

Interdisziplinäres

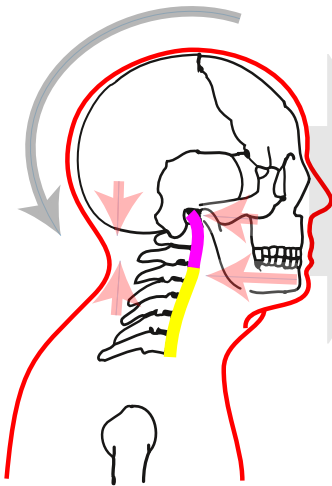
In der Medizin gibt es Spezialisierungen schon seit langem und Ärzte sind es gewohnt, mit anderen Ärzten und Heilberufen zusammenzuarbeiten. Der Zahnarzt ist hingegen eher ein Einzelgänger mit einem scharf abgegrenzten „Lizenzgebiet“. Als ich bei meinen Vorträgen in den 80er Jahren die Vorteile der Kooperation zwischen Manualtherapeut und Zahnarzt bei der Bisseinstellung beschreiben wollte, musste ich noch ziemlich vorsichtig sein, denn das klang für viele verdächtig nach Quacksalberei!

„Interdisziplinäre Kooperation“ ist heute ein schillernder Begriff, der Neues verspricht. Die Ausbildung des Zahnarztes ist sehr schmalspurig und viele Kollegen wünschen sich mehr Kontakt zu anderen Therapeuten – und sei es nur, weil sie sich mit CMD-Patienten alleingelassen fühlen. Dankbar nehmen sie die Hilfe von Osteopathen an, die manchmal allwissend scheinen und irgendwelche Magie vollbringen, die man zwar nicht versteht, aber gerne in Anspruch nimmt. In den Augen der Ko-Therapeuten hantieren Zahnärzte manchmal mit komplizierten Gerätschaften, die irgendwie hochmodern und wissenschaftlich scheinen und am Ende womöglich rätselhaft Kurven ausgeben, die nur der Zahnarzt zu entschlüsseln weiß. Wenn jetzt beide separat ihre geheimnisvollen Wunder wirken, so ist das keine Kooperation, es ist ein Nebeneinander, bei dem keiner dem anderen zuarbeitet!

Damit eine gegenseitige Zuarbeit überhaupt möglich wird, muss jeder auch etwas über das Fachgebiet des anderen lernen. Er muss wissen, wo der andere seine Grenzen hat und wie man von seiner Seite aus gezielt so arbeiten kann, dass die Arbeit des anderen nicht von jenseits seiner Grenzen aus gestört, sondern unterstützt wird.

In diesem Buch sind schon einige Wechselspiele zwischen Kopf- und Körperhaltung und dem Biss angesprochen worden. Unterstützen z. B. die posterioren Zähne den Biss nicht genügend, so kann sich eine Kompensation in der Kopfhaltung ausbilden und der Kopf wird mehr in den Nacken gelegt. Versuchen Sie es kurz: halten Sie einmal Ihren Kopf gerade und klappern ganz leicht mit den Zähnen.

Legen Sie dann den Kopf in den Nacken und klappern erneut. Höchstwahrscheinlich werden Sie bemerken, dass nun Zahnkontakte weiter posterior entstehen. Irgendwie sind sich die hinteren Zähne durch die Veränderung der Kopfhaltung näher gekommen! Mit dem Kopf im Nacken würden wir aber herumlaufen wie Hans Guck-in-die Luft. Wenn wir sehen wollen, wohin wir treten, brauchen wir eine zweite Kompensation. Unter Beibehaltung der Hyperlordose in der oberen HWS (die wir in unserem Beispiel brauchen, um auf die zu niedrigen posterioren Seitenzähne zu beißen) müssen wir den Kopf samt der oberen HWS nach vorne und unten bekommen, um die Erde vor unseren Füßen zu sehen. Wir schaffen dies mit einer kyphotischen Stellung der unteren HWS und es entsteht das Muster der Kopfvorhaltung.



Die Kopfvorhaltung setzt sich aus einer Extension in der oberen (lila) und Flexion in der unteren HWS (gelb) zusammen. Dabei kommt es zur Kompression im subokzipitalen Raum, sowie durch die Spannung der Hyoidmuskeln in den Kiefergelenken nach retral.

Solange diese Kopfhaltung gebraucht wird, um die hinteren Zähne in Kontakt zu setzen, kann ein Manualtherapeut sich an der HWS seines Patienten abarbeiten und anschließend fühlt sich dieser vielleicht auch erleichtert. Jedoch wird dieser Effekt schnell wieder verpufft sein. Eine tatsächliche Kooperation sähe nun so aus, dass der Zahnarzt die Veränderung, die sich durch die Manualtherapie und Aufrichtung der Kopfhaltung ergibt, aufnimmt und den Biss, z. B. mit einer Schiene, posterior so abstützt, dass der Kontakt dort auch bei aufrechter Kopfhaltung möglich ist. Nun kann sich der Manualtherapeut in seiner nächsten Sitzung vielleicht der Hyperlordose in der LWS widmen, die meist mit der in der HWS einhergeht, aber vielleicht in der vorherigen Sitzung nicht ganz korrigiert werden konnte. Hierfür muss er wahrscheinlich auch an der Beckenstellung arbeiten und wenn er damit fertig ist und der Patient sich aufrichtet, ist nun womöglich der Kontakt seiner posterioren Zähne auf der Schiene erneut verschwunden! Also muss der Zahnarzt diesen gezielt auf der Schiene wieder so herstellen, dass die Haltungskette stabil bleiben kann.