

Diagnose CMD: Auf welchem Weg zur Beschwerdefreiheit?

Akute Beschwerden im Kausystem, Kieferknacken und -verspannungen, Zähneknirschen oder chronische Gesichts- und Kopfschmerzen: Oftmals verbirgt sich hinter derartigen Problemen eine craniomandibuläre Dysfunktion – kurz CMD. Physiotherapeutin und Mitgründerin des Projekts Kieferwissen, Stefanie Kapp, hat mit *Gesunder Kiefer – Gesunder Körper* ein spannendes Nachschlagewerk verfasst, welches nicht nur über Folgen und Therapie einer CDM aufklären soll, sondern auch als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden darf. Wie jedoch reagieren, wenn z.B. Zahnschiene und Physiotherapie allein kein Abklingen der vorherrschenden Beschwerden bedeuten? Im Interview erläutert die Autorin, wie im besten Fall das Zusammenspiel zwischen Kiefer- und Oralchirurgie, Allgemeiner Zahnmedizin und externen Therapeuten funktionieren könnte.

Interview: Anne Kummerlöwe

Frau Kapp, mir fällt ein Ausdruck in Bezug auf CMD immer wieder auf: die normgerechte Kieferstellung. Was genau ist denn die Norm?

Aus meiner Sicht, als Physiotherapeutin, setze ich immer auf die Körperhaltung – also wie steht jemand da? Aber auch hier wieder: Was ist die Norm? Früher wurde gesagt, so, wie Soldaten dastehen, entspräche der Norm. Aber da sollte man sich wirklich mal fragen, ob das wirklich so ist. Ich meine, wer steht denn so gerade da wie ein Soldat, der ja darauf getrimmt ist, in einer bestimmten Position – die auch nicht seine Norm ist – zu stehen? Daran wurde die Norm jedoch ausgerichtet. Das ist für mich sehr fragwürdig. Was man aber ganz klar sagen kann, ist: Kein Mensch ist gerade. Und es gibt keinen Menschen, der zu hundert Prozent dieser Norm entspricht. Zudem kommt es immer darauf an, wie der Einzelne kompensieren kann und ob die Abweichungen von der Norm gravierend sind. Zum Beispiel kann ein Zahn eine Fehlstellung aufweisen, aber in keiner Weise das Körpersystem belasten. Vor Jahren wurden Studien durchgeführt, die gesunde Menschen auf Bandscheibenvorfälle in der LWS untersuchten und das Ergebnis war, dass viele einen Vorfall hatten, jedoch nie Schmerzen oder Einschränkungen erlebten.¹ Sprich, das Bild stimmt oftmals nicht mit den Beschwerden des Patienten überein. Im Umkehrfall gibt es Patienten, bei deren Funktionsanalyse gar nichts auffällig war, sie aber trotzdem Beschwerden hatten.

Der Zahnmediziner beurteilt die Zähne und den ganzen Zahnhalteapparat und erstellt daraufhin eine Funktionsanalyse, um zu schauen, wohin „die Reise“ gehen könnte. Aber das entspricht nur einem Teil des gesamten Netzwerkes. Man muss ganzheitlich prüfen und feststellen, ob die Abweichung, welche vorliegt, wirklich etwas mit den gegebenen Schmerzen zu tun hat.

An welcher Stelle, würden Sie sagen, käme unweigerlich die Chirurgie ins Spiel?

Wenn man Betroffenen so weit helfen und das Gleichgewicht wieder so anpassen kann, dass es vielleicht noch nicht der Norm entsprechend, aber ohne Symptome ist, dann braucht es die Chirurgie nicht. Es gibt aber Fälle, in denen der Fehlbiss so einen großen Einfluss auf das gesamte System und bereits viele Schäden hinterlassen hat – wie z. B. Degenerationen oder Diskusverlagerungen im Kiefergelenk –, dass man etwas dagegen unternehmen muss. Oder die Backenzähne werden zu stark belastet und das Kiefergelenk gerät zu stark unter Druck, dass Muskulatur massieren und dehnen nicht mehr ausreicht, um den Biss zur Umänderung zu bewegen. Dann braucht es in der Tat die Chirurgie.

Sollte der chirurgische Eingriff unumgänglich sein: Wie muss die Betreuung dieser Patienten aussehen?

Ich habe viele Jahre Patienten betreut, die nach Bimax-Operationen kamen. Also wo Oberkiefer und Unterkiefer gleichzeitig operiert wurden. Ein intensiver, schmerzhafter Eingriff. In der Betreuung ist mir aufgefallen, dass bei vielen die komplette Vorbehandlung fehlte. Die Kieferchirurgie setzte ihren Fokus lediglich auf die handwerkliche Umsetzung. Da war wenig bis gar keine Rede davon, dass dieser Eingriff den ganzen Körper und damit den ganzen Menschen beeinflussen wird und diese Operation wirklich intensiv ist. Es wird kaum Aufklärung über die Auswirkungen am gesamten Organismus gegeben. Nach der Operation betreute ich einige Patienten, die durch diesen Eingriff physisch stark belastet waren. Da fielen Bemerkungen, wie: „Hätte ich das gewusst. So schlimm war es vorher dann doch nicht, als dass ich das hätte über mich ergehen lassen müssen.“ Eine aus-



fürliche vorherige Aufklärung ist unabdingbar. Was passiert unter der OP? Auf was muss ich mich in den Wochen danach einstellen? Muss ich gepflegt werden? Wie und was kann ich essen? Darf ich überhaupt essen? So etwas muss man wissen. Darauf muss man sich vorbereiten können. Dann braucht es vor allen chirurgischen Eingriffen natürlich auch die Vorbehandlung – muskulär und gelenkisch gesprochen –, die unbedingt erfolgen sollte und anschließend natürlich auch die entsprechende Nachbehandlung. Zudem ist mir aufgefallen, dass die Patienten viel zu spät erst zu uns geschickt wurden: Nämlich erst nach sechs bis acht Wochen. Die Nachbehandlung sollte am Tag eins, nach der Operation, einen wichtigen Platz der Therapie ausmachen. Es geht nicht darum, schon so früh wieder Kräftigungsübungen zu machen, sondern darum, zunächst die Schwellung effizient zu reduzieren – z. B. durch Lymphdrainage oder durch Kälteanwendungen. Auch durch Elektrotherapie kann frühzeitig der Heilungsprozess gefördert und dann mit adäquat angeleiteter Mobilisation fortgeföhren werden, um den Mund wieder richtig öffnen zu können. Man sollte den Patienten vorab besser abholen und man könnte ihn auch hinterher therapierend besser begleiten, zur schnelleren Heilung.

Wenn allgemein bekannt wäre, dass man zum Beispiel über eine Lymphdrainage Schwellungen reduzieren kann, könnte man eventuell auf starke Medikamentengabe im Nachhinein verzichten?

Ja, natürlich. Schmerzen kann man dadurch nachweislich effektiv reduzieren, den Heilungsprozess verbessern und beschleunigen und somit auch die Medikamentengabe zumindest reduzieren. Zudem müssten Patienten keine drei Monate, sondern vielleicht nur vier Wochen krankgeschrieben werden. Das ganze Gesundheitssystem würde profitieren.

Würden Sie sich entsprechend wünschen, dass zwischen der Zahnmedizin und Physiotherapeuten eine bessere Zusammenarbeit bestünde? Oder befinden wir uns schon auf dem Weg dahin?

Also Zahnärzte sind da schon sehr affin, sich mit Therapeuten zusammenzutun, und auch offen für Heilpraktiker, Osteopathen oder Physiotherapeuten. Aber wichtig finde ich auch, dass in manchen Fällen nicht nur der Physiotherapeut hinzugezogen wird, gerade bei chronischen Schmerzpatienten, sondern z. B. auch ein Verhaltens- oder Psychotherapeut, die Logopädie oder auch ein Nährstoff-Experte zu Rate gezogen werden sollte – vor allem, wenn wir jetzt von jemandem reden, der chronifiziert ist, und das schon seit vielen Jahren.

Frau Kapp, vielen Dank für das Gespräch.

1 Brinjikji, W., et al. "Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations." *American Journal of Neuroradiology* 36.4 (2015):811-816.