

Physiotherapie – Wann ist sie sinnvoll und was hat der Zahnarzt zu beachten? (Teil 1)

Die Physiotherapie stellt in Verbindung zu unserem Fachgebiet eine notwendige, sinnvolle und effizienzsteigernde Kotheorie dar.

Dies gilt insbesondere für die **zahnärztliche Funktionstherapie („Kieferbruch“-Schienentherapie)**.

Im allgemeinen Bereich sind folgende Leistungen möglich:

- Durchblutungsverbesserung des Gewebes
- Ernährung des Gewebes
- Verbesserter arterieller Zufluss sowie venöser und lymphatischer Abfluss
- Detonisation der Kau- und Nackenmuskulatur sowie Aufhebung von segmentalen Bewegungsstörungen der Halswirbelsäule (HWS) und damit Normalisierung der Muskelverspannung

Für den Zahnarzt ist es wichtig zu wissen, wann der Einsatz der Physiotherapie sinnvoll ist und welche kassenseitig-gesetzgeberischen Hintergründe sowie Kostenübernahmen zu beachten sind. Der vorliegende Artikel versucht, auf Basis unseres „Praktikervissens“ ohne überzogene „Wissenschaftlichkeit“ eine **Entscheidungshilfe** zu geben.

Dafür bietet sich der zahnärztliche Funktionsbefund als **Einstufungshilfe** regelrecht an.

Ausgangssituation:

Die Behandlung „unserer“ Funktionspatienten wird aufgrund der allgemeinen Körperbelastung innerhalb unserer Arbeits- und Lebensweise immer vielschichtiger und diffiziler.

Schnelle Therapieerfolge treten immer seltener auf. Die Ursachen dafür liegen in der komplexen Überbelastung der Reizleitungs- und Reizverarbeitungssysteme. Die moderne Heilkunde sucht nach immer neuen Möglichkeiten, in diese Systeme vorzustoßen. Ihre Effizienz scheitert nicht selten an der Diagnostik- und Therapieabstimmung zu anderen Fachrichtungen.

Der rote Faden innerhalb der Therapie ist unerlässlich!

Um die Einsatzgebiete der Physiotherapie erfassen zu können, muss der Zahnarzt innerhalb seiner Therapie einen roten Faden haben, der von der Anamnese über die Befundung, Diagnostik, Diagnosestellung zum Therapieplan und zur Therapie geht. Der Behandler sollte auf Basis seiner Untersuchungen und Erfahrungen abschätzen, ob die Physiotherapie den Patienten in seiner Problematik wirksam unterstützen und voranbringen kann!

Therapiefortschritte kontrollieren:

Auch während der Therapie bedarf es einer ständigen Kontrolle auf ausreichende Behandlungsfortschritte in der Zahnheilkunde und der Physiotherapie.

Anatomische, physiologische und pathologische Grundlagen

Das Kiefergelenk besteht aus der Gelenkpfanne, der Fossa articularis des Os temporale und dem Gelenkkopf, dem Condylus der Mandibula. Zur Gewährleistung einer erheblichen Mundöffnung ist ein großer Gleitweg erforderlich. Dieser wird durch den Discus articularis, der zwi-



Abb. 1 – Das Kiefergelenk von lateral

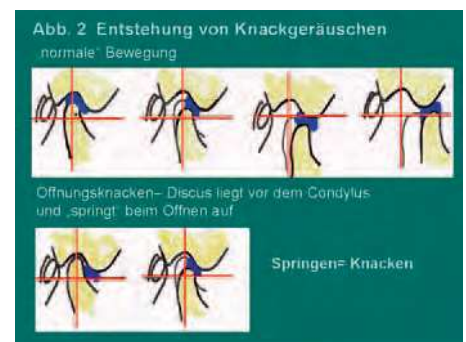


Abb. 2 – Entstehung von Knackgeräuschen

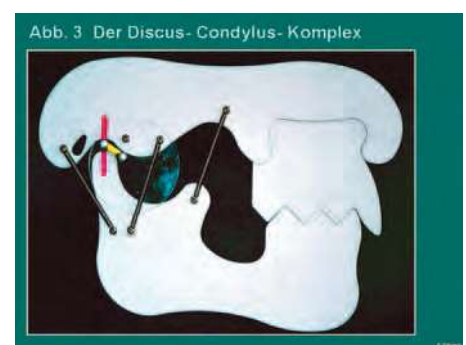


Abb. 3 – Der Discus-Condylus-Komplex

Anzeige



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Mühlgasse 18b • 07356 Bad Lobenstein
Tel.: +49(0)3 66 51/5 50 75 • Fax: 5 50 74

E-Mail: dgfan@t-online.de • Internet: www.dgfan.de



Professionelle zertifizierte Ausbildung in
Akupunktur – Neuraltherapie
Vernetztes Denken
in der Regulationsmedizin
für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte

33. Kongress • Hotel Pullman Erfurt Am Dom • 27. – 30. März 2014 • "Andere Wege in Diagnostik und Therapie"

schen Fossa und Condylus liegt, realisiert. Der Discus hat weiterhin die Aufgabe, für den Körper schädliche Knochen-auf-Knochen-Reibungen zu verhindern (Abb. 1). Befindet sich der Discus nicht zentriert auf dem Condylus, kommt es bei Unterkieferbewegungen zum „Aufspringen“ mit Geräusch – dem Öffnungsknacken und „Abspringen“ – dem Schließknacken (Abb. 2).

Die Unterkieferbewegungen werden durch die Muskulatur erzeugt. Dabei ist die Kiefermuskulatur nicht auf „Dauerarbeit“ ausgerichtet. Bei häufig wiederholten Kontraktionen (z. B. Parafunktionen) kann es zur Ausbildung von Triggerpunkten (palpable Schmerzpunkte mit Ausstrahlung) kommen. So ist es möglich, dass z. B. ein Ohrschmerz unter Mitbeteiligung des M. pterygoideus lateralis oder ein Schläfenkopfschmerz durch den M. temporalis hervorgerufen werden kann.

Das Kiefergelenk mit seinem Discus-Condylus-Komplex besitzt eine besondere Stellung im Körper, da es im maximalen Zusammenbiss über die Stellung der Zähne zueinander definiert und „abgestützt“ ist (Abb. 3).

So ist es verständlich, dass die entwicklungsbedingten Zahnpositionen (im Sinne der Kieferorthopädie) die Position des Unterkiefers mit seinem Condylus bestimmen. Dies trifft gleichermaßen für Zahn- und Bisslageveränderungen zu, die im Laufe des Lebens „erworben“ wurden, wie Zahnverlust oder „Zahnhöhenverluste“ (Abrasionen etc.).

Zusammenfassend sind bei der Beurteilung der kranio-mandibulären Dysfunktion drei Hauptstrukturen zu beachten:

1. die Zähne und die Artikulation, insbesondere alle gelenkabstützenden Faktoren
2. die Kaumuskulatur im Hinblick auf Triggerpunkte
3. das Gelenk mit dem Discus-Condylus-Komplex und den Band- bzw. Kapselstrukturen

Die Auswirkung einer kranio-mandibulären Dysfunktion im Körper

Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist es von Interesse, welche weiteren

Strukturen bei dem Persistieren einer Dysfunktion geschädigt werden können. Allein aus neuronalen Verschaltungen und physiotherapeutischen oder darüber hinausgehend osteopathisch-faszientech-nischen Betrachtungen kann eine Cranio-Cervikale- oder Cranio-Sacrale Dysfunktion hervorgerufen oder unterhalten werden.

Die Folgen einer muskulären Fehlstellung sind beispielsweise Seitneigever-schiebungen des Atlas der Halswirbelsäule mit folgender Rotation des Axis und Ausbildung einer funktionellen Skoliose der Wirbelsäule. Diese kann wiederum zur Beckenverwringung mit Fehlstellungen im Beinbereich führen (Cranio-Sacrale Dysfunktion).

Im osteopathischen Sinne können Dauer-

störungen über die Hirn- und Rückenmarkshäute vom kranio-mandibulären System (Mandibula, Maxilla, Os temporale, Os sphenoidale etc.) über das Cranio-Cervikale-System (Os occipitale, HWS) zum Cranio-Sacralen-System (ISG) auftreten.

Über die Funktionserhebung des kranio-mandibulären Systems zur Ko-Therapie: Physiotherapie

Die kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD) steht als Überbegriff für jegliche mit dem Kiefergelenk in Zusammenhang stehende Erkrankungen. Außer der „klassischen“ arthrogenen Form – dem Gelenkproblem (z. B. Knacken) – können dies weitere Formen sein, wie Muskel-

Anzeige



Alles in Ordnung!
So nachhaltig wirkt die
Steuer-Propylaxe der
Treuhand Hannover.

Mit den Empfehlungen unserer »Fachärzte für Steuerberatung«
treten Sie auch dem Finanzamt entspannt entgegen.
Machen Sie Ihren Vorsorgetermin bei der Treuhand Hannover.
Info: 0511 83390-254 www.steuer-fachklinik.de

Treuhand Hannover GmbH - Steuerberatungsgesellschaft -
Niederlassungen deutschlandweit, auch in
CHEMNITZ · Carl-Hamel-Str. 3a · Tel. 0371 281390
DRESDEN · Schützenhöhe 16 · Tel. 0351 806050
GÖRLITZ · Hartmannstr. 3 · Tel. 03581 47410
LEIPZIG · Richard-Wagner-Str. 2 · Tel. 0341 245160
ZWICKAU · Dr.-Friedrichs-Ring 35 · Tel. 0375 390200

treuhand
erfolgreich steuern

Fortbildung

schmerzpunkte der Kau- und Kauhilfsmuskulatur (myogen) oder Bissprobleme, wie ungleichmäßiger Zusammenbiss (dento-okklusogen). [1]

In Anlehnung an das (praxistaugliche) Funktionsscreening nach Ahlers und Jakstat [2] und des (eventuell) darauffolgenden Funktionsstatus (GOZ-Nr. 8000) werden analysiert: Okklusion und Artikulation, Parafunktion, Mundöffnungsweite und Verlauf, Kiefergelenkbefund und Muskelpalpationsbefund; Dazu in Sinne der Ausstrahlung im Gesamtsystem ein orientierender Halswirbelsäulenbefund, wie in der GOZ 2012 unter der Position 8000 erwähnt. Es ist für den Praktiker sinnvoll, sich selbst einen Funktionsstatus auf Basis der Reihenfolge des Screenings zu entwickeln, um damit im Alltag effizient „durchzukommen“.

Befundbereiche:

1. Okklusion und Artikulation
2. Parafunktion
3. Mundöffnungsweite und Verlauf
4. Kiefergelenkbefund
5. Muskelpalpation
6. Orthopädie

Hinweis:

Punkt 1–5 stehen für craniomandibuläre Dysfunktion, Punkt 6 für die Ausbreitung im System (CCD / CSD).

Der „Übergang“ zur Physiotherapie

Okklusion und Artikulation folgen dem Gedankengang der Gelenkabstützung durch die (Seiten-)Zähne und des „Gelenkschutzes“ bei Exkursionsbewegungen (z. B. Mahlbewegungen). Dabei bedarf es einer Diagnostik der Molarenabstützung (Abb. 4), der Kontaktverhältnisse (Markierung mit Artikulationsfolie und Kontrolle mit Shimstock) und der Führungsverhältnisse (Front-Eckzahn-Führung etc.).

Dazu gehört es, die Gleichmäßigkeit des Aufbisses zu kontrollieren, da Asymmetrien bzw. **Vorkontakte zu erhöhter muskulärer Aktivität führen können**. Diese Information ist für die Physiotherapeuten selbst sehr wichtig und ihnen häufig nicht bekannt. Eine übersichtliche Orientierung zu Vorkontakten kann wie folgt angewandt werden: Der Patient sitzt dazu aufrecht, schließt zur besseren Konzentration die Augen und berührt langsam bis zum ersten Kontakt die Zähne, verweilt an dieser Stelle und zeigt mit dem Finger das Areal des ersten Bisskontaktes (Abb. 5). Der Behandler checkt dies mit Shimstock nach. Dies ersetzt nicht die Modellanalyse, gibt jedoch einen Hinweis.

Für die „Grobübersicht“ ist hilfreich: Je weiter die Kontakte im Frontzahngebiet und je weniger im Seitenzahngebiet,

desto gefährlicher für die Umgebungsstrukturen! Die Ursache dafür könnte z. B. in einer nicht ausreichenden Gelenkabstützung durch die Molaren zu suchen sein (siehe Abb. 5 unteres, rechtes Bild).



Abb. 4 – Blickdiagnostik des Gebisses



Abb. 5 – Kontrolle des ersten Bisskontaktes

Anzeige

Das Dentalhistorische Museum in Zschadraß

Zschadraß bei Leipzig ist seit einigen Jahren Standort eines ganz besonderen Museums. Der Museumsgründer, Zahntechnikermeister Andreas Haesler, hat mit dem Dentalhistorischen Museum etwas geschaffen, was weltweit einzigartig ist. Die hessische Zahnärztezeitung titelte: »Beste Voraussetzungen für einen Wallfahrtsort«. Und dies ist nicht übertrieben. Unzählige Exponate präsentieren die Entwicklung der Zahnmedizin. Gemeinsam mit dem Dentalhistorischen Museum haben wir für 2014 wieder zwei Kalender aufgelegt. Einen Motivkalender, der einige Exponate des Museums zeigt, und einen Kalender mit historischen Illustrationen und Postkarten.

Die Kalender haben das Format 30 x 46 cm und sind zum Preis von je 15,00 EUR erhältlich. 50 % des Reinerlöses fließt dem Museum direkt zu, damit weitere Räumlichkeiten um- und ausgebaut werden können. Sichern Sie sich Ihr Exemplar!

Satztechnik Meißen GmbH · Am Sand 1c · 01665 Nieschütz · Tel. 03525/7186-0 · Fax 03525/7186-12 · info@satztechnik-meissen.de

Parafunktionen haben auf Dauer einen gewebedestruktiven Charakter mit der Folge von Einschränkungen innerhalb der Funktion. Sie sind sehr komplex zu sehen, weil sie nie in einer Struktur bleiben, sich immer ausbreiten und erhebliche „Fernwirkungen“ unterhalten können (z. B. aus physiotherapeutischer Sichtweise: Zungenpressen – Mundbodenverspannung, aus osteopathischer Sichtweise: Zungenpressen – Mundbodenverspannung – Beckenbodenproblematik). Parafunktionen sind auch Ausdruck einer



Abb. 6 – Parafunktionen Zungen- und Wangenimpressionen

Sympatikushyperaktivität des „modernen“ Menschen.

Die Diagnostik von Parafunktionen beinhaltet folgende Untersuchungen: Zungenaussehen (spitz, abgeflacht etc.), Zungen-, Wangen- und Lippenimpressionen (Abb. 6) und Zahnhartsubstanzdefekte (siehe Abb. 4).

Teil 2 erscheint in der nächsten Ausgabe

Dr. Ralph-Steffen Zöbisch
Elsterberg

Unklarheiten beim Parodontalen Screening-Index Sind Sachsens Zahnärzte sicher?

Der Parodontale Screening-Index (PSI) gehört heute zu den Grunduntersuchungen jeder hiesigen Zahnarztpraxis. Seine Einführung in die Praxen und die Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen 2004 kann als enormer Fortschritt gewertet werden, denn das Augenmerk des Behandlers wird damit auf eine Erkrankung gerichtet, die hauptsächlich für den Verlust von Zähnen im Erwachsenenalter verantwortlich ist und bisher nur zu einem verschwindend geringen Prozentsatz behandelt wird.

Die wechselseitige Beeinflussung von Parodontitis mit allgemeinmedizinischen Problemen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Frühgeburten oder auch Komplikationen bei den verschiedensten

Implantaten, die in den menschlichen Körper inseriert werden können, unterstreichen den hohen Stellenwert der Parodontistherapie für die allgemeine Gesundheit unserer Patienten.

Der PSI ist als Instrument für den praktisch tätigen Zahnarzt konzipiert. Er wurde aus dem Behandlungsbedarfs-Index CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs – WHO 1978, Ainamo et al., 1982) abgeleitet, einem Index für epidemiologische Studien zur Untersuchung parodontaler Erkrankungen großer Populationen. Zu einzelnen Diagnosen sagt weder der CPITN noch der PSI etwas aus; die CPITN-Graduierung enthält Befundbeschreibungen, aus denen Rückschlüsse auf Art und Umfang notwendiger Behandlungen gezogen werden (siehe Tabelle).

Die Aufnahme und Interpretation des CPITN-Indexes bei Einzelpersonen ist ohne Sinn.

Nunmehr ist aber der PSI ein Index für einzelne Patienten, ein Individualindex, bei dem selbst versierte Fachleute mitunter den Indexgraden Diagnosen zuordnen. Natürlich ist dabei keine korrekte Aussage möglich und es können Fehlschlüsse – bei konsequentem Weiterdenken – auch Fehlbehandlungen folgen.

Der PSI ist ein individueller Screening-Index. Man „siebt“ die untersuchten Patienten und sortiert sie letztendlich unter dem Gesichtspunkt der Parodontitis in zwei Kategorien:

Die Grade 0–2 bedeuten: Es liegt *keine* behandlungsbedürftige Parodontitis vor. (Ausschluss).

Parodontaler Screening-Index	Grad	CPI	TN
gesund	0	gesund	TN
Blutung	1	Blutung	I Hygienisierung Instruktion
Zahnstein/ margin. Irritationen	2	Zahnstein/ margin. Irritationen	II Hygienisierung Instruktion Zahnsteinentfernung/Scaling
Taschen 3,5 – 5,5 mm	3	Taschen 4 – 5 mm	II Hygienisierung, Instruktion Zahnsteinentfernung/Scaling
Taschen über 5,5 mm	4	Taschen 6 und mehr mm	III Hygienisierung, Instruktion Zahnsteinentfernung/Scaling Komplextherapie



Abb. 1 – Bei symmetrischen Fibromen liegt kein Knochenabbau vor, obwohl die Grade 3 oder 4 palatinal messbar sein können (Pseudotaschen)! Es handelt sich um eine morphologische Besonderheit, bei der nur im Falle einer Entzündung Behandlungsbedarf besteht.

Die Grade 3 und 4 bedeuten jedoch: Es kann eine behandlungsbedürftige Parodontitis vorliegen (Möglichkeit). Bei Grad 3 und 4 muss sich die weiterführende parodontale Diagnostik anschließen, um die aus dem Screening gewonnene Verdachtsdiagnose zu sichern. Es kann deshalb beim Ausmessen mit

einem Sextanten bereits aufgehört werden, sobald der Wert 3 ermittelt wurde.

Dass hier zwei Grade (3 und 4) vorliegen, wo doch nur einer benötigt wird (denn beide ziehen das gleiche Handeln nach sich), liegt in der historischen Entwicklung aus dem CPITN begründet.

Charakterisierungen der Indexgrade mit „mittelschwere Parodontalerkrankung“, „schwere Parodontalerkrankung“ oder „Parodontitis“ gehen nicht von einer Verdachtsdiagnose aus, hier ist schon definitiv festgelegt, dass eine Erkrankung vorliegt. Es handelt sich hierbei um falsche Aussagen unabhängig davon, wer sie in welcher Publikation äußert.

Andere, mit Sternchen ergänzte Scores verkomplizieren den Index, kosten Zeit und sind aus meiner Sicht verzichtbar, da ohnehin ja die detaillierte parodontale Diagnostik folgen muss.

Das Screenen kann nie die differenzierte Diagnostik der komplexen parodontalen Krankheitsbilder ersetzen. Die Aufnahme von Anamnese plus Befunderhebung sowie deren Auswertung führen allein zur Diagnose.

Der PSI ist ein wertvolles, einfaches und schnelles Instrument mit klar definierten Einteilungsgraden für die Zahnarztpraxis, um Patienten mit der Verdachtsdiagnose Parodontitis zu ermitteln und diese einer Diagnostik und wenn notwendig



Abb. 2 – Bei Gingivawucherungen (Pseudotaschen) können ebenso die Grade 3 oder 4 vorliegen, ohne dass es sich um eine Parodontitis handeln muss!

einer Therapie zuführen zu können.

Wichtig dabei bleibt, Äpfel nicht mit Birnen, Gruppenwerte nicht mit Individualwerten und Befunde nicht mit Diagnosen gleichzusetzen.

Für die kassenzahnärztliche Begutachtung parodontaler Behandlungspläne gilt, dass sie fachlich unter Berücksichtigung der Vertragslage beurteilt werden. Ein PSI von 3 oder 4 berechtigt bei fachlicher Indikation zur Planung einer systematischen Parodontaltherapie. Für die allermeisten Patienten trifft dies zu.

Andererseits verpflichtet aber ein PSI von 3 oder 4 nicht zur Behandlung (bei den wenigen Fällen, die keine Indikation zu PAR-Therapie aufweisen).

Dr. Michael Krause

Start 09./10.05.2014

Fortbildungsreihe „Parodontologie“

Noch freie Plätze!

Kurs 1	Biologische Grundlagen / Kausale Therapie / Mechanische Infektionsbekämpfung	09./10.05.2014
Kurs 2	Chirurgische Therapie	04./05.07.2014
Kurs 3	Regenerative Therapie	05./06.09.2014
Kurs 4	Mundschleimhauterkrankungen / Fotodokumentation	07./08.11.2014
Kurs 5	Plastische Parodontalchirurgie	16./17.01.2015
Kurs 6	Adjunktive medikamentöse Therapie / Komplexe Zahnerhaltung	13./14.03.2015
Kurs 7	Synopsis der Prävention, Therapie und Nachsorge von parodontalen Erkrankungen / Vertrags- und privat Zahnärztliche Leistungsgestaltung	24./25.04.2015

Die Kurse finden jeweils freitags 16:00–20:00 Uhr und samstags 9:00–17:00 Uhr statt.

Die Kursgebühr pro Wochenende beträgt 385,- €.

Gemäß Empfehlung BZÄK / DGZMK: 15 Punkte (pro Wochenende)

Nähere Informationen erhalten Sie in der Fortbildungsakademie der Landes Zahnärztekammer Sachsen bei Frau Nikolaus Telefon 0351 8066104.

Anmeldung: Fortbildungsakademie der LZKS, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden