

# Klinische Funktionsanalyse

Jeder anderen  
Untersuchung  
vorzuschalten

In einer gemeinsamen Stellungnahme der DGZMK und der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) in der DGZMK zur Diagnostik funktioneller Störungen des kranio-mandibulären Systems mittels klinischer Maßnahmen wird die klinische Funktionsanalyse als wissenschaftlich anerkannte Methode hervorgehoben. Um den Funktionszustand des kranio-mandibulären Systems zu erfassen, ist die klinische FAL jeder anderen Untersuchung (instrumentelle, bildgebende Verfahren, konsiliarische Untersuchung) vorzuschalten.

## Indikationen für klinische FAL

Indikationen

- bei Schmerzen im Kiefer-/Kopf- und Gesichtsbereich
- bei Verdacht auf CMD (CMD-Screening positiv)
- zur Entscheidungsfindung, ob weitere Untersuchungen nötig sind
- vor restaurativen und rekonstruktiven Maßnahmen
- vor Kfo
- nach funktionstherapeutischen Leistungen
- zur Unterscheidung, ob CMD psychogen, orthopädisch oder okklusogen ist
- als konsiliarische Mituntersuchung

Es ist kein bestimmtes Formular vorgeschrieben!



*Cave:*

Therapie, z. B. Schienentherapie, ohne vorherige klinische Funktionsanalyse ist nicht lege artis.

Das von Dworkin und LeResche (1992) publizierte Diagnose- und Klassifikationsschema Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) ist ein standardisiertes international vergleichbares Instrument zur effektiven Diagnostik von CMD. Der Autor hat dieses Schema modifiziert, mit Untersuchungsmethoden nach Landweer/Bumann, Ahlers/Jakstat und Empfehlungen des Interdisziplinären Arbeitskreises für Mund- und Gesichtsschmerzen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) kombiniert und setzt es mit Erfolg seit mehreren Jahren ein. Der große Vorteil der RDC/TMD ist die Zweiachsigkeit.

RDC/TMD

Sowohl somatische (Achse I) als auch schmerzassoziierte psychosoziale Parameter (Achse II) werden erfasst (Türp et al. 2002). So können auch Patienten mit chronischen Schmerzen herausgefiltert werden, bei denen die psychosoziale Komponente überwiegt und die unbedingt anderen spezialisierten Therapeuten zugeführt werden müssen.

Somatische  
und psychosoziale  
Parameter

Ein weiterer Vorteil ist die Abstufung in:

- Mindestdiagnostik:
  - OPG
  - klinische FAL
  - GCPS/GCS (siehe S. 97 ff.)
  - Schmerzfragebogen (siehe S. 103 ff.)
- Standarddiagnostik:
  - Mindestdiagnostik plus
  - allgemeine Depressionsskala (ADS) und Beschwerdenliste (B-L) (siehe „Schmerzdiagnostik“ S. 101 ff.)
- erweiterte Diagnostik:
  - Standarddiagnostik plus gegebenenfalls
  - instrumentelle Funktionsanalyse (siehe S. 117 ff.) und/oder
  - bildgebende Verfahren (siehe S. 135 ff.) und
  - weitere Maßnahmen

Mindest-  
diagnostikStandard-  
diagnostikErweiterte  
Diagnostik

Nicht bei jedem Patienten ist es sinnvoll, die komplette Untersuchungskaskade durchzuführen. So kann Geld gespart werden und auch die zeitliche Belastung hält sich in Grenzen.

## Untersuchung

### Durchführung und Erklärung der klinischen FAL anhand der modifizierten RDC/TMD: Achse-1-Mindestdiagnostik

(siehe Formular „Klinische Funktionsanalyse“, Abb. 34, S. 93 f.)

#### Schrittweises Vorgehen

1. Eintragen von Patientennamen und Geburtsdatum
2. Eintragen Datum
3. Eintragen Erstuntersuchung, Folgeuntersuchung oder Abschlussuntersuchung (wichtig zur Verlaufsbeobachtung und Erfolgskontrolle)

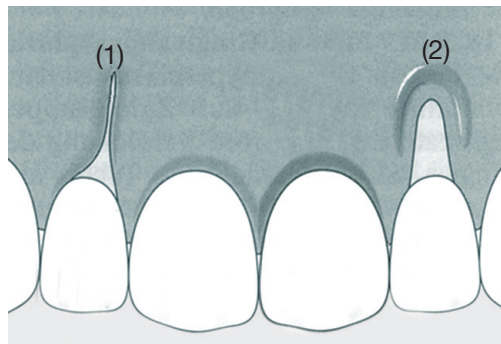
#### Hauptbeschwerden ankreuzen

4. Ankreuzen der Hauptbeschwerden
  - Schmerzen im Kopf oder Gesicht
  - Knacken oder Reiben der Kiefergelenke
  - Einschränkungen der Kieferöffnung
  - Haken (Patient hat das Gefühl, das Gelenk bleibt hängen.)
  - Blockieren (Gelenk blockiert tatsächlich.)
  - Okklusionsstörung (Patient hat das Gefühl, Zähne passen nicht aufeinander.)
  - vor ZE (klinische FAL vor prothetischen Maßnahmen)
  - Leerzeile (für oben nicht erfasste Fälle)

#### Intraorale Parafunktionen erfassen

5. Hyperaktivität → Erfassen der intraoralen Parafunktionen
  - Attrition Front (nicht altersentsprechende unphysiologische Schliffacetten der Zähne 13 bis 23 und 33 bis 43)
  - Attrition Seite (wie oben, nur Seitenzähne)
  - keilförmige Defekte
  - Rezessionen (Rückgang der Gingiva oder Fenestrationen)
  - Wangenbeißen (linienförmige erhabene Struktur in Höhe der Okklusionsebene)

- Lippenbeißen (Zahneindrücke an den Lippen)
- Zungenbeißen (Zahneindrücke am Zungenrand, siehe Abb. 17, S. 72)
- Stillman-Spalten (Abb. 18)
- McCall-Girlanden (Abb. 18)
- Zahnlockerungen (werden überprüft mit Fingerkuppe lingual und Griff einer Sonde vestibulär)



**Abb. 18**  
Stillman-Spalten (1) und  
McCall-Girlanden (2)

6. Myofasziale Schmerzen → Palpation der wichtigsten zugänglichen mit CMD assoziierten Muskeln

Zuerst muss allerdings die Schmerzempfindlichkeit des Patienten eingeschätzt werden! Dazu drückt der Behandler mit Daumen und Zeigefinger den Musculus adductor pollicis (für Akupunkteure: Region Di 4) des Patienten mit langsam zunehmender Kraft, bis der zu Untersuchende einen Schmerzreiz verspürt (Abb. 19).

Die mit CMD  
assoziierten  
Muskeln er-  
fassen



**Abb. 19**  
Schmerzreferenz (siehe  
Text)