

„Nicht grundlos hat sich das Vorgehen in kurzer Zeit durchgesetzt“ (II)

Ein Screening-Verfahren zur Erfassung von craniomandibulären Dysfunktionen (CMD) im Rahmen der allgemeinen „eingehenden Untersuchung“ in der Zahnarztpraxis stellten Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers und Professor Dr. Holger A. Jakstat im Rahmen ihres Vortrags beim 47. Bayerischen Zahnärztetag vor. Auch im zweiten Teil ihres Interviews mit der PN-Redaktion sprechen die beiden Entwickler des sogenannten „CMD-Kurzbriefes“ über dessen Vorteile sowie den Einsatz in der täglichen Praxis.

PN Fortsetzung des Interviews aus Ausgabe 6/2006 der PN Parodontologie Nachrichten.

PN Nun haben die BZÄT-Veranstalter Ihnen die Vorstellung des „Hamburger Konzepts“ aufgetragen. Worin besteht dessen Besonderheit?

Die Bezeichnung „Hamburger Konzept“ hat sich eigentlich erst herausgebildet, als einer von uns beiden schon an die Universität Leipzig abgeworben wurde. Insofern lässt uns der Begriff ein wenig schmunzeln. Tatsächlich besteht die Besonderheit des von uns beiden entwickelten Konzeptes darin, verschiedene Dinge, die sich im Laufe der letzten

Jahre und Jahrzehnte als notwendig herausgestellt haben, systematisch miteinander zu kombinieren. Hierzu zählen neben der sorgfältig und strukturiert durchgeführten klinischen Funktionsanalyse deren Ergänzung durch Screening-Tests, die Anhaltspunkte für das Bestehen psychosozialen Stresses bzw. psychosomatischer Co-Faktoren einerseits und orthopädischer Co-Faktoren andererseits aufdecken sollen. Von beiden ist bekannt, dass sie zur Entstehung von CMD maßgeblich beitragen können. Und schon lange fordert die DGZMK, im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse hierauf orientierend zu prüfen. Nur praktisch umgesetzt haben wir das offensichtlich erstmals mit der Systematik, die nun offensichtlich von anderen wahrgenommen wurde. Nicht ohne Grund haben wir vor sechs Jahren ein diesbezügliches Lehrbuch erstellt und dabei zahlreiche Spezialisten, mit denen wir in der klinischen Praxis zusammenarbeiten, dafür gewonnen, entsprechende Beiträge beizusteuern. Hiermit wurde erstmals erkennbar, welche interdisziplinäre Herausforderung die Funktionsdiagnostik in der zahnärztlichen Praxis darstellt.

PN Gehört auch die Formulierung von Initialdiagnosen zum „Hamburger Konzept“? In der Tat haben wir seinerzeit in Hamburg bei der Erstellung unseres Lehrbuches „Klinische Funktionsanalyse“ gemerkt, dass eigentlich nicht in der Befunderhebung, sondern in der Auswertung der Befunde zahlreiche offene Fragen lagen. Wir haben uns daraufhin überlegt, wie werten erfahrene Untersucher derartige Untersuchungen eigentlich aus? Dabei herausgekommen ist, dass offensichtlich in der Vergangenheit

Funktionsbefunde nach dem Prinzip des „Fährtenuchers“ ausgewertet wurden. Die Facette hier und der Muskel dort, und die Art und Weise der Gelenkbeschwerden überhaupt



Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers

passten dann zusammen – oder nicht. Zahlreiche Kollegen sind von dieser Komple-



Prof. Dr. Holger A. Jakstat

xität immer wieder abgeschreckt worden. Wir haben uns daher gefragt, ob es nicht möglich wäre, die Auswertung vom Ansatz her völlig anders durchzuführen und an den Anfang der interpretatorischen Überlegung die Frage zu stellen: Was könnte denn eigentlich bei der Untersuchung herauskommen? Was daher offensichtlich fehlte, war ein geeignetes Diagnose-schema. Gemeinsam mit den Kollegen Prof. Dr. Freesmeyer und Dr. Simonis von der Charité Universitätsmedizin Berlin, Prof. Dr. Meyer von der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und Prof. Dr. Hugger von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, haben wir beide dann ein System von Initialdiagnosen entwickelt, dem zukünftig dann die verschiedenen Befunde zuzuordnen wären. Wir haben uns danach hingesezt und sämtliche Befunde, die im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse erhoben werden könnten, nach ihrer Gewichtung den verschiedenen Initialdiagnosen zugeordnet. Dieses Konzept haben wir dann in entsprechenden Kapiteln im Buch publiziert und dem „Diagnose-Pilot“ in unserer Software „CMDfact“ unterlegt. Man kann also entweder

die entsprechenden Abschnitte im Lehrbuch „Klinische Funktionsanalyse“ (auswendig) lernen, oder sich die Daten von der Software aufbereiten lassen.



Foto: © Bayer. Landeszahnärztekammer 2006

PN Welche Erkenntnisse kann die instrumentelle Diagnostik in diesem Zu-



Foto: © Bayer. Landeszahnärztekammer 2006

sammenhang neben der klinischen Funktionsanalyse liefern? Wann ist sie insofern angezeigt und welchen Umfang sollte sie haben?

Die Sammelbezeichnung „Instrumentelle Funktionsanalyse“ ist im Grunde genommen viel zu global. Denn tatsächlich werden unter dieser Sammelbezeichnung zahlreiche ver-

zählt, streng genommen selbst aber im Grunde genommen eher eine ärztliche Übertragungsleistung darstellt, der allein genommen noch kein analytischer Aspekt beiwohnt. Gleichwohl ist sie für die in der Regel nachfolgenden Untersuchungs- und Therapieschritte extrem hilfreich und qualitätsfördernd und -sichernd.

Das Gleiche gilt im Grunde genommen für die zentrische Kieferrelaxationsbestimmung sowie die exzentrische Bewegungsaufzeichnung, aber auch für exzentrischen Positionsregistrare. All diesen Prozeduren gemeinsam ist, dass sie je nach Ergebnis der klinischen Funktionsanalyse indiziert sind oder nicht. Für die meisten dieser Prozeduren liegen mittlerweile fundierte und evidenzstarke klinische Studien vor. Einen wesentlichen Beitrag hat hierzu die Universität Greifswald mit ihrer „SHIP“-Studie und den zahlreichen hieraus abgeleiteten Publikationen geliefert. Was in der Vergangenheit aber viel zu kurz gekommen ist, ist die Frage, wie und vor allem welche analytischen Auswertungen eigentlich durchgeführt werden sollten und vor allem, wie diese inhaltlich mit den Ergebnissen der klinischen Funktionsanalyse und aus bildgebenden Untersuchungen in Kontext zu setzen sind. Hier hat sich gerade in jüngster Zeit erst ein Bewusstsein für diese Problematik entwickelt. So

zu setzen sind. Hier hat sich gerade in jüngster Zeit erst ein Bewusstsein für diese Problematik entwickelt. So

Auswertungen den Ergebnissen der klinischen Funktionsanalyse zuzuordnen sind.

PN Welche Bedeutung haben Parodontalerkrankungen aus Ihrer Sicht für die Entwicklung von CMD, speziell in der Form von Okklusopathien und umgekehrt?

Diese Frage ist schon seit langer Zeit Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion. Die Hauptfrage ist dabei in der Regel, ob dysfunktionelle oder unphysiologische Okklusionsbeziehungen Ursache einer Parodontalerkrankung sein können oder nicht. Lindhe hat die verschiedenen Positionen in seinem Klassiker „Textbook of Clinical Periodontology“ einander sehr schön gegenübergestellt. Nach dem Konzept von Glickmann sollte dabei eine unphysiologische okklusale Belastung zur Auslenkung des betreffenden Zahnes und dadurch zur Aufweitung des Parodontalspaltes führen. Dieses wiederum sollte einen negativen Sog am Sulkus verursachen, der dazu führen würde, dass speziell bei unzureichender Mundhygiene Keime in den Sulkus hineingesogen würden. Waerhaug hat dieses Konzept später infrage gestellt und auch andere Autoren haben es verworfen.

In der klinischen Praxis sieht man jedoch immer wieder Zähne, die einerseits parodontale Defekte aufweisen, und andererseits okklusale überlastet sind. Nach Parodontaltherapie allein nicht ausheilende Zähne werden zuweilen aber nach okklusaler Entlastung symptomfrei, was dafür spricht, dass offensichtlich eine Art von Zusammenhang besteht.

In der Zukunft sollten wir aber vielleicht einen ganz anderen Aspekt mehr in den Vordergrund rücken: Gerade bei fortschreitenden Parodontalerkrankungen kommt es zuweilen zum Zahnverlust und dadurch zu zunehmender funktioneller Instabilität des Kauorgans. Insofern hat eine frühe und präventionsorientierte Parodontaltherapie auch eine funktionsprophylaktische Komponente, die wir vielleicht in der Zukunft mehr berücksichtigen sollten. Damit schließt sich der Kreis ein wenig, denn die Prävention von CMD bzw. deren frühzeitige Diagnostik liegt uns ebenso am Herzen wie die Prävention der Parodontalerkrankung schon vor einigen Jahren in den Fokus der parodontologisch engagierten Kollegen getreten ist. Insofern erscheint uns die von einigen Kollegen betriebene Konzentration auf das extrem kleine Segment der chronisch schmerzhaften Verlaufsformen von CMD verhängnisvoll, weil sie verhindert, besonders die vielen initial erkrankten Patienten zu betrachten. Nach einer Ende der 80er-Jahre von unserer Arbeitsgruppe im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführten Studie konnte gerade die Mehrzahl der initial erkrankten CMD-Patienten mit re-

versiblen Behandlungsmitteln erfolgreich behandelt werden. ☐

PN Kurzvita

Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers

- 1962 geboren und aufgewachsen in Damaskus (Syrien); Schulzeit in Bremen
- 1982 Studium der Zahnmedizin in Hamburg, Stipendium der Friedrich-Naumann-Stiftung
- 1987 Auslandsfamulaturen in Boston (Harvard University) und New York (NYU und div. Praxen)
- 1988 Staatsexamen und Approbation in Hamburg
- 1989 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
- 1992 Promotion und Leitung des Arbeitskreises Kopfschmerzen und CMD der ZÄK Hamburg
- 1996, 2001 Tagungsbestpreise der Arbeitsgemeinschaft für Funktionsdiagnostik (mit Prof. Dr. Jakstat)
- 1997 Oberarzt
- 1999 Leitung der gemeinsamen Sprechstunde für CMD/orofaziale Schmerzen der ZMK-Klinik
- 2001 Schriftführer im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie (AFDT)
- 2003 Lehrverantwortung für die Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Präventive Zahnheilkunde
- 2004 Habilitation für das Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Venia legendi, Ernennung zum Priv.-Doz.
- 2005 Gründung des CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf

PN Kurzvita

Prof. Dr. Holger A. Jakstat

- geboren 1959 in Elmshorn
- 1978 Aufnahme in die Studienstiftung des Deutschen Volkes
- 1978–1983 Studium der Zahnmedizin in Hamburg
- 1984 Approbation und Promotion
- 1985–1992 wissenschaftlicher Assistent an der Abteilung für Zahnärztliche Prothetik am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
- seit 1986 Mitarbeit in der Hamburger Kiefergelenksprechstunde
- 1994–1999 Leitung der Kiefergelenksprechstunde des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf (gemeinsam mit Priv.-Doz. Dr. Ahlers)
- 1996 Habilitation
- seit 1999 Leiter der Vorklinischen Propädeutik und Werkstoffkunde der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Leipzig
- 1999–2006 Leitung der CMD-Sprechstunde am Zentrum für ZMK Leipzig
- Arbeitsgebiete: zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen auf den Gebieten klinische und instrumentelle Funktionsdiagnostik sowie der Zahnfarbendifferenzierung
- 1996 und 2001 Tagungsbestpreis der Arbeitsgemeinschaft für Funktionsdiagnostik in der DGZMK, zusammen mit OA Priv.-Doz. Dr. Ahlers, Hamburg
- zahlreiche Veröffentlichungen auf dem Gebiet der craniomandibulären Dysfunktion
- Entwicklung des Konzeptes und der Dokumentation der interdisziplinären CMD-Sprechstunde
- Software-Autor CMDfact, CMD-check, Arztbrief-Assistent CMD



Abb: Introbox



Abb: Auswertung

schiedene Prozeduren zusammengefasst, darunter die schädelbezügliche Übertragung der Oberkieferposition, die zwar zu den funktionsanalytischen Leistungen

konnten wir beispielsweise auf der Jahrestagung der DGZMK im Jahre 2002 zeigen, wie die Ergebnisse aus verschiedenen instrumentellen, funktionsanalytischen