

Die original Funktions- und Strukturanalyse

Der aktuelle Stand der CMD-Diagnostik nach Gert Groot Landeweer (2)

Vor nahezu 30 Jahren entwickelte Gert Groot Landeweer, wie in der ersten Folge dieser dreiteiligen Serie (DZW 7/13) beschrieben, aus verschiedenen bereits bestehenden Untersuchungstechniken, gemischt mit eigenen Entwicklungen, den ersten Entwurf der Funktions- und Strukturanalyse. Zu den Teilnehmern seiner Kurse gehörten damals auch namhafte Hochschullehrer, die ihn, begeistert von seiner Idee, mit der Weiterentwicklung dieser Untersuchungstechnik beauftragten.

Die so entstandene, damals noch als „Manuelle Funktionsanalyse des Craniomandibulären Systems“ beschriebene Untersuchung wurde stetig weiterentwickelt und verbessert. Zuletzt entstand zwischen 2009 und 2012 als Ergebnis des Zusammenschlusses seiner Erfahrungen mit denen des Autors dieses Artikels die heutige „Funktions- und Strukturanalyse (FSA) des Craniomandibulären Systems (CMS)“, die beide in Form der Diagnostik-Software *CMD excellence* verankert haben. Diese wird als Weiterentwicklung von „easyCMD“ erstmals auf der IDS 2013 von dem Autorenteam am eigenen Stand präsentiert werden.

Wesentliche Neuerung der FSA gegenüber der früheren „Funktionsanalyse“ ist die Vereinfachung in der Diagnostik. Die Tests des eigentlichen CMS bestehen aus vier Teilen:

- Bewegungen
- Intraartikuläre Tests
- Periartikuläre Tests
- Muskuläre Tests

Neu bei den Bewegungstests ist, dass nicht mehr schematisch alle passiven Untersuchungen durchgeführt werden müssen, sondern dass diese nur noch bei Vorliegen von Ein-

schränkungen in den aktiven Tests für notwendig erachtet werden. *CMD excellence* hilft dem Anwender, den schnellsten Diagnostikweg zu gehen, indem überflüssige Tests interaktiv aus dem patientenindividuellen Standard-Untersuchungsgang genommen werden. Solche Tests wären nur auf ausdrückliches manuelles Anklicken eintragbar. Das System erkennt automatisch aus den eingetragenen Untersuchungsergebnissen, an welcher Stelle die Untersuchung sinnvollerweise fortgesetzt werden muss.

Neu bei den intraartikulären Tests ist, dass der immense Umfang der früheren Knackdiagnostik abgelöst wurde durch nun standardmäßig einen einfachen Test je Seite. Grundlage dieser Änderung ist die Erkenntnis, dass keine therapeutische Relevanz für die frühere Knackdiagnostik vorliegt. Das Knacken oder Reiben eines Gelenks bedeutet stets, dass es einer erhöhten Belastung innerhalb der individuellen Belastbarkeit des Gelenks (insbesondere des lateralen Anteils) unterliegt oder unterlag. Kommen Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen dazu, wird deutlich, dass es sich um eine Überbelastung handelt. Therapeutisch ergibt



Abb. 1: Bewegungen werden passiv nur dann fortgeführt, wenn Einschränkungen bei den aktiven Tests vorliegen.



Abb. 2: Intraartikuläre Tests gibt es standardmäßig nur noch einmal je Seite.

sich daraus nur bei Vorliegen von Schmerzen oder Einschränkungen ein Handlungsbedarf in Richtung Entlastung des betroffenen Gelenks, unter bestimmten Umständen auch zu medikamentösen Therapie. Vollkommen uninteressant ist es für den Praktiker, ob es sich um eine partielle oder totale Verlagerung des Discus handelt und ob diese stabil oder instabil repositioniert, wie es in der früheren Diagnostik ad extenso vorgesehen war.

In der Diagnose wird nun richtigerweise auch von einer Kondylusdiagnose (zum Beispiel „retrale kondyläre Subluxation“) gesprochen, weil nicht die Position des Discus verantwortlich für das Knacken ist, sondern die Position des Kondylus. Die Discusposition wird mittlerweile rein reaktiv auf die veränderte kondyläre Beweglichkeit im Sinne der Hypermo-

bilität und die damit verbundene Kondylenposition verstanden.

Neu bei den periartikulären Tests ist, dass standardmäßig nur noch die Abscherung des Kondylus nach zentral und nach lateral getestet wird. Dazu kommt die Kaudaltraktion. Alle weiteren früheren Tests aus dieser Gruppe sind einzelnen Ausnahme- und Spezialfällen vorbehalten. Die Ventraltranslation wird automatisch über den passiven Bewegungstest nach anterior abgedeckt, wenn dieser aufgrund einer Protrusionseinschränkung notwendig sein sollte (siehe oben).

Neu bei den muskulären Tests ist, dass ausschließlich die aussagekräftigen und eindeutig palpierbaren Muskeln des CMS getestet werden. Das sind: M. masseter (prof. und sf.), M. temporalis, Zunge und Mundboden einschließlich Isometrietests beim Öffnen,



Abb. 3: Periartikuläre Tests standardmäßig sind deutlich eingeschränkt.



Abb. 4: Muskuläre Tests nur noch an eindeutig palpierbaren Muskeln einschließlich Isometrie.

Schließen und Seitwärtsbewegen des Unterkiefers. Das Testen weiterer Muskeln hat für den zahnärztlichen Praktiker keine Relevanz, weil sich aus den Ergebnissen keine geänderten therapeutischen Konsequenzen ergeben würden.

Folgt man der vorgeschlagenen Vorgehensweise in der Diagnostik, kann diese unter Umständen sogar noch weiter abgekürzt werden. Finden sich zum Beispiel in den aktiven Bewegungstests beim Öffnen und Schließen keine Einschränkungen oder Schmerzen, ist nicht davon auszugehen, dass ein therapiebedürftiger Schaden der Kiefergelenke vorliegt. Dazu gäbe es keinerlei Evidenz, folglich wäre die Weiterrestung der Rubriken „intraartikulär“ und „periartikulär“ in Hinsicht auf die Therapierelevanz vollkommen überflüssig. Es wird in diesem Fall sofort in der Rubrik „muskulär“ fortgefahren.

Ein dieser diagnostischen Klarheit und Einfachheit hinterlegter professioneller Algorithmus

errechnet in *CMD excellence* aus den Ergebnissen zuverlässig eine Diagnose, aus der ein ebenso klarer und strukturierter Therapieweg abgeleitet werden kann.

Umgeben wird die FSA des CMS in *CMD excellence* von Parafunktionstests und fachübergreifenden Tests, die bei Bedarf hinzugezogen werden können (siehe Folge 1 dieser Serie in der DZW 7/13, S. 11) und deren Ergebnisse ebenfalls Eingang in die automatisch erstellbare Diagnose finden.

Die FSA (Stand 2013) besticht durch Klarheit, Schnelligkeit und Zuverlässigkeit – das Ergebnis von drei Jahrzehnten intensiver Arbeit von Groot Landeweer. Wer sich davon inspirieren lassen möchte, kann das im März in Köln auf der IDS in Halle 11.2 auf Stand S 22 oder in den Kursen des 13. NordDeutschen CMD-Curriculums auf Sylt ab November 2013 (Referenten Groot Landeweer, Köneke) tun.

Dr. Christian Köneke, Bremen