hinzunehmen und das Beste daraus zu machen. Eine lange Zeit habe ich Sousafon gespielt – das riesige Mundstück verzeiht vieles.

Richtig auffällig und unangenehm wurde es eigentlich erst, als ich zur Trompete griff. 1999 fand sich niemand, der den Trompetenpart in meiner Jazzband übernehmen wollte, also habe ich mich entschlossen, auch dieses Instrument zu erlernen. Der Wechsel zwischen Tuba- und Posaunenmundstück ist mir eigentlich nie schwergefallen, vermutlich weil ich schon als Kind beide Instrumente spielen gelernt hatte. Aber das Trompetenmundstück? Anfangs ging fast gar nichts. Ton, Ausdauer, Tonumfang, trotz erheblichen Übungspensums hatte ich unglaubliche Schwierigkeiten damit.

Mit dem zahnärztlichen Background habe ich dann mal angefangen, den Ansatz zu beurteilen und Vergleiche zu anderen Musikern anzustellen. Glücklicherweise stand damals schon das amerikanische Trompeter-Forum www.trumpetherald.com zur Verfügung. So konnte ich mich durch Unmengen von Beiträgen lesen und mir ein Bild davon machen, wo den Bläser »der Schuh drückt«. Natürlich war ich inzwischen längst in der Lage, eine korrekte Diagnose des eigenen Falls zu erstellen. Und da wurde es für mich als Arzt wie als Musiker spannend. An dieser Stelle beantwortet sich auch Ihre Frage: Ganz einfach, ich bin mein eigener Patient, dem eine spezielle kieferorthopädische Diagnose anhängt. Hat man eine Diagnose, möchte man eine Therapie. Und schon war ich mitten im Thema.

Nun zu einigen Fallbeispielen von Blasmusikern bzw. Jazzmusikern mit Zahnfehlstellungen sowie anderen zahnmedizinischen Problemen. Bleiben wir zunächst bei meinem Fall: Meine kieferorthopädische Diagnose lautet Angle Klasse II/2. Hinter dieser kryptischen Bezeichnung befindet sich das, was allgemein als »Tiefer Deckbiss« bezeichnet wird – oder im Volksmund auch Überbiss oder Vorbiss. In diesem Fall überragen die Schneidezähne des Oberkiefers die des Unterkiefers nicht nur um einige Millimeter, sondern die Frontzähne des Unterkiefers stehen faktisch auch einige Millimeter hinter den Schneidekanten der Oberkieferfront.

Entscheidend für den Blechbläser ist, dass im Gegensatz zu einem Normalbiss das Line-up der Frontzähne, also das In-eine-vertikale-Ebene-Bringen der Schneidezähne, erhöhten Aufwand bedeutet, also letztendlich Kraft kostet, etwas, mit dem der Bläser gut haushalten muss. Der Betroffene ist darauf angewiesen, seinen Unterkiefer – relativ gesehen – weiter nach vorne schieben zu

müssen, als bei einem Normalbiss üblich. Das ändert unverhältnismäßig stark zum Beispiel auch die Position der Zunge, sie kommt ja mit nach vorn. Und schon gibt es etwa Probleme beim Staccato oder mit dem Sound, die Zunge ist ja ebenfalls irgendwo »befestigt« und zieht ihrerseits Gewebe mit. Verkrampfungen oder »zu viel Spannung« sind schnell erreicht.

In meinem Fall spielt nicht nur der Deckbiss eine Rolle, sondern auch dessen Verursacher, ein in der Kindheit nicht behobener und nun schon langjährig manifestierter Haltungsfehler. Die Korrektur – wenn überhaupt mehr als nur symptomatisch möglich – ist sehr schwierig. Kurz gesagt, arbeite ich mit zahnmedizinischer Funktionsdiagnostik, daraus resultierend dann mit einer Aufbissschiene und versuche darüber hinaus, auf eine gute Körperhaltung zu achten. Die Alternative wäre eine relativ riskante kieferorthopädische Chirurgie – nein danke.

Umfangreiche Beeinträchtigungen dieser Art sind aber glücklicherweise selten. Trotzdem, in den einschlägigen Trompeten-Foren wird gelegentlich schon mal danach gefragt. Eine Website zu diesem Themenkreis habe ich 1999 erstellt. Weil das bei weitem größte Potenzial an Bläsern im englischsprachigen Raum, namentlich den USA, zu finden ist, existierte die amerikanische Seite zuerst, später folgte die deutsche Übersetzung. Aus den USA kamen dann auch die meisten Anfragen zum Thema. Natürlich kann online keine Diagnose gestellt werden, aber ein kleiner Rat kann schon mal gegeben werden. Mit dem Wissen aus der Website kann der Patient gut bei seinem Zahnarzt anfragen.

Dr. Jochen Dornbusch

Frontzahnkronen/Zahnersatz

Der Bläser sollte sich rechtzeitig – also vor Eintritt eines Schadens – Abformungen seines Gebisses anfertigen lassen. So besteht – etwa wenn ein Zahn abbricht – die Möglichkeit, eine Restauration anzufertigen, die der Ausgangssituation nahekommt.

Lücken

Kleinigkeiten werden gelegentlich ebenfalls als unangenehm wahrgenommen. Korrekturen der den Ansatz störenden Zahnkanten oder kleine Fehlstellungen können mit einem herkömmlichen Füllungskunststoff zunächst simuliert werden, bevor sie definitiv umgesetzt werden.

Parafunktionen

Der Literatur kann entnommen werden, dass Bläser überdurchschnittlich oft zu Bruxismus, also dem pathologischen Pressen und Knirschen, neigen sollen. Wenn das so stimmt, muss dies mit Reflexbahnung korreliert sein. Befunde in diesem Zusammenhang sind häufig ein Knacken bei der Bewegung der Kiefergelenke oder auch Missempfindungen der überbeanspruchten Muskulatur im Kieferbereich, letzteres kann sich für den Bläser störend auswirken. Ferner können durch lange bestehenden Bruxismus bedeutende Schäden an der Zahnsubstanz auftreten, gerade und auch an den für den Bläser besonders relevanten Frontzähnen, siehe Bild Seite 10. Vor einer Restauration muss der Bruxismus behandelt werden. a

Schlecht versorgtes Gebiss eines Tubisten. Verbrauchte Brücke mit Kunststoff-Verblendungen im Oberkiefer, schlechte Bisslage, Drehstände in der Unterkiefer-Front, Lückenbildung nach Parodontalerkrankung. Diese Lücken animierten ihren Besitzer zur Ausbildung einer störenden Angewohnheit. Er spielte unbewusst mit der Zunge an den Schneidezähnen und traumatisierte so die Zungenschleimhaut. Initialtherapie mit einer Modellgussschiene zur Abdeckung der Schneidekanten der Unterkiefer- Front sowie der Lücken, Schiene im Spiegel sichtbar. Der sogenannte Habit konnte damit unterdrückt werden. Weitere Therapie auf Wunsch des Patienten später.

Die Therapie ist nicht direkt bläserspezifisch: Zunächst eine Kunststoffschiene wie üblich. Neben verschiedenen Beratungen erfolgen in der Praxis zum Beispiel Behandlungen von blechbläserspezifischen Problemen, wie Schließen eines frontal offenen Bisses durch Anfertigung entsprechender Frontzahnkronen bei einem Posaunisten; Beseitigung eines störenden Habits (Zungenspiel) bei einem Tubisten; Stabilisierung der durch Parodontalerkrankung gelockerten Frontzähne eines Tenorhornspielers mit verbundenen Kunststofffüllungen (auf lange Sicht nicht als Heilung anzusehen). Letztendlich erfolgt die Behandlung, insbesondere die Planung eines Zahnersatzes, immer unter der Berücksichtigung der besonderen Situation des Blechbläsers, gleichgültig, ob es sich bei dem Patienten um einen Profi oder einen Hobbymusiker handelt.

Wie wichtig ist die Kieferbeschaffenheit, wenn es um die Wahl des zu blasenden Instruments geht? Gibt es Kriterien, die mögliche Mundstücke ausschließen? Bis zu einem Ausschluss würde ich nicht gehen. Ich denke aber, dass ausgeprägte Fehlstellungen usw. keine günstige Voraussetzung für die Kesselmundstücke sind und rechtzeitig korrigiert werden sollten. Das macht das Bläserleben sicher einfacher. Ich kenne mich mit der genauen Ansatzweise der Holzbläser nicht aus und vermag nicht zu beurteilen, wie hinderlich solche Befunde für diese Kollegen sein mögen. Für die Blechbläser kann das aber schon zum Thema werden, wenn Sie sich vorstellen, dass ein Kesselmundstück eigentlich am stabilsten ist, wenn es auf dem Tisch steht. Mit anderen Worten: Die ideale Ansatzfläche eines Trompetenmundstücks wäre tischeben. So etwas gibt es natürlich nicht; aber je unebener die Natur die Physiognomie des Bläsermunds geschaffen hat, desto schwerer wird der Musiker es haben, mal so pauschal formuliert.

Der Bläser wird versuchen, mehr oder weniger zu kompensieren, um einem gewünschten Ergebnis nahezukommen, das zieht unter Umständen neue Schwierigkeiten nach sich. Unter Blechbläsern, zumal Trompetern, gibt es das Phänomen der »Mundstücksafari«. Man probiert und sucht (und investiert!) in Mundstücke ohne Ende, das kann groteske Formen annehmen. Die Glücklichen, die von Anbeginn bei ihrem Mundstück bleiben und damit die gewünschten Ergebnisse erzielen, sind meines Erachtens zumindest in den Foren in der deutlichen Minderzahl. Der Informationsbedarf in Sachen Mundstück scheint erheblich zu sein. Und immer muss daran gedacht werden, dass der Bläser nicht eigentlich ein neues Mundstück will, sondern das Instrument an seine anatomischen Eigenheiten und seine Klangvorstellungen besser anpassen will. Meine Beobachtung: Je kleiner das Mundstück, desto offensichtlicher werden bestehende Problematiken, die übrigens nicht immer pathologisch sein müssen, sondern einfach auch ein Fehlverhalten darstellen, man denke nur an das sogenannte Einsetzen des Trompetenmundstücks in das Lippenrot. Bei Posaune oder Tuba ist das wohl kaum möglich.

Auf der anderen Seite tolerieren die großen Mundstücke dieser Instrumente individuelle biologische Besonderheiten und Defizite viel besser. Der Grund ist simpel: Die anatomische Situation bleibt unverändert, während die Kesselgrößen deutliche Unterschiede aufweisen. Ich schätze mal, das Kesselvolumen nimmt von Tuba über Posaune bis Trompete im Quadrat ab, vielleicht auch exponentiell? Daher fällt die Mundstücksafari bei den Posaunisten und Tubisten auch deutlich kleiner aus.

Über die reine Betrachtung der Zahnproblematik muss man immer den gesamten Kopf mit seinen Muskeln und anderen Einflussfaktoren im Blick haben. An dem Beispiel des eigenen Falls, der eigentlich schon recht krass ist, sieht man, dass eine isolierte Betrachtung des Blechbläseransatzes unter dem jeweils alleinigen Aspekt »Lippen« oder »Zähne« die falsche Vorgehensweise ist. (Zahn-)Medizin ist immer als ganzheitlich zu betrachten, worum immer es auch gehen mag.

Grundsätzliches Beispiel: Der Biss, also die aufeinander stehenden Zahnreihen, verschlüsselt quasi die Position der Wirbelsäule. Während der Wachstumsphase wird umgekehrt auch ein Schuh daraus. Eine Fehlhaltung kann die Stellung der Kiefer/Zähne negativ beeinflussen. Das bedeutet aber nicht, dass es immer so sein muss. Ich möchte lediglich klarstellen, dass die körpereigenen Kompensationsmechanismen bei Fehlhaltungen auch unerwünschte Effekte manifestieren können. Regulativ könnten wohl Augen und Gleichgewichtsorgane sein. Annahme: Das Hirn wünscht jederzeit eine Position in der Waagerechten. Stimmt der »Unterbau« nicht, wird über die Körperhaltung kompensiert. Fazit: Sollten Unsicherheiten herrschen, ob ein spezifisches Instrument für einen Menschen geeignet ist, kann aus zahnärztlicher Sicht empfohlen werden, einen Kieferorthopäden und – gegebenenfalls sehr wichtig – einen Orthopäden aufzusuchen. Schaut den gesamten Menschen an, insbesondere die Körperhaltung und die Konstitution. Das Spiel eines Blasinstruments hat durchaus sportliche Qualitäten und erfordert den Einsatz des gesamten Körpers! Dies gilt besonders bei der Beurteilung von Kindern, die ein Blasinstrument erlernen möchten. ■

Weitere Infos bekommen Sie unter www.blasmusik.de und dem Webcode lameja