



Funktionstherapie – Erkennung des Primärfaktors als Schlüssel zum Erfolg

Diagnostische Vorgehen – spezifische therapeutische Konsequenzen

Am 1. Juni fand in der Europäischen Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung (eazf) ein Kurs mit dem Titel „Funktionsdiagnostik des Kiefergelenks und dessen Therapie“ statt. Der Referent Prof. Dr. Johann Müller, München, der durch elf Jahre Universitätstätigkeit und fast zehn Jahre Praxis über umfangreiche Erfahrung auf diesem Gebiet verfügt, stellte dabei eindrucksvoll ein logisches und schlüssiges Behandlungskonzept vor.

Die Funktionstherapie wird aufgrund fehlender Konzepte in vielen Praxen oft stiefmütterlich behandelt, allzu oft werden Patienten sofort zum Spezialisten überwiesen. Dabei ist die grundsätzliche Erkennung und Diagnose von Myo- und Arthropathien Aufgabe eines jeden Zahnarztes, es gibt sogar ein Gerichtsurteil des Landgerichtes Kiel aus dem Jahr 1989, dass eine Nichterhebung des Funktionsbefundes bei der Routineuntersuchung eines (Privat-)Patienten einen Behandlungsfehler darstellt. Für weniger erfahrene Funktionstherapeuten Grund genug, sich einmal genauer mit der Materie zu beschäftigen. Es ist vor allem hilfreich, durch Erhebung von Befunden an gesunden, bzw. beschwerdefreien Patienten Erfahrung zu sammeln und Vergleichsmöglichkeiten zu haben.

Problem der kompensierten Funktionsstörung

Insgesamt weisen nur 20 % der Bevölkerung keine Funktionsstörungen auf, 80 % haben eine kompensierte Funktionsstörung mit objektiven Symptomen, sind aber subjektiv beschwerdefrei. Erst wenn irgendein Faktor die Kompensation stört, kommt es zur subjektiv wahrgenommenen Funktionsstörung und zum Aufsuchen des Zahnarztes.

Zuordnung zur richtigen Ursachengruppe

Ätiopathogenetische Primärfaktoren bestimmen
Hier werden die Kardinalsymptome von

Funktionsstörungen wie Schmerzen im Bereich des Gelenks und/oder der Muskulatur, Geräusche bei Bewegung des Unterkiefers und veränderte Mobilität des Unterkiefers (Hypo- und Hypermobilität) bestimmt. Zur Therapiefindung müssen die ätiopathogenetischen Primärfaktoren der Erkrankung bestimmt werden. Laut Prof. George Graber liegt bei 50 % der Patienten ein , bei 30 % ein psychischer Primärfaktor vor – beides äußert sich als Myopathie. Bei 12 % liegt dem Problem ein arthrogener Primärfaktor zu Grunde und bei 8 % der Patienten dominiert die psychische Komponente. Diese letzte Patientengruppe wird vom Zahnarzt nicht zu therapieren sein. Die Kunst oder Schwierigkeit besteht jetzt darin, den Patienten seiner Ursachengruppe zuzuordnen, um ihn dann entsprechend spezifisch zu therapieren.

Medikamentöse Ausschlussdiagnostik

Die Diagnose von Funktionsstörungen kann durch Ausschlussdiagnostik gefunden werden, indem man versucht, das Schmerzgeschehen medikamentös zu beeinflussen. Tritt keine Besserung der Schmerzen ein, kann es sich nicht um muskuloskeletale Schmerzen handeln, und nur diese sind durch den Zahnarzt behandelbar.

Klinische Funktionsdiagnostik

Neben der medikamentösen Ausschlussdiagnostik kommt noch die Schmerzreaktion auf Kälte (nur muskuloskeletale Schmerzen sind von Kälte zu beeinflussen), die Provokation und der Widerstandstest in Frage, um die Ursache der Beschwerden richtig einzuordnen. Diese sind Bestandteil eines jeden klinischen Funktionsstatus.

Vorgehen nach dem EDA-Formblatt

Professor Müller orientiert sich dabei am Formblatt der European Dental Association (EDA), das sowohl alle wichtigen anamnestischen Punkte und Muskelpalpationsbe-