

3. Rehabilitation /Funktion

von Dr. Salvador Conqost und Prof. Dr. Dr. Johann Müller

(1) Vor allen -mehr oder weniger- invasiven und irreversiblen Maßnahmen (z.B. Zahnersatz, Kieferorthopädie) ist eine Untersuchung des Kausystems im Hinblick auf das Vorliegen einer Arthropathie, Myopathie und/oder Okklusopathie angezeigt und eine dahingehende Anamnese zu erheben (strukturierte Befunderhebung mittels „klinischer Funktionsanalyse“).

Es muss zwischen Myopathien, Arthropathien und Okklusopathien differenziert, diagnostiziert und dokumentiert werden können (manuelle und instrumentelle Funktionsanalyse, bildgebende Verfahren, geeignete Dokumentationsformulare).

(2) Bei positiven Befunden ist eine jeweils adäquate Schientherapie indiziert. Deren Ziel ist es schlussendlich, durch Etablierung einer statisch und dynamisch interferenzfreien Okklusion auf der Schiene stabile, physiologisch korrekte Kiefergelenksrelationen zu entwickeln und belastbare, schmerzfreie und mobile Gewebe zu schaffen. Es ist ratsam -vor allem bei anfangs ausbleibendem Erfolg- qualifizierte physiotherapeutische, physikalische und/oder auch medikamentöse Therapien mit einzubeziehen.

(3) Bei Ausbleiben eines Therapieerfolges muss an biopsychosoziale Aspekte gedacht werden und der Patient entsprechenden Fachbereichen zugewiesen werden. Dies betrifft allerdings nur wenige Patienten. Daher sollte man mit dieser Diagnose-stellung sehr zurückhaltend und selbstkritisch sein.

[Kommentare/Hinweise/
Empfehlungen:](#)

[EDA Basisbefund](#)
[EDA klinischer
Funktionsstatus](#)
[EDA instr.
Funktionsanalyse](#)

(4) Aufbiss-Schienen müssen eine stabile und präzise Passung aufweisen. Ihre Justage erfordert klinische Beobachtungsgabe und handwerkliche Genauigkeit.

Für Aufbiss-Schienen aus weichbleibendem Material oder nicht adjustierte Schienen gibt es aus funktionstherapeutischer Sicht keine Indikation.

(5) Erst nach erfolgreicher funktioneller Vorbehandlung im obigen Sinne (d.h. Vorliegen von schmerzfreien, mobilen und belastbaren Kiefergelenks-Strukturen und völliger Beschwerdefreiheit des Patienten) kann eine prothetische, okklusale Rehabilitation geplant werden.

Da diese zunächst im Artikulator vorgenommen und dabei in der Regel die vertikale Dimension verändert wird, sind präzise und achsengerecht montierte Modelle dafür zwingende Voraussetzung.

(6) Ziel ist es, die mittels Schienentherapie ermittelte „therapeutische“ Relation des Unterkiefers zum Oberkiefer (die in aller Regel der zentrischen Relation der Kiefergelenk-Komplexe nach Definition der DGZMK/DGFDT entspricht) in Restaurationen zu überführen.

Die dabei zu etablierende Okklusion ist im posterioren Bereich statisch und dynamisch interferenzfrei; definitionsgemäß handelt es sich dabei um eine zentrische Okklusion d.h. es liegt Übereinstimmung von zentrischer Kondylenposition und maximaler Interkuspitation vor und (dynamischer) Frontzahnführung (Schneide- und Eckzähne).

(7) Es ist trotz größter Präzision nicht möglich, Restaurationen ohne weitere Maßnahmen direkt vom Artikulator unbesehen in den Mund zu übertragen. Gründe hierfür sind eine veränderte Taktilität der Mechanorezeptoren im Parodont gegenüber der Aufbiss-Schiene durch neue okklusale Kräfte, das Wegfallen der durch die Schiene gegebenen Verblockung von Zähnen und ein daraus resultierendes „Mikrosettling“ einzelner Zähne.

(8) Daher ist es ratsam, mit direkten und indirekten Restaurationen behutsam und in einzelnen Zahngruppen vorzugehen sowie -zumindest bei einem Großteil der Zähne- die Restaurationen als Langzeitprovisorien anzufertigen, welche subtraktiv oder additiv justiert werden können.

Erst bei weiterbestehender Symptombefreiheit und Stabilität dürfen die Langzeitprovisorien in definitive Restaurationen überführt.

(9) Zur Dokumentation sollen neben intra- und extraoralen Fotos achsengerecht montierte Ausgangs- und Endmodelle vorliegen.