

Es besteht kein Mangel an Messsystemen, sondern es existiert eine deutliche Auswertungsunsicherheit

Dr. Willi Janzen zur Praxis der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik (1)

Immer mehr Zahnärzte fragen funktionsdiagnostische Aspekte bei ihren Patienten nach, zum Beispiel, ob sie unter Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, Rücken- schmerzen oder Ohrgeräuschen leiden. Sie sind bereit, ihren Patienten zuzuhören und sorgfältig eine individuelle Anamnese zu erfragen und aufzunehmen.

Allerdings haben die meisten Zahnärzte in entsprechenden Weiterbildungen zur Funktionsdiagnostik oft nur Bruchstücke eines Mosaiks erkannt und suchen danach, das komplexe Funktionspuzzle zu einem verständlichen Bild zusammenlegen zu können.

Ihr Bedarf an Fortbildungen zur Funktionsdiagnostik konnte bisher kaum praxistauglich befriedigt werden.

In der wissenschaftlichen Literatur ist häufig zu lesen, dass bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen nicht

evidenzbasiert sind. Klinische Entscheidungen müssen auch dann zulässig sein, wenn das externe wissenschaftliche Evidenz-Niveau niedrig ist.

Die klinische Erfahrung des behandelnden Arztes und die subjektiven Erwartungen unserer Patienten sollten ausreichen, um trotz eines niedrigen wissenschaftlichen Evidenz-Niveaus zu einer dem wissenschaftlichen Wissensstand angepassten Therapieentscheidung zu gelangen.

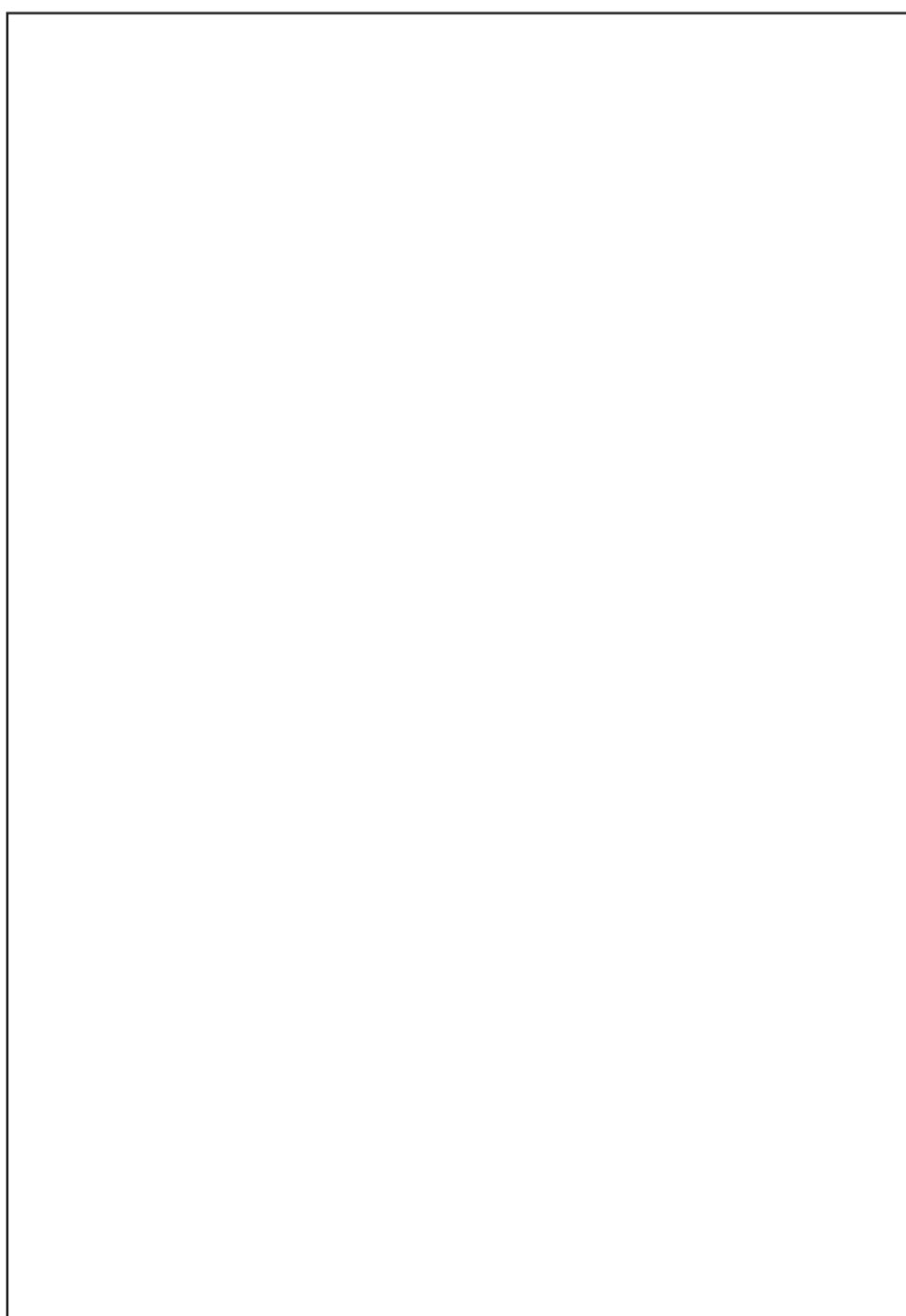
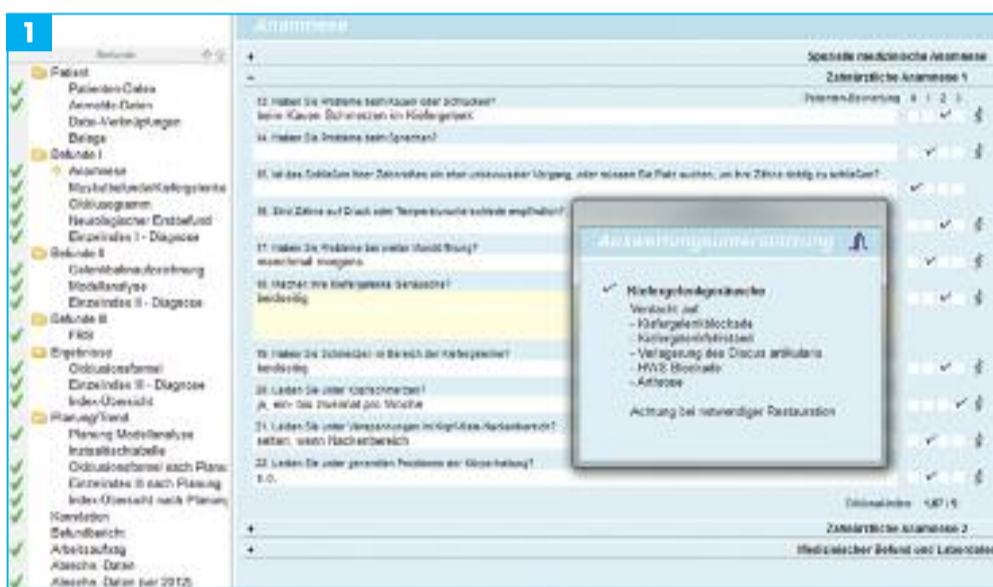
Es ist unbedingt zu verhindern, dass eine vielversprechende Therapie einem Patienten vorenthalten wird. Die Möglichkeit besteht, dass auch umfangreiche okklusale Maßnahmen, basierend auf den individuellen, morphologischen und funktionellen Gegebenheiten des Patienten, zu seinem Wohl eingesetzt werden, auch wenn die Wissenschaft diesen Nachweis bisher nicht erbracht hat. Der klinischen Erfahrung des Behandlers und der informierten Patientenentscheidung muss in

Aus heutiger Sicht werden solche Konzepte durch hohe wissenschaftliche Evidenz unterstützt. Konsequenterweise – im besten Sinne eines seriösen Behandlungsangebots für unsere Patienten – müssen Weiterbildungsangebote in der Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie diese Aspekte in besonderer Weise berücksichtigen.

Wird bei Patienten gegen die Regeln einer physiologischen Okklusion und Artikulation verstoßen, wird das Auftreten einer Funkti-

Initialtherapien wie Schienen, Physiotherapie etc. hinaus anbieten will, muss zunächst einmal die Informations- und Wissensbarriere der Patienten überwinden. Es hängt von der Gesprächsführung ab, um Patienten mit CMD in vollem Umfang zu erkennen. Die Anamnese ist ein wesentlicher Bestandteil für eine erfolgversprechende Behandlung.

In der klinischen Funktionsanalyse müssen dementsprechend eine sorgfältige Anamnese aufgenommen und eindeutige Muskelbefunde erhoben werden. Der Zahnarzt muss mit seiner Befunderhebung die Schmerzangaben seines Patienten nachvollziehen können. Eine klinische Übersicht über Unterschiede zwischen retraler Kontaktposition (RKP) und



Fotos: Cognito Janzen/Strothmann

solchen Behandlungssituationen eine höhere Wertigkeit eingeräumt werden, um die niedrige externe Evidenz bestmöglich zu kompensieren.

Die natürliche Okklusion und die funktionell rekonstruierte Okklusion haben essenzielle und vitale Funktionen für den modernen Menschen zu übernehmen und dürfen nicht eingeschränkt beurteilt werden. Okklusion ist direkt in vitale Funktionen des Menschen eingebunden und sollte daher unter den Aspekten „krankheitsverhütend“ und „lebensverlängernd“ betrachtet werden. Gemeinsam mit dem Hauptanliegen des Patienten kann ein restauratives Konzept erarbeitet werden, das auf der skelettalen Morphologie des Patienten, den Funktionen des stomatognathen Systems und den individuellen Konstruktionsmerkmalen der Okklusion beruht.

onsstörung beziehungsweise die Entwicklung einer CMD-Erkrankung, einer craniomandibulären Dysfunktion, in besonderem Maße begünstigt.

Patho-funktionelle Abläufe von Funktionen des Kauorgans sind als kausal mitbeteiligt oder verursachend bei CMD-Patienten zu sehen.

Ebenso gehört es zum medizinischen Grundwissen, bestätigt durch Erfahrung mit Patienten in der täglichen Praxis, dass bei der Behandlung von Patienten mit Parodontitis, fehlenden Zähnen und geplanten Implantaten regelmäßig Funktionsstörungen mit Verlust der individuellen Vertikaldimensionen anzutreffen sind. Die notwendige Befunderhebungskette und Diagnostik scheinen somit eindeutig vorgegeben zu sein.

Wer behandeln will, wer seinen Patienten Funktionstherapie über

habitueller Interkuspidation (IKP) sowie über zentrische und exzentrische Okklusion zu haben, ist unverzichtbar für die klinische Funktionsanalyse.

Doch was nutzt die beste klinische Funktionsanalyse, wenn aus den Einzelinformationen, aus den Einzelbefunden nicht die Hinweise für ein Gesamtbild abgeleitet werden können, die für weitere Diagnostik und weitere Behandlungsplanung erforderlich sind?

Die Auswertungsbegleitung mit Hinweisen auf mögliche Verdachtsmomente sind elementare Bestandteile bei der Dokumentation der klinischen Funktionsanalyse sowie bei der systematisierten Datenerfassung und dem Datenmanagement für die weitere diagnostische und therapeutische Vorgehensweise. Es ist eine gewissenhafte fachliche

In sechs Beiträgen zur zahnärztlichen Funktionsdiagnostik beleuchtet Zahnarzt Dr. Willi Janzen die Schwierigkeiten, Konzepte zur zahnärztlichen Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie zu entwickeln und durchzusetzen, ohne breite wissenschaftliche Evidenzen zur Verfügung zu haben. Eigene Aspekte werden vorgestellt und seit Langem bestehende, aber scheinbar unterdrückte Konzeptionen wieder ins Licht gerückt, die dabei besonders zu beachten sind.

► Aufgabe, die Angaben des Patienten zu seinem subjektiven Befinden sehr differenziert für die weitere Diagnostik zu berücksichtigen. Die Konsequenz kann nur gezielte individuelle Diagnostik sein (Abb. 1).

Schmerzhafte Muskelpalpationsstellen können zahnmedizinische, aber auch orthopädische oder manualtherapeutische Verdachtsmomente bedeuten, denen in weiterer Diagnostik nachzugehen ist (Abb. 2). Die Feststellung oder der Nachweis von Unterschieden zwischen RKP und IKP sowie die Beurteilung von zentrischer und exzentrischer Okklusion aus einer wie auch immer eingenommenen IKP heraus, festgestellt im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse, gestatten keine Rückschlüsse auf Quantität oder Qualität der Abweichung im Gelenkbereich (Abb. 3). Werden diagnostische Aussagen aus einer Diskrepanz abgeleitet, ist ausschließlich die instrumentelle Diagnostik maßgebend.

Alle klinischen Aussagen am Patienten über Ausmaß und Richtung des sogenannten „slide in centric“ sind spekulativ. Für die möglichen Auswirkungen von Unterschieden zwischen RKP und IKP auf das craniomandibuläre System ist daher eine instrumen-

telle Beurteilung angebracht. Methoden der bildgebenden Verfahren einer Gelenkdarstellung, auch computergestützte, sind für diese Detaildiagnostik absolut ungeeignet.

Die klinische Funktionsanalyse ist eine obligate Aufgabe bei der Untersuchung von Patienten mit funktionellen Störungen. Hieraus ein umfassendes individuelles Bild abgeleitet zu haben, kann nur als Irrtum bezeichnet werden. Nach Informationen aus der klinischen Funktionsanalyse irgendeine Schiene anzufertigen, würde bedeuten, in einen spekulativen, ausprobierenden, nicht befundbezogenen Bereich auszuweichen, der die Individualität des Patienten nicht ausreichend berücksichtigt.

Die Bestimmung des individuellen skelettalen Wachstumstyps ist therapiebestimmend. Individuelle Zahnmedizin bedeutet aber auch in besonderem Maße Hierarchisierung von Behandlungsmaßnahmen. Pauschale Behandlungsempfehlungen jeder Art ohne Grundlagen in der Diagnostik sind für Patienten nicht zielführend.

**Dr. Willi Janzen,
Vermold** ■

(wird fortgesetzt)
(Literatur beim Verfasser)

Der Autor dieser Beiträge zur Funktionsdiagnostik, **Dr. Willi Janzen**, MSc, ist seit mehr als 35 Jahren in freier Praxis als Fachzahnarzt tätig und führt seit acht Jahren mit seiner Tochter eine fachzahnärztliche Gemeinschaftspraxis in Detmold (mehr dazu unter www.janzen-praxis.de).

Ausführliche Beratung, individuelle Therapieverfahren, befundbezogene, patientenindividuelle präventive, parodontologische, funktionelle, restaurative Behandlungskonzepte sowie ein insgesamt umfangreiches Leistungsspektrum sind die Schwerpunkte der Patientenbetreuung.

Darüber hinaus bietet Janzen gemeinsam mit dem Zahntechnikermeister Helmut Strothmann, MSc, eine systematische Ausbildung in Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie für Zahnärzte und Zahntechniker an. Praktische, praktikierbare, in der täglichen Praxis erprobte und bewährte Anwendungssystematik, die Anwendung einer therapierelevanten Diagnostik- und Dokumentationssystematik mit



absolutem Alleinstellungsmerkmal (COGNITO) sind die Ausbildungsziele. Absolventen werden mit Abschluss der Ausbildung theoretisch und vor allem praktisch in die Lage versetzt, die individuelle Okklusion umfassend zu beurteilen und wiederherzustellen. Der Schwerpunkt dieses Weiterbildungsangebots liegt in der erprobten und bewährten praktischen Anwendung von Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie ohne akademische Überlastigkeit.

Informationen zur Fortbildung unter www.das-deutsche-institut.de.

Ein Material im Einklang mit minimal-invasiver Zahnheilkunde

Fragen an Prof. Avijit Banerjee über seine Arbeit mit Glasionomerzementen

Avijit Banerjee ist Professor der Kariologie und Zahnchirurgie im Guy's Dental Hospital am King's College London, Institut für Zahnmedizin. Als international renommierter Forscher in den Bereichen Kariologie und minimal-invasiver Zahnheilkunde gab er nach seinem Vortrag auf dem IADR-Kongress in Florenz in einem Gespräch Einblicke in seine bisherige Forschungsarbeit und die Bedeutung von Glasionomeren und glasionomerbasierten Füllungskonzepten wie Equia für eine moderne Füllungstherapie.

Equia ist gemäß der Gebrauchsanweisung des Herstellers unter anderem bei Restaurationen der Klasse I, unbelasteten Restaurationen der Klasse II und kaudruckbelasteten Restaurationen der Klasse II (sofern der Isthmus weniger als die Hälfte des Interkuspidalraumes beträgt) anwendbar und für diese Indikationen über die GKV abrechenbar.

Was sind die wichtigsten Schlüsse, die Sie aus Ihrer bisherigen Arbeit mit der Materialgruppe der Glasionomerzemente ziehen?

Prof. Avijit Banerjee: Glasionomerzement ist eines der ältesten wirklich biomimetischen Restaurationsmaterialien mit vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten in der praktischen Zahnheilkunde. Die Forschungs- und Entwicklungsarbeit hinsichtlich dieser Materialklasse sorgt dafür, dass ihre physikalischen und chemischen Eigenschaften kontinuierlich verbessert wurden. Dadurch erlaubt es einen Einsatz als Restaurationsmaterial, das im Einklang mit einem der Grundprinzipien der modernen Zahnmedizin, der minimal-invasiven Zahnheilkunde steht.

Welche sind Ihrer Ansicht nach die Auswirkungen dieser Ergebnisse auf die zukünftige tägliche Arbeit in der zahnärztlichen Praxis?

Banerjee: Der Einsatz von Glasionomerzementen als Restaurationsalternative untermauert das minimal-invasive Vorgehen im dentalen Kariesmanagement – etwa bei Patienten, bei denen aufgrund von Läsionen oder anderer Ursachen Zähne saniert oder restauriert werden müssen. Es handelt sich um ein Material, welches das Potenzial hat, dem Kariesprozess Einhalt zu gebieten. So kann es helfen, die Substanz des Zahns und die Pulpa vital zu erhalten.

Wie lautet Ihr Fazit hinsichtlich des Patientennutzens?

Banerjee: Die Technik ist für den Zahnarzt sehr einfach anzuwenden und das Füllungskonzept setzt auf ein Material, das auf chemischer Basis mit der natürlichen Zahnschubstanz reagiert und so den Ka-



Professor Avijit Banerjee erhielt seine Approbation 1993 vom Institut für Zahnmedizin am Guy's Hospital (UMDS). Er ist zurzeit Vorsitzender der Kariologie und Zahnchirurgie sowie ehrenamtlicher Berater in restaurativer Zahnmedizin im Guy's Dental Hospital am King's College London, Institut für Zahnmedizin, in London, Großbritannien.

Hier ist er auch als stellvertretender Direktor für Bildung (klinische Kompetenz) tätig. Banerjee ist spezialisierter Praktiker in restaurativer Zahnmedizin, Prothetik und Zahnfleischbehandlung.

riesbefall eindämmen, möglicherweise sogar die Schäden an der Substanz „heilen“ kann. Es lässt sich zudem einfach restaurieren und bringt somit eine potenziell lange Haltbarkeit im Patientenmund mit sich. Darüber hinaus hat es ein ästhetisches Erscheinungsbild und eröffnet vielfältige klinische Einsatzmöglichkeiten. ■

Unser digitaler Briefkasten



redaktion@dzw.de