

Verfahrensstandard Schienentherapie (Stand: Januar 2008)

Die Ausbildungsausschüsse und die Vorstände der DÄGAK und der IMAK haben das im folgenden niedergelegte Protokoll zur Indikationsstellung und Durchführung von Therapien mit Aufbisschienen erstellt. Dieses gilt als Standard der Anwendung und bildet die Grundlage für die Darstellung gegenüber der medizinischen Öffentlichkeit und bei etwaigen rechtlichen Auseinandersetzungen. Die Richtlinie entspricht dem aktuellen Stand der Kenntnisse und wird jeweils bei Bedarf aktualisiert.

Indikation zur Schienentherapie (COPA)

Trifft bei einem Patienten ein Punkt aus den unten genannten 4 Hauptkriterien zu, besteht die Indikation für eine Kranio-mandibuläre Orthopädische Positionierungsapparatur (COPA = jedes Hilfsmittel zur Bisslagenveränderung mit orthopädischer Auswirkung).

Auch eine Mischung verschiedener Unterkriterien (aus den vier Hauptkriterien) erfüllt die Indikation einer COPA.

1. Kriterien aus der Anamnese

Die folgenden Symptome können für eine kranio-mandibuläre Dysfunktion hinweisend sein, sofern sie nicht durch manuelle Therapie und andere nicht-zahnärztliche Verfahren (NZV) dauerhaft behoben werden können:

- a. Morgendlicher Schmerz im Kiefergelenksbereich, in der Kaumuskulatur, schmerzhafte Verspannungen vor allem im HWS-Nackenbereich, aber auch der übrigen Wirbelsäule und im gesamten kranio-sakralen System.
- b. Verspannungen der Kaumuskulatur (direkt beim Aufwachen oder durch Pressen in Stresssituationen, wie lange Autofahrten, PC-Arbeit etc.), auch mit Einschränkung der Mundöffnung.
- c. Ohrprobleme funktioneller Art (z.B. Tinnitus, nicht entzündliche Otitiden, peripherer Schwindel etc.).
- d. Kopfschmerzen, Spannungen der Augenmuskulatur.

2. Kriterien aus dem Funktionsstatus

Eine suffiziente manuelle Korrektur (NZV) wird jeweils vorausgesetzt.

- a. Schmerzhafte Palpation der Kaumuskulatur.
- b. Deviationen beim Öffnen mit/ohne deutlich eingeschränkter Mundöffnung.
- c. Kiefergelenksgeräusche initial und intermediär mit Funktionsstörungen bei manueller differential diagnostischer Abklärung.
- d. Zahnersatzversorgung bei nicht kompensierter Fehlbisslage.

3. Kriterien aus der orthopädischen und manuellen Untersuchung und Behandlung

Eine suffiziente manuelle Korrektur (NZV) wird jeweils vorausgesetzt.

- a. Beeinflussung von Spine-Test, Derbolowsky-Test, Leg-turn-in, Patrick-Kubis-Test/Priener Abduktionstest und Thorax-Rotationstest etc. durch festen Biss.
- b. Negative Beeinflussung der Körperhaltung (Kopf, Schulter, Arme, Beinstellung und des Ganges) durch festen Biss.
- c. Deutliche posturographische Veränderungen durch festen Biss.

4. Kriterien aus dem Test der Applied Kinesiology

Dysfunktionen, die nach suffizienter Korrektur (NZV) des gesamten Achsenorgans und Schädels durch festen Biss oder andere Challenges des Kauapparates rezidivieren und durch Einstellung der optimalen Unterkieferlage behoben oder deutlich verbessert werden können.

Diagnostisches und therapeutisches Konzept bei V.a. Kraniomandibuläre Dysfunktion (CMD)

1. Anamnese

Unter Berücksichtigung des visuellen Index und eines allgemeinmedizinischen, dentalen sowie ganzheitlich ausgerichteten Anamnesebogens.

2. Posturale und orthopädische Untersuchung

- a. Untersuchung der Körperebenen (Stehend von hinten, von der Seite und von vorn, SIG, Wirbelsäule, Bauchprofil, Kopflot).
- b. Sitzend (HWS, Kauapparat, Funktionsdiagnostik des Kiefergelenks, auch mit AK-Techniken).
- c. Rückenlage (Beinlänge, Becken, Bauch, HWS, Kauapparat).
- d. Funktionstests (Derbolowsky-Test, Leg-Turn in, Patrick-Kubis bzw. Priener Abduktionstest, Thorax-Rotationstest).

3. Zahnärztliche Untersuchung

Inspektion und Palpation der Kiefergelenke und der dazugehörigen Muskulatur, Untersuchung von Maxilla und Palatinum, Röntgenuntersuchung, Vitalität usw.

4. Ausschluss von Herden und Störfeldern (s. Standard Herd- und Störfeldtestung)

5. Screening der primären Dysfunktion

- a. Im Stehen M. latissimus dorsi oder anderer geeigneter Muskel in Ruheschwebelage normoreaktiv (normoton), auf festen Biss dysreaktiv (hyperton/schwach); Verdachtdiagnose: Temporomandibuläre Dysfunktion
- b. Im Stehen M. latissimus dorsi oder anderer geeigneter Muskel einseitig oder bds. dysreaktiv (hyperton/schwach), im Liegen normoreaktiv (normoton); Verdachtsdiagnose: Extratemporomandibuläre Dysfunktion

6. Manuelle und reflextherapeutische Behandlung

Mit nichtzahnärztlichen Therapieverfahren (NZV) werden folgende Strukturen korrigiert:

- a. Das Kranium inkl. Maxilla und Palatinum, die kraniomandibuläre Region, die Wirbelsäule und das Becken sowie die unteren Extremität (zum Screening: Shockabsorbertest).
- b. Relevante viszerale Strukturen mit Auswirkungen auf das Achsenorgan wie Zökum und Sigmoid (soweit gemäß Ausbildung durchführbar).

7. Differenzialdiagnose „temporomandibuläre Ursache“ versus „extratemporomandibuläre Ursache“ einer Dysfunktion im Bewegungssystem

- a. Challenge der aufsteigenden Läsionsursachen: bei Non-Okklusion (ohne Zahnkontakt) gehen lassen:
- b. Wenn Rezidiv von Befunden nach dem Gehen auftritt: diese Strukturen nachbessern, evtl propriozeptive Fußkorrektur (Sohlen), Spiraldynamik, Gymnastik.
- c. Wenn kein Rezidiv beim Gehen auftritt: Challenge des Kauapparates durch Kauen im Sitzen: Wenn dabei Rezidiv auftritt: Strukturen nochmals manuell behandeln bzw. Schienenindikation.

7. Orthomolekulare Unterstützung

Die biochemische Situation des Bewegungssystems sollte überprüft und bei Bedarf gestützt werden.

8. Konstruktionsbiss

Alternativ:

- a. Modellanalyse an arbiträr eingestellten Modellen. Danach Konstruktionsbiss im Mund, ein- oder zweizeitig im Front- und Seitenzahnbereich nach orthopädischen Kriterien wie knöcherne Gesichtsmitte, Unterkieferebene, Kieferlage nach Klasse 1, Submentalfalte, Gesichtsdrittellung etc. Überprüfung dieses Bisses nach Schlucken, Gehen und Überkreuzübungen durch AK-Test. Prüfung, ob muskuläre Dysfunktionen und/oder orthopädische Parameter durch diese neue therapeutische Mandibulaposition aufgehoben sind.
- b. Modellanalyse und Konstruktionsbiss nach Lieb und Gelb im Galettiartikulator. Danach Überprüfung dieses Bisses im Mund durch AK-Test (Prüfung, ob muskuläre Dysfunktionen und/oder orthopädische Parameter durch diese neue therapeutische Mandibulaposition aufgehoben sind. Auch hier sollte die neue Mandibulaposition durch Bewegen in gekreuztem Muster (Gehen) in das Bewegungssystem

integriert werden. Alle vor Eingliederung des Konstruktionsbisses gefundenen Dysfunktionen (AK-Test, orthopädische Befunde, Palpationsschmerzen, Triggerpunkte etc.) sollten, soweit durch Biss verursacht, bei optimaler temporär therapeutischer Mandibulaposition aufgehoben sein.

- c. Zentrikbissnahme ohne Manipulation des UK durch den Behandler nach vorheriger Entspannung. Überprüfung manuell und mit AK.

Eine geeignete Dokumentation der Bisslagen vor und während der verschiedenen Behandlungsschritte ist notwendig.

Challenge-Formen am Kiefergelenk (TMJ)

Positiver Challenge	Bedeutung
Fester Biss	Okklusionsstörung, auch durch muskuläre Dysbalance, Kompression TMJ Cave: Herde, neurologische Zähne
Weite Mundöffnung	Myogen durch Dehnung der hypertonen (verkürzten) Kieferheber, möglicherweise M. orbicularis oris; Kapseldehnung; ggf. lymphatisch (jede allergisch-toxische Belastung führt zu lymphatischen Problemen!)
Protrusion	Aktivierung der Protraktoren: M. pterygoideus lat, M. masseter, M. pterygoideus med., ventrale Fasern des M. temporalis Geringe Dehnung der Retraktoren, des bilam. Bandes und der Kapsel
Retrusion	Aktivierung der Retraktoren: posteriore Fasern des M. temporalis, M. digastricus Geringe Dehnung der Protraktoren und der Gelenkkapsel sowie Kompression der bilaminären Zone
Links-Rechts-Laterotrusion	Aktivierung des M. pterygoideus lat. kontralateral, in kleinerem Maße des M. masseter und M. pterygoideus med. kontralateral, geringe Dehnung der Mm.pterygoidei lat. und med. ipsilateral sowie der Gelenkkapsel.

Weitere Challengeformen am TMJ

Challenge	Bedeutung
Schnelles Öffnen u. Schließen mindestens 30x oder 10 sec. (ohne vorherigen positiven Challenge)	Anaerobe Funktion
Langsames Öffnen u. Schließen mindestens 30x oder 60 sec. (ohne vorherigen positiven Challenge)	Aerobe Funktion
Öffnen + Schließen mit HWS -Extension/Flexion (HWS-Flexion und Extension dürfen ohne Kieferbewegung keinen positiven Challenge auslösen)	Zusätzliche Provokation
Schlucken und Sprechen	orofaziale und pharyngeale Muskulatur
Hyoid-Challenge	Hyoidmuskulatur
Phonation ohne Wortartikulation	Stimmbänder, Kehlkopf

Alle Challenge-Formen am TMJ haben über die Muskulatur auch Einfluss auf das kraniosakrale System!