



## Okklusionsschienen

Liebe Leserinnen und Leser,  
 die Basis und der Standard für die zahnärztliche Funktionsdiagnostik stellen zum einen die Anamneseerhebung und zum anderen die klinische Untersuchung des Patienten dar. Auf dieser Grundlage ergibt sich eine gute Beurteilung des Funktionszustands des Kausystems, das als besonderer Bereich des muskuloskelettalen Systems des Menschen anzusehen ist. Grundlegende Elemente der klinischen Untersuchung umfassen die Palpation der Kaumuskulatur sowie der Kiefergelenke, die Erfassung der Bewegungskapazität des Unterkiefers im Inzisalbereich sowie die Erhebung des Zahnstatus mit Berücksichtigung der okklusalen Situation in Statik und Dynamik; weitere einfache klinische Tests können als Ergänzung zur Anwendung gelangen. Eine Röntgenübersichtsaufnahme (Panoramaschichtaufnahme) wird in der Regel zur differenzialdiagnostischen Betrachtung hinzugezogen. Je nach Bedarf und Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung können sich – müssen aber nicht – weitere diagnostische Maßnahmen nach Erstellung einer Primärdiagnose anschließen, sofern erkennbar ist, dass diese zusätzlichen Maßnahmen Relevanz für die sich anschließende Therapie bzw. Prognose der Erkrankung haben.

Funktionstherapeutisch haben sich seit Jahrzehnten Okklusionsschienen bzw. Aufbissbehelfe als eine der tragenden Säulen zahnärztlicher Tätigkeit etabliert. Prof. Dr. Ulrich Lotzmann hat in seinem Buch „Okklusionsschienen und andere Aufbissbehelfe“<sup>1</sup> einen instruktiven Querschnitt über die Vielzahl der Erscheinungsformen gegeben. An der großen Zahl unterschiedlich gestalteter Schienen und Behelfe hat sich bis heute nichts geändert; viele neue Namen und Modifikationen sind hinzugekommen. Von außen betrachtet erscheint das Feld der Schientherapie somit als „Buch mit sieben Siegeln“; die Zahl der Beiträge von Autoren zur klinischen Wirkung ihrer spezifisch modifizierten Schienen – häufig mit speziellen Namen und Abkürzungssymbolen versehen – ist nicht zu überblicken. Es stellt sich gewissermaßen ganz natürlich die Frage, wann welche Schiene zu gebrauchen ist, oder anders, wann welcher Weg zu beschreiten ist.

Allgemein kann für die Heilkunde konstatiert werden, dass offenkundig in denjenigen Bereichen, die über eine Vielzahl von Therapieverfahren und -methoden verfügen, die mehr oder weniger erfolgreich zur Anwendung gelangen, kein dogmatisch festzulegender „Königsweg“ der Therapie existiert, sondern prinzipiell „viele Wege nach Rom führen“ – wobei sicher nicht invasiven Verfahren gegenüber invasiven Behandlungsmethoden der Vorzug gegeben werden sollte. Dieser Umstand sollte mit der Bemerkung verbunden werden, dass dadurch keine Therapiebeliebigkeit begründet wird, sondern sich für den Behandler der Anspruch ergibt, die auf den einzelnen Patienten ausgerichtete bestmögliche und effektivste Therapieform auszuwählen und anzuwenden. Auf die zahnärztliche Funktionstherapie übertragen bedeutet dies, dass die Funktionstherapie als rehabilitativer Behandlungsprozess im orofazialen Bereich keine „Kochbuch“-Medizin sein will und kann, auch wenn dies von Außenstehenden oder „Einsteigern“ aus Gründen der Übersichtlichkeit gerne gefordert wird. Vielmehr stellt sie par excellence ein Beispiel dafür dar, was heute schlagwortartig als „individualisierte Medizin“ benannt und verbreitet wird.



Würde man die Evidenzbasierte Medizin bewusst missverstehen wollen und allein auf den Aspekt der sogenannten externen Evidenz sinnentstellend verkürzen, könnte man auf den Gedanken kommen, das Thema „Schienentherapie“ (engl. splint therapy) durch eine kurze Literaturrecherche in der Datenbank PubMed abzuhandeln. So konnten beispielsweise am 11. Oktober 2013 unter spezieller Berücksichtigung randomisierter kontrollierter klinischer Studien auf diesem Gebiet insgesamt 489 „Treffer“ (d. h. publizierte Studien) ermittelt werden. Im Großen und Ganzen zeigen die Resultate der Studien, dass unterschiedliche Schientypen ähnlich gute klinische Ergebnisse liefern, dass aber auch andere noninvasive Therapieformen, wie Verhaltens- oder Physiotherapie, effektiv im Rahmen der Funktionstherapie eingesetzt werden können. Aus Letzterem abzuleiten, wir könnten uns ganz von der Schienentherapie verabschieden, würde nicht nur der einzelnen individuellen Problemsituation des Patienten nicht gerecht, sondern würde auch übersehen, dass andere alternative Behandlungsstrategien aus vielfachen Gründen oft nicht gleichermaßen für Patient und Behandler verfügbar sind. Aus der klinischen Erfahrung heraus – als weiteres Standbein der Evidenzbasierten Medizin – ergibt sich, dass zahnärztliche Funktionstherapie in weiten Teilen geprägt ist von der kombinierten Anwendung unterschiedlicher Therapieansätze, deren Wirksamkeit beim jeweiligen Patienten stets neu zu beurteilen ist und die gegebenenfalls einer auf das Individuum gerichteten „Nachjustierung“ bedürfen. Dabei müssen vielfach am einzelnen Patienten verschiedene Methoden erprobt und nach einer Beobachtungszeit modifiziert werden, um am Ende eine für Patient und Behandler funktionell zufriedenstellende und stabile Situation zu erreichen. Oft genug muss sich die zahnärztliche Funktionstherapie weniger auf eine kausale als vielmehr auf eine symptomatische Behandlung gründen, wobei es von Vorteil ist, möglichst viele Therapieansätze im „Köcher“ zu haben: zum Wohle des Patienten. Ein wichtiger Therapieansatz ist und bleibt dabei zweifelsohne die Schienentherapie für den Zahnarzt, an den sich nun einmal Patienten mit Beschwerden im Kausystem vordringlich wenden und um Rat und Hilfe nachsuchen. Neuere Erkenntnisse auf dem Gebiet der oralen Physiologie legen für die Schienentherapie deutlich spezifische neurobiologische und biomechanische Wirkungseffekte nahe (siehe den Beitrag von Schindler et al. auf den Seiten 1502 bis 1516 in diesem Themenheft). Vor diesem Hintergrund kann und sollte auf den Einsatz von Okklusionsschienen und Aufbissbehelfen als ein wichtiger (jedoch nicht ausschließlicher) Bestandteil der zahnärztlichen Funktionstherapie nicht verzichtet werden.

Ihr Alfons Hugger

A handwritten signature in blue ink that reads "A. Hugger".



Prof. Dr. Alfons Hugger  
QZ-Beirat

#### Literatur

1. Lotzmann U. Okklusionsschienen und andere Aufbissbehelfe. München: Neuer Merkur, 1983.