



**Abbildung 1**  
Statik dorsal: Prüfung der Beckensymmetrie.



**Abbildung 2**  
Dekompression des Kiefergelenks.



**Abbildung 3** Manuelle Mobilisation des linken Kiefergelenks.

und Funktionsstörungen. Es kommt oft vor, dass Patienten mit jahrelangen Kopfschmerzen, Migräne, Tinnitus, Schwindel oder anderen Störungen in unsere Praxis kommen und durch gezielte manuelle Behandlung gegebenenfalls in Verbindung mit einer Schienentherapie innerhalb weniger Behandlungen symptomfrei sind. Voraussetzung dafür ist neben einer klaren Indikationsstellung eine optimale Abstimmung der Behandlungsschritte.

#### Inwieweit gehen Sie auf psychosomatische Aspekte in Ihrer Behandlung ein?

- **Pees:** Überlastung des Kiefergelenks wird sehr oft durch Parafunktionen, Pressen oder Knirschen, verursacht. Dies ist oft Ausdruck von innerer Spannung.

Wenn wir mit verspanntem Gewebe arbeiten und sich die Spannung langsam reduziert, kommt es nicht selten auch zum Ausdruck von Gefühlen, die mit dieser Span-

nung zu tun haben. Im Rahmen bestimmter Therapiemethoden ist es möglich, diesen emotionalen Anteil mit in die Behandlung einfließen zu lassen.

#### Wann wissen Sie, dass die Behandlung beendet werden kann?

- **Pees:** Die Behandlung ist beendet, wenn das Behandlungsziel erreicht ist. Meist geht es um die Entspannung des cranio-mandibulären Systems, Schmerzreduktion, Verbesserung der muskulären Koordination und der Stabilisierung der entspanntesten Kondylenposition.

#### Inwieweit sollte jeder Zahnarzt den Kontakt zu einem Physiotherapeuten aufbauen und pflegen?

- **Pees:** Zahnärzte, die sich mit Funktionsstörungen des Kiefergelenkes beschäftigen, sollten mit einem Physiotherapeuten zusammen arbeiten, der Erfahrung in der Behandlung von kranio-mandibulären Dysfunktionen hat. Ungenauigkeiten bei der Bestimmung der zentrischen Kondylenposition bei Bissregistrierung können bei kompensiertem Kiefergelenk zu massiven Problemen in Bezug auf die Passform des Zahnersatzes führen. Eine vorbereitende Physiotherapie kann die Behandlungsergebnisse gerade bei vorgeschädigten Patienten deutlich verbessern.

**Vielen Dank für das Gespräch.**

#### • Korrespondenzadresse:

OPZ Koblenz  
Praxis für Physiotherapie  
Ingo Pees  
Löhrstr. 119  
56068 Koblenz  
E-Mail: info@opz-koblenz.de  
www.opz-koblenz.de



K.-H. Utz

## Zur zahnmedizinischen Behandlung kranio-mandibulärer Dysfunktionen

Patienten mit Schmerzen im Kausystem werden von einigen Kolleginnen und Kollegen als besondere Herausforderung empfunden. Gründe mögen einerseits in den ganz verschiedenen Untersuchungsmethoden liegen, die vorgeschlagen werden (Unterschiede in: Palpationstechniken, zu erfassenden Muskelgruppen, manuellen Analyseverfahren, Anwendung von Registriermethoden u. a.). Schwierigkeiten können auch damit zu tun haben, dass bei der Therapie ebenfalls keine konzeptionelle Einigkeit besteht. So plädiert eine ganze Reihe von Autoren für einen vorwiegend medizinischen Ansatz, u. a. weil sie keine Wirkung der „mechanistischen“ Aufbissbehelfe belegen und damit einen Einfluss der Okklusion auf Kiefergelenkschmerzen nicht nachweisen konnten [2, 5, 12, 23, u. a.]. Sie reklamieren gleichzeitig die wissenschaftliche Basis und halten ihr Konzept für Evidenz basiert. Die dazu scheinbar konträre Ansicht entstammt u. a. gnathologischen Vorstellungen, die eine wichtige Voraussetzung für die Heilung von Schmerzen im stomatognathen System in der Registrierung des Kausystems und der mechanischen Umstellung der Unterkieferposition in die zentrische Kondylenposition sahen [4, 6, u. a.].

Ohne Zweifel stehen ärztliche Aspekte bei der Behandlung von Schmerzpatienten zunächst unverzichtbar im Vordergrund: Ohne die Fähigkeit, unseren Patienten mit einem zumutbaren Zeitaufwand ruhig zuzuhören, ohne die Wahrnehmung der Persönlichkeit und ohne ein Verständnis für ihr Leid wird man kaum erfolgreich behandeln können. Hier ist die ärztliche Seite des Zahnarztes gefragt. Selbstverständlich kann und muss man Schmerzen im Kausystem häufig auch im weiteren Verlauf mit Medikamenten, physikalischen und physiotherapeutischen Ansätzen oder psychotherapeutischer Unterstützung behandeln. In diesen Fällen ist eine begleitende fachärztliche Behandlung erforderlich.

Als Zahnärzte sind wir allerdings auf das stomatognathe System spezialisiert. Es ist daher unsere Aufgabe, unsere weitergehenden Möglichkeiten anzuwenden, die u. a. in der Eingliederung einer Schiene bestehen können. Das wird im Regelfall bereits eine Schmerzlinderung bei den Patienten bewirken und häufig sogar als Behandlung ausreichen. Für die Stabilisierungsschiene und die Protrusionsschiene ist eine positive Wirkung inzwischen recht gut nachgewiesen (Tab. 1 und 2). Man muss daher folgern, dass die Okklusion einen Einfluss auf das stomatognathe System haben kann [7, 11, 13, 24, u. a.]. Die Therapie mit Aufbissbehelfen ist darüber hinaus reversibel und setzt bei richtigem Einsatz keinen Schaden.

Als Problem kann sicherlich angesehen werden, dass von verschiedenen Schulen anscheinend völlig gegensätzliche Arten von Schienen propagiert und bei unterschiedlichen Indikationen eingesetzt werden (Distraktions-, Hypomochlion-, Zentrik-, Protrusions-, Dysfunktionsschienen, Aufbisse im Frontzahnbereich, Kombinationen; sowohl bei Muskel- als auch bei Kiefergelenkschmerzen). Mein verstorbener Lehrer Prof. *Hupfauf* hat schon früh die Auffassung vertreten, dass jeder Aufbissbehelf zu einer „Desorientierung“ der Kaumuskulatur führt. Offensichtlich kommt es hauptsächlich darauf an, das stomatognathe System von dem gewohnten Reaktionsmuster abzubringen. Das wird durch neuere Studien unterstützt, die den Wirkmechanismus in einer Änderung der Unterkieferhaltung vermuten [18, 19, 24]. Das wird wahrscheinlich durch die meisten Aufbissbehelfe erreicht, selbst durch sogenannte „Placeboschienen“.

Nicht zuletzt werden eine fundierte Ausbildung und regelmäßige Fortbildungen helfen, sich den Herausforderungen bei der Behandlung mandibulärer Dysfunktionen gewachsen zu fühlen.