



VKZS Empfehlung L: Myoarthropathische Beschwerden

Status: Januar 2018.5

Grundsätzliches

Die weitaus häufigste Unterkieferposition ist die entspannte Ruhelage ohne Zahnkontakt. Normale Kondylenbewegungen bestehen aus koordinierten Roll- und Gleitkomponenten. Dabei gleitet der dem Kieferköpfchen aufliegende Diskus entlang der Eminentia articularis. Normwerte der Mund- bzw. Kieferöffnung variieren bereits bei Kindern stark. Klinisch relevant sind weniger einzelne Messwerte als eine beklagte Öffnungsverminderung im Zeitverlauf und/oder Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke oder Kaumuskeln.

Diagnostik

Das Besondere bei der Diagnostik myoarthropathischer Beschwerden ist, dass sie sich an einem biopsychosozialen Modell orientiert, welches neben körperlichen Symptomen auch psychosoziale Faktoren identifiziert (belastende Lebensumstände, wie Examina, Konflikte, Ängste, anhaltende Stressbelastung, Verlust des Arbeitsplatzes oder von Bezugspersonen). Letztere modulieren u. U. die Beschwerdemanifestationen mit Auswirkungen auf das Patientenmanagement.

Basisdiagnostik

- **Anamnese:** Sie erfasst (a) beklagte Symptome wie Schmerz bzw. Funktionseinschränkungen im Kopf-Gesichts-Bereich und übrigen Körper, (b) mögliche zeitliche Zusammenhänge der Erstsymptome mit psychosozialen Belastungen und (c) symptombedingte Beeinträchtigungen. Eine zielgerichtete Anamnese wird erleichtert, wenn der von der VKZS empfohlene elektronische Filterfragebogen¹ vor der Konsultation durch die Patienten ausgefüllt wird.
- **Klinische Untersuchung:** Sie dient zur strukturellen Zuordnung der beklagten Schmerzen bzw. Bewegungsstörung inkl. Prüfung der (a) Unterkieferbeweglichkeit (Kondylenbeweglichkeit, maximale Kieferöffnung, maximaler Vor- und Seitenschub) und (b) Palpationsdolenz der Kiefergelenke bzw. der zugänglichen Kaumuskeln (M. temporalis, M. masseter). (c) Ergänzend sind für Dokumentationszwecke allfällige Kiefergelenkgeräusche festzuhalten.

Bewertung der Basisdiagnostik

Somatische Störungen und Pathologien werden nach Lokalisation kategorisiert (Kiefergelenk, Kaumuskel, etc.). Wegen der grossen Streubreite von Normvariationen gilt es Krankheiten (mit Behandlungsbedarf) von Befunden mit guter Prognose im Spontanverlauf zu trennen. Beispielsweise wurden in der Vergangenheit schmerzfreie Knackgeräusche im Kiefergelenk als Störung bewertet, während sie heute als Normvariante beurteilt werden. Schmerzfreie Reibegeräusche im Kiefergelenk sind bei Betagten mit hoher Wahrscheinlichkeit auf altersbedingte, nicht behandlungsbedürftige Veränderungen zurückzuführen. Bei jüngeren Individuen hingegen besteht Abklärungsbedarf.

Psychische Faktoren betreffen Aspekte zur symptombedingten Beeinträchtigung, Stressbelastung, Symptomausbreitung, Angst/Ängstlichkeit, Depression und Schlaf. Werden auf dem elektronischen Filterfragebogen vorgegebene Schwellenwerte erreicht, ist zur definitiven Diagnosestellung eine qualifizierte Abklärung durch eine Fachperson indiziert (z.B. im Bereich klinische Psychologie oder Psychiatrie).

¹ Die elektronische Beschwerdeerfassung bietet ein strukturiertes, normatives Prüfraster, das für Behandelnde weder aufwendig noch schwierig ist, da die Ergebnisse automatisch analysiert werden und ein zusammenfassender Rapport bereitgestellt wird. Erfasst werden die subjektiv erlebte Erscheinungsform und der Grad der subjektiven Beeinträchtigung. Daraus ergibt sich, ob allenfalls eine fachfremde Betreuung indiziert ist (z. B. beschwerdebezogene Psychodiagnostik/-therapie). Die umfassende Abklärung ist für zahnmedizinisches Fachpersonal allenfalls (noch) ungewohnt und anspruchsvoll, ist aber letztlich Voraussetzung für eine optimale Therapie. Schulungen zur Interpretation des automatisch erstellten diagnostischen Rapports werden von der interdisziplinären Schmerzsprechstunde am Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich angeboten.

Erweiterte Diagnostik

Unter den diagnostischen Zusatzverfahren machen bildgebende Verfahren den grössten Anteil aus. Sie sind als Primärdiagnostik nur in begründeten Ausnahmefällen indiziert (z. B. präaurikuläre Schwellung), denn es gilt zu berücksichtigen, dass die meisten Kiefergelenkspathologien gutartig sind und zu Spontanremission tendieren, während umgekehrt Neoplasien selten vorkommen.

Therapie

Am Ausgangspunkt steht immer die Frage nach dem Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung. In der Regel ist bei klinisch gestellter Verdachtsdiagnose trotz gewisser Restunsicherheit eine Verlaufsbeobachtung gerechtfertigt.

Zahnärztliche Behandlungsmassnahmen

- **Information:** Betroffene bedürfen primär adäquater Information darüber, dass myoarthropathische Beschwerden meist aufgrund unbedenklicher Gewebeeränderungen auftreten. Langzeitstudien dokumentieren, dass mechanische Gelenkstörungen i.d.R. selbstlimitierend sind. Betroffene sind zu befähigen, die Beschwerden in möglichem Zusammenhang von Stressbelastungen mit resultierenden unbewussten Parafunktionen zu sehen und die Symptome so besser zu verstehen. Knack- und Reibegeräusche in den Kiefergelenken verunsichern Betroffene und bedürfen lediglich einer Aufklärung über deren Unbedenklichkeit.
- **Bewusstmachung unbewusster Anspannungen der Kaumuskulatur** kann durch Aufkleben von Farbpunkten in der Alltagsumgebung als Erinnerungssignal dienen (z. B. Uhr, Mobiltelefon, Arbeitsplatz). Es können auch kostengünstige okklusale Behelfe abgegeben werden (z.B. ein hydrostatischer Aufbissbehelf [Aqualizer®]).
- Bei **behandlungsbedürftigen Schmerzen** ist als entzündungs- und schmerzmodulierende Medikation die topische Applikation von entzündungshemmenden Pflastern (z. B. Flector® Tissuegel) über Nacht und/oder die kurzzeitige perorale Einnahme von Antiphlogistika/Antirheumatika empfehlenswert.
- Ein **behandlungsbedürftiger Zahnhartsubstanz-Verlust** besteht bei Attrition bzw. Abrasion im Frontzahnbereich, z. B. schwere Hackbiss- und Deckbissfälle mit deutlichen Schmelzabrissen oder wenn ein kariesfreier Frontzahn wegen Devitalität wurzelbehandelt werden muss.
- Für **komplexe Fälle** (gemäss Ergebnissen des elektronischen Fragebogens) empfiehlt sich die Fortführung der zahnärztlichen Betreuung im erweiterten Team unter Einbezug der Schmerzpsychologie bzw. Schmerzpsychotherapie.
- **Invasive Verfahren** sind nur in begründeten Ausnahmefällen indiziert. Die Begründungsanforderung dafür bedarf einer Darlegung der Persistenz der Einschränkungen sowie der Ausprägung des Leidensdrucks (trotz erfolgter interdisziplinärer Therapie).

Abrechnung

Gemäss Art. 3 des allgemeinen Teils des Sozialversicherungsgesetzes (ATSG) und diversen Bundesgerichtsentscheiden gehen die Kosten für Diagnostik und Therapie myoarthropathischer Beschwerden des Kausystems zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (zahnärztliche Massnahme mit ärztlicher Zielsetzung)².

Für folgende Leistungen können Ergänzungsleistungen (EL) bzw. Sozialhilfe (SH) beantragt werden:

- Temporäre Aufbissbehelfe (z.B. Aqualizer®)
- Michigan-Schiene³
- Die Begründungsanforderung bedarf einer Darlegung der Persistenz der myoarthropathischen Beschwerden länger als 4 Wochen sowie der Ausprägung des Leidensdrucks (Auswertung des Filterfragebogens, Kopie der KG-Einträge zur Dokumentation der Verlaufskontrolle)
- Folgende Positionen werden vergütet: 4.1770, 4.0750, 0012.1, 0032.1, 0091.1, 0097.1 plus Materialkosten und Mehrwertsteuer

² Details dazu sind im "Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem" (3. Auflage, 2008) der SSO im Abschnitt „Zahnärztliche Behandlungen als Pflichtleistungen – Rechtlicher Teil“ vermerkt (S. 10-12, 16, 17).

³ Die Michigan-Schiene ist wissenschaftlich am besten untersucht, weshalb die VKZS bei entsprechender Indikation diesen Schientyp empfiehlt. Hinweis: Bei jungen Menschen ist zu berücksichtigen, dass die Okklusion erst ab ca. dem 17. Lebensjahr feineingestellt ist. Daher sollte statt einer harten vorzugsweise eine weiche okklusale Schiene erwogen werden. Eine Michigan-Schiene zur Behandlung von schmerzlosen Kiefergelenkgeräuschen kann nicht über die SH oder EL abgerechnet werden.