

Vorwort

Medizin und Zahnmedizin haben sich nicht zuletzt unter dem wechselseitigen Einfluß neuer Methoden, Technologien und Materialien weiterentwickelt. Den damit gestiegenen Anforderungen an die patientenorientierte Ausbildung können unsere Studentinnen und Studenten strenggenommen allein schon aufgrund der unzeitgemäßen Approbationsordnung nicht mehr gerecht werden. Gerade die komplexen Zusammenhänge in der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik und -therapie können im Verlauf der zahnmedizinischen Ausbildung aufgrund des Zeitmangels und der ungünstigen Betreuungsrelation zwischen Lehrpersonal und Studierenden vielfach nur sporadisch erläutert und demonstriert werden. Die approbierte Zahnärztin und der approbierte Zahnarzt sind folglich aufgefordert, Wissensdefizite auf allen Teilgebieten der Zahnheilkunde durch gezielte und kontinuierliche Fortbildung zu kompensieren. So ist es die primäre Aufgabe des vorliegenden Atlas, dem geneigten Leser in Bildsequenzen und ergänzenden Textpassagen detaillierte Kenntnisse insbesondere auf dem Gebiet der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik zu vermitteln. Die therapeutischen Aspekte werden hier nur prinzipiell abgehandelt. Die diagnosebezogene Therapie wird Inhalt eines gesonderten Buches sein.

Die in diesem Atlas ausführlich beschriebene Methode der klinischen Funktionsanalyse beruht im wesentlichen auf orthopädischen Untersuchungstechniken, die bereits von Cyriax, Maitland, Mennell, Kalternborn, Wolff und Frisch beschrieben wurden. Hansson und Mitarbeiter propagierten diese Techniken Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre erstmals auch für das Kiefergelenk. In Zusammenarbeit mit dem Physiotherapeuten G. Groot Landeweer wurden diese Erkenntnisse Ende der 80er Jahre aufgegriffen und konsequent zu einem praxisgerechten Untersuchungskonzept weiterentwickelt. Da sich das klinische Vorgehen grundlegend von der klassischen Funktionsanalyse unterscheidet, wurde der Terminus „manuelle Funktionsanalyse“ eingeführt.

Ziel der manuellen Funktionsanalyse ist die Überprüfung des Adaptationsgrades von Gewebestrukturen und der Nachweis möglicher Belastungsvektoren. Dies ist allein durch instrumentelle Methoden nicht möglich. Die sog. in-

strumentelle Funktionsanalyse (z.B. Okklusionsanalyse an montierten Modellen, Axiographie) ist jedoch hilfreich, um unterschiedliche Einflüsse wie Malokklusion, Bruxismus und Dysfunktion aufzudecken. Somit lassen sich klinische und instrumentelle Teilbereiche der Funktionsdiagnostik zu einem sinnvollen Ganzen ergänzen.

Die gerade in den letzten Jahren hinsichtlich des Ätiologiemodells zunehmend kontrovers geführte Diskussion „Okklusion versus Psyche“ führte zu einer starken Polarisierung der Lehrmeinungen. Sie erscheint aber gerade aus der Sicht des Praktikers wenig sinnvoll, geht es doch im konkreten Patientenfall um eine individuelle Ursachenfahndung, in der natürlich auch okklusale und psychische Faktoren einbezogen sind.

Im Rahmen einer kausalen Funktionstherapie ist zu berücksichtigen, daß die Beseitigung okklusaler Störungen zwar eine Reduktion potentieller Einflüsse darstellen kann, aber nicht zwingend zur Beschwerdefreiheit führen muß, da weitere Kausalfaktoren außerhalb unseres Arbeitsbereiches liegen können.

Einige Leser mögen kritisch anmerken, das die Kapitel „Modellmontage und Okklusionsanalyse“ sowie „Instrumentelle Bewegungsanalyse“ nicht die Vielfalt der derzeit beworbenen Artikulator- und Registriersysteme widerspiegeln. Wir hielten es allerdings aus didaktischen Gründen für sinnvoll, die in diesen Kapiteln erläuterten Arbeitsschritte am Beispiel eines seit Jahren auf dem Markt etablierten Artikulator- und Registriersystems zu dokumentieren. Dies ist nicht als Wertung zu interpretieren. Prinzipiell eignen sich auch andere präzise verarbeitete Systeme zur Aufzeichnung und Simulation von Unterkieferbewegungen.

Auch wenn im Text des vorliegenden Bandes zumeist von *dem* „Behandler“, „dem Untersucher“ oder „dem Patienten“ die Rede ist, beziehen sich die Aussagen natürlich auch auf das weibliche Geschlecht. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde aber auf Wortkonstruktionen wie „der/die Behandler/Behandlerin“ oder „der/die Patient/Patientin“ verzichtet.

Boston,
im Juli 1999

Axel Bumann
Ulrich Lotzmann