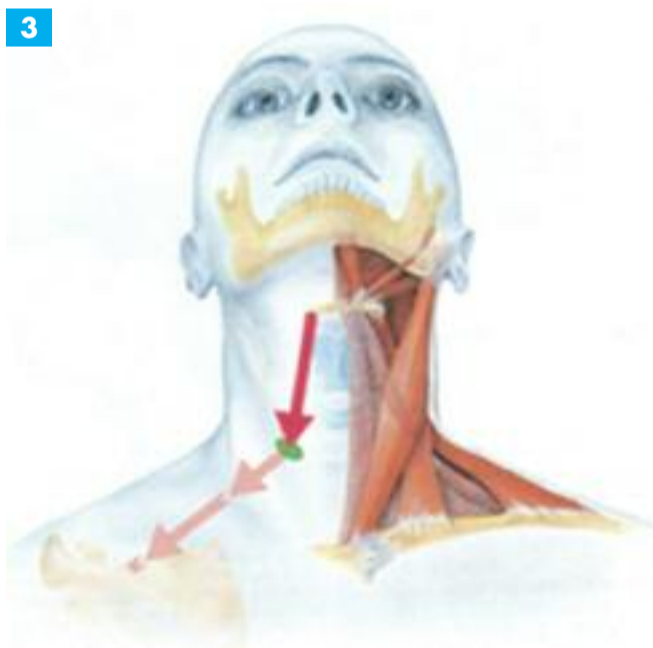
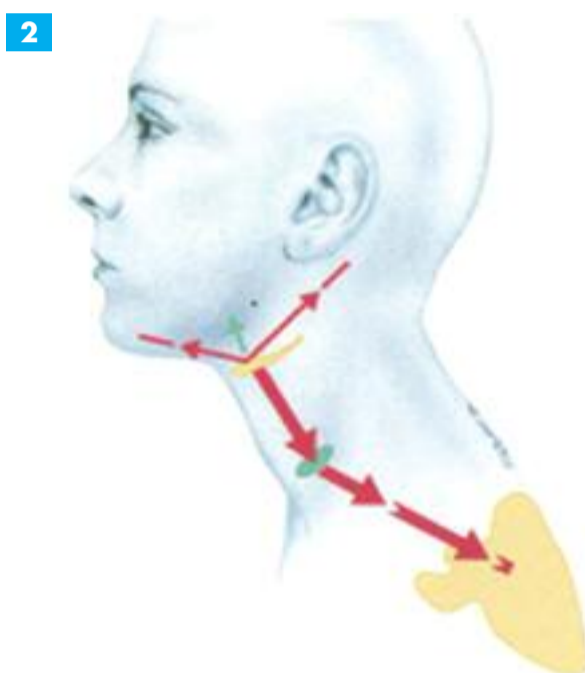
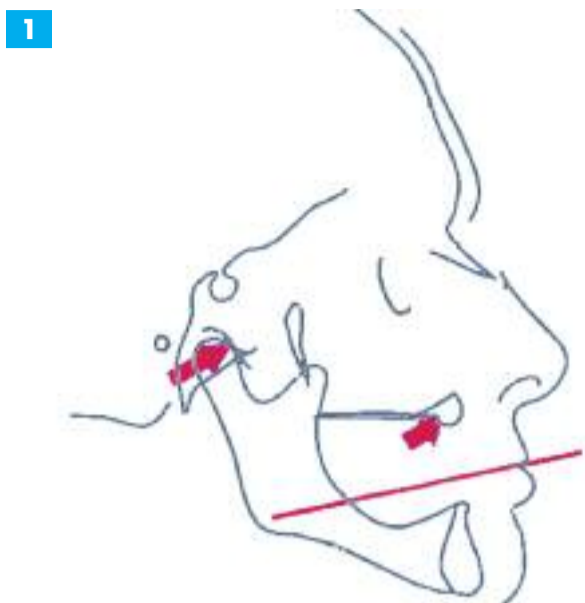


Zahnärztliche Funktionsdiagnostik bedeutet individuelle Okklusionsdiagnostik

Dr. Willi Janzen zur Praxis der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik (2)



Die tägliche praktische zahnärztliche Erfahrung belegt, dass bei Patienten, bei denen grob gegen die Regeln der Okklusion verstoßen wurde, ein erhöhtes Risiko besteht, dass sich Funktionsstörungen ausbilden, die vom Patienten durch Beschwerden im Bereich der Muskulatur und der Kiefergelenke bemerkt werden. Erfahrene Zahnärzte berichten aus ihrer Praxis, dass ihnen ein Patient mit sogenannter CMD-Erkrankung ohne Beteiligung einer dysfunktionellen Okklusion bisher nicht vorgekommen ist.

Wissenschaftliche Expertisen aus der angloamerikanischen Literatur, die Knirsch- und Pressgewohnheiten als Schlafstörungen ohne Okklusionsbezug definieren, können aus der klinischen Erfahrung des Praktikers und den Mitteilungen von Patienten nicht nachvollzogen werden.

Die funktionellen Determinanten einer störungsfreien Okklusion und Artikulation sind bekannt. Das Wissen und die Beurteilung von Kiefergelenkspositionen, Kiefergelenksbahnen, Okklusionsebene, Höckergradneigungen der Zähne und der individuellen skelettalen Morphologie (individuelle Vertikaldimension und individuelles Okklusionskonzept) sind Grundvoraussetzungen sowohl für die Analyse wie für die Rekonstruktion einer störungsfreien Okklusion und Artikulation.

Ein optimales okklusales Konzept kann derzeit in der wissenschaftlichen Literatur nicht identifiziert werden. Die Vorteile einer eckzahn-gestützten Okklusion sind aus aktueller wissenschaftlicher Sicht nicht darstellbar. Vielmehr kann aus der Literatur abgeleitet werden, dass die Umsetzung einer funktionellen Okklusion mit restaurativen, prothetischen und kieferorthopädischen Maßnahmen die Kenntnisse und das Beherrschen von verschiedenen Okklusionsvarianten erfordert und die Berücksichtigung der individuel-

len morphologischen (skelettalen) Charakteristika des Patienten verlangt.

Es wäre falsch, Evidenz nur auf externe, wissenschaftliche Evidenz zu beschränken. Die klinische Erfahrung des Behandlers und die verfügbare Evidenz werden durch die subjektiven Erwartungen des Patienten ergänzt und modifiziert. Sie sind entscheidende Faktoren der Arzt-Patienten-Beziehung. Das Wissen um die skelettale Morphologie mit Wachstumstyp, Bestimmung der skelettalen Klasse

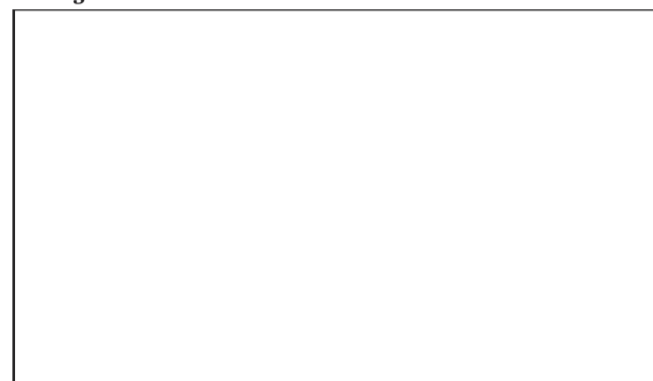
Wenn bei zu niedriger Vertikaldimension eine Verzahnung stattfinden soll, muss eine Schlussrotation des Unterkiefers erfolgen. Diese Schlussrotation bedingt eine Positionsänderung des Kondylus nach vorne unten. Ein chronisches Distractionsgelenk ist die zwingende Folge. Das chronische Distractionsgelenk als Folge einer Schlussrotation nach Verlust der individuellen Vertikaldimension bedingt allein schon morphologische Umbauvorgänge am Kondylus und an der Eminentia articularis. Mit dieser

Sprechstörungen und Schmerzen unter dem Schulterblatt bei Zungenbeinhochstand infolge Vertikalverlusts können neben anderen Beschwerdebildern Hinweise auf eine zu niedrige Vertikaldimension sein und sollten zahnärztlich funktionsdiagnostisch abgeklärt werden (Abb. 2 und 3). Die skelettale Klasse II hat eine geringere Vertikaldimension als die Klasse I, während die Klasse III eine höhere aufweist.

Darüber hinaus müssen unterschiedliche Wachstumstypen berücksichtigt werden. Die Kompensationsmechanismen der unterschiedlichen skelettalen Klassen sind bekannt. Weitere Beachtung muss dem jeweiligen individuellen okklusalen Funktionsmuster der einzelnen skelettalen Klassen geschenkt werden. Die Klasse I und besonders die Klasse II benötigen unbedingt neben einer soliden zentralen Abstützung ein sequenzielles exzentrisches Artikulationskonzept.

Die Klasse III „funktioniert“ bei eindeutiger zentraler Abstützung oft mit dem sogenannten Hackbiss, ohne die üblichen Führungsflächen wahrzunehmen. Gehen Abstützung und Vertikaldimension dieser Patienten verloren, ist die Rekonstruktion dieser Okklusion eine besondere Herausforderung. Der Aufwand ist bei Durchzeichnung und Auswertung eines Fernröntgenseitenbildes eher gering im Verhältnis zu den erhaltenen individuellen Informationen. Die Anwendung digitaler Medien verringert

Anzeige



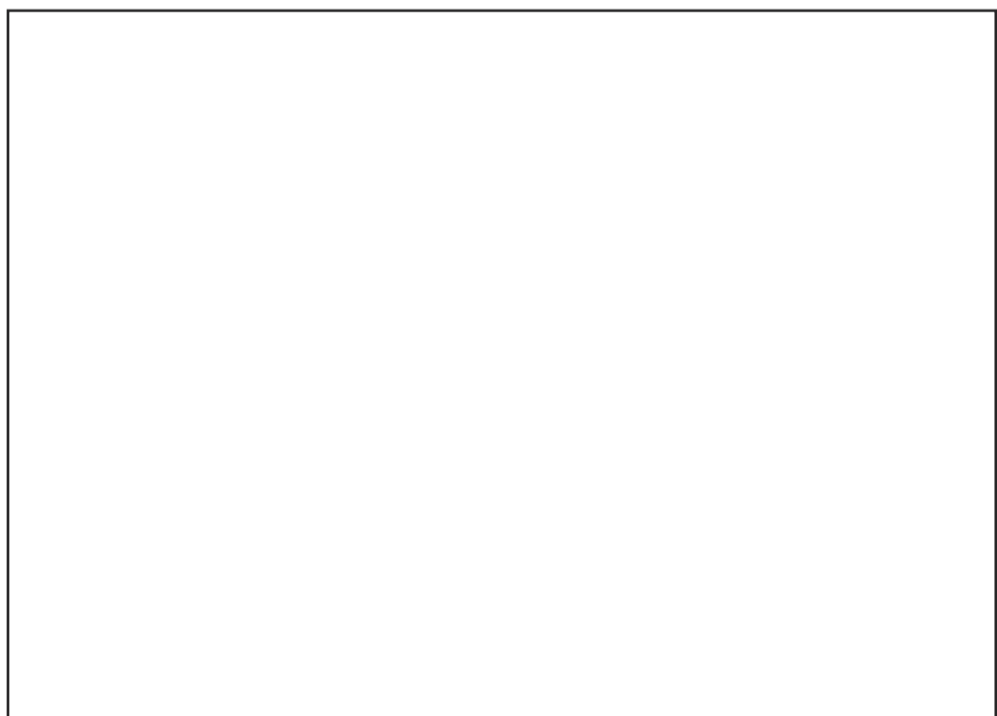
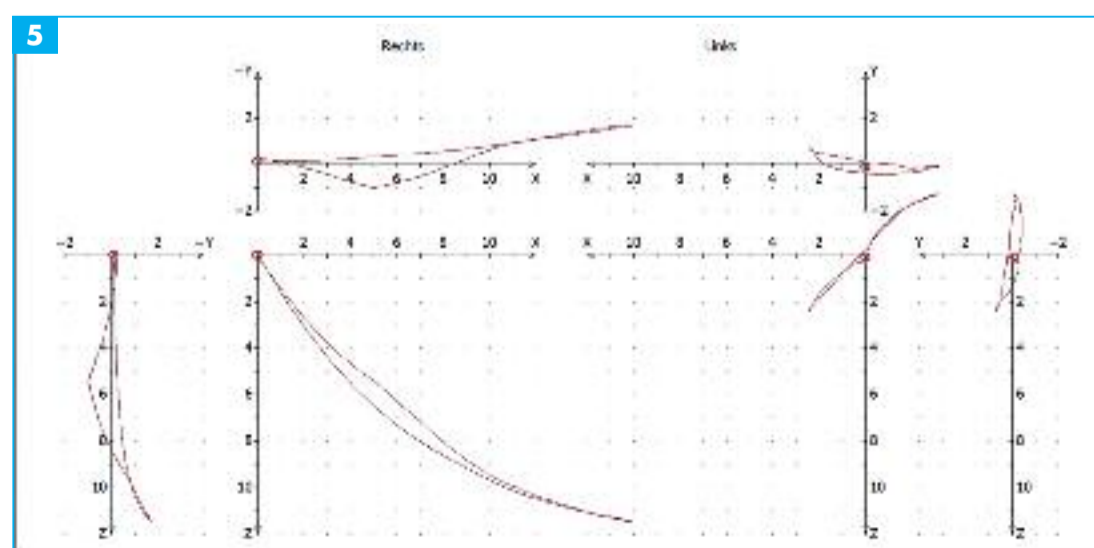
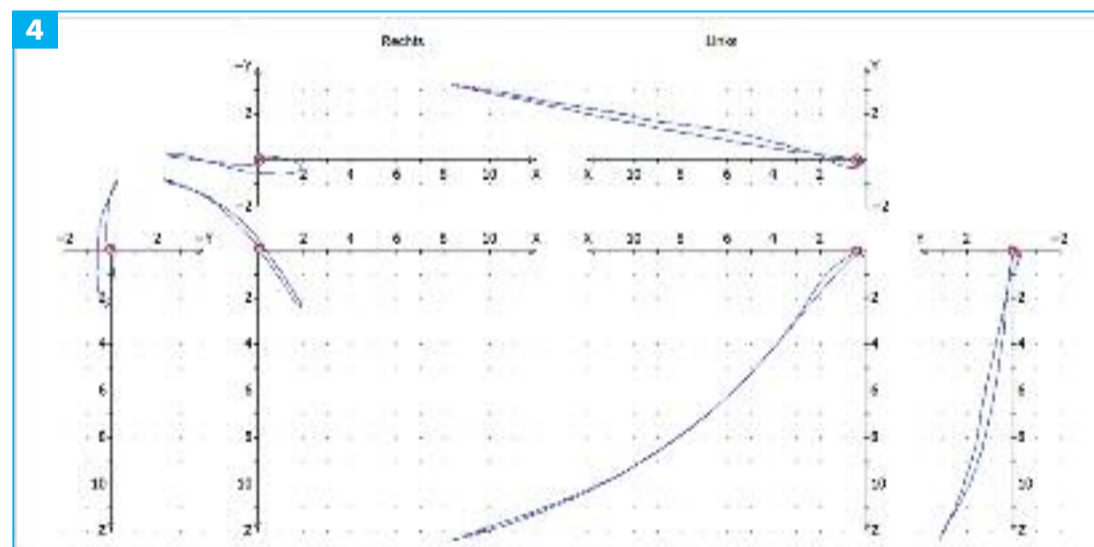
und der dazugehörigen individuellen Vertikaldimension muss als Repertoire bei der Behandlung von CMD-Patienten zur Verfügung stehen.

Mit dem Wissen um die Kompensationsmechanismen der unterschiedlichen Wachstumstypen und skelettalen Klassen kann ein individuell erforderliches Okklusionskonzept beurteilt und wiederhergestellt werden.

Insbesondere muss hier die individuelle Vertikaldimension erwähnt werden:

Schlussrotation der Kiefergelenke erfolgt eine Änderung der Kraft- richtung von hinten unten nach vorne oben. Der größte Druck besteht jetzt im Oberkieferfrontzahnbereich und im Kiefergelenk (Abb. 1).

Druckdolenzen in der Muskulatur, morphologische Gelenkveränderungen, Abrasionen der Frontzähne sowie Schlotterkambildung besonders im Oberkiefer sind Folgen, die der Behandler regelmäßig in der täglichen Praxis antrifft.



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 bestehende, scheinbar unterdrückte Konzeptionen wieder ins Licht gerückt, die dabei besonders zu beachten sind.

den Aufwand noch einmal beträchtlich.

In der zahnärztlichen Praxis bedeuten nahezu alle zahnärztlichen Tätigkeiten Eingriffe in die Okklusion. Maßnahmen in der Okklusion sind ein wesentlicher Anteil der Betreuung der Patienten durch den Zahnarzt. Restaurative Maßnahmen, prothetische Rehabilitation, kieferorthopädische Behandlungen und Anwendung von Aufbisschienen sind immer ein Eingriff in die Okklusion. Der Eingriff in eine labile, nicht als unzureichend adjustiert erkannte Okklusion ist aufgrund langjähriger klinischer Erfahrung im Umgang mit an Funktionsstörungen leidenden Patienten häufig der wesentliche Anteil beim Auftreten einer CMD-Erkrankung. Okklusionsstörungen dieser Art sind Risikofaktoren, die den Erfolg jeder zahnärztlichen Restauration infrage stellen können. In der täglichen Praxis ist es sehr oft üblich, die habituelle Okklusion, insbesondere bei von Zahnarzt und Patienten präferierten Einzelzahnrestaurationen, als ausreichend zu belassen. Eventuell vorhandene Kiefergelenksveränderungen bei zunehmendem Verlust funktioneller Determinanten finden hier oft keine Berücksichtigung. Selbst wenn zunächst keine Beschwerden aufgetreten sind, können Kiefergelenksveränderungen aufgetreten sein, die es zu berücksichtigen gilt. Historisch bestehende Dog-

men der Funktionslehre wie „schwingender und ruhender Kondylus“ behindern und verfälschen eindeutig die Benutzung von justierbaren Artikulatoren (Abb. 4 und 5).

Die Frage „Welchen Artikulator benutzt man?“ ist nicht patientengerecht. Die Frage muss im Interesse einer patientenindividuellen Behandlung lauten: „Mit welchem Artikulatorsystem können die individuellen Kiefergelenksbewegungen des Patienten simuliert werden?“ Jeder Patient mit der Diagnose CMD hat Anspruch auf eine individuelle Untersuchung der funktionellen Determinanten und Konstruktionsmerkmale seines Kauorgans. Nur mit gesicherten Befunden und Daten sind eine individuelle Diagnose zu stellen und eine entsprechende Therapie einzuleiten. Ohne Kenntnis der Kiefergelenksbahnen kann kein individuelles Okklusionskonzept erstellt werden. Mit Kenntnis der Kiefergelenksbahnen ändert sich der Therapieplan.

**Dr. Willi Janzen,
Vermold** ■

(wird fortgesetzt)

(Literatur beim Verfasser)

Abb. 1, 4 und 5:
Cognito Janzen/Strothmann
Abb. 2 und 3: R. Slavicek mit
freundlicher Genehmigung des
Verlags gamma dental edition,
A-Klosterneuburg

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 Vermold (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

Jetzt für die Up-to-date-Saison anmelden

Fortbildungsprogramm bringt Praxisteams in Sachen Prophylaxe auf den aktuellen Stand

Mit einer gut besuchten Veranstaltung am 15. Mai 2013 fand die Oral-B Up-to-date-Saison 2012/2013 in der ersten Jahreshälfte in Luzern einen würdigen Abschluss. Ab Oktober 2013 geht die Fortbildungsreihe für das gesamte Praxisteam in die nächste Runde. Dies teilt das Unternehmen in einer Pressemeldung mit.

Kontinuierliche Weiterbildung ist der Schlüssel zu langfristigem Erfolg einer jeden zahnärztlichen Praxis. Aus diesem Grund bringt Oral-B jedes Jahr re-

nommierte Experten unterschiedlicher Ressorts wie etwa Prophylaxe, Praxismanagement oder Gesprächsführung mit interessierten Praxisteams zusammen.

Getreu dem Motto „Never change a winning team“ setze man auch bei der aktuellen Veranstaltungsreihe auf die bewährte Kombination aus hochkarätigen Referenten, praxisnahen Themen und attraktiven Locations. Den Anfang machte am 16. Oktober 2013 die Hansestadt Hamburg, es folgen 13 weitere Termine in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Wegen der positiven Resonanz werden in der Up-to-date-Saison 2013/2014 gleich drei „intensiv“-Veranstaltungen angeboten. Hier erwartet die Teilnehmer neben einem allgemeinen Vortrag je ein spezieller für Zahnärzte und einer für die Assistenz.

Weitere Informationen sowie die Möglichkeit zur Anmeldung unter www.uptodate-oral-b.com. ■

Ausgefallene Locations gehören ebenso zur Up-to-date-Reihe wie hochkarätige Referenten und praxisnahe Themen.

Foto: Oral-B



TERMINE

Alle Up-to-date-Termine auf einen Blick

25. Oktober 2013, Berlin (Up to date intensiv)
8. November 2013, Zürich
27. November 2013, Nürnberg
4. Dezember 2013, Köln (Up to date intensiv)
17. Januar 2014, Stuttgart
22. Januar 2014, Wiesbaden
31. Januar 2014, Dresden
12. Februar 2014, München (Up to date intensiv)
14. März 2014, Oberhausen
26. März 2014, Hannover
4. April 2014, Heidelberg
9. Mai 2014, Wien
16. Mai 2014, Kassel