

# Die zentrische Kondylenposition – Fiktion oder schon Realität?

Die zentrische Kondylenposition ist stabil, reproduzierbar und ändert sich nicht mehr. Das heißt, die Kondylenposition wird sich auch nach einseitigem Beschleifen der Seitenzähne und prothetischer Rekonstruktion nicht mehr ändern. Diesen Wunsch haben wir alle. Aber gibt es diese Position? Der Autor des nachfolgenden Beitrags ist der Überzeugung, dass Kollegen, die ganzheitlich arbeiten, die Suche nach der zentrischen Kondylenposition erfolgreich abschließen und dass das Erreichen dieser Kondylenposition bei Vorliegen einer CMD mit Beteiligung der Wirbelsäule unverzichtbar ist.



## Dr. Jürgen Dapprich

Studium in Frankfurt und Würzburg

1968 Examen, 1970 Promotion

Seit 1973 in eigener Praxis in Düsseldorf niedergelassen

Mehrere Veröffentlichungen über Funktionstherapie und Totalprothetik

Zahlreiche Vorträge/Kurse über Funktionstherapie und Totalprothetik im In- und Ausland

Autor der Bücher „Totalprothetik, Klinik und Technik der weiterentwickelten Lauritzen-Methode“ zusammen mit ZTM E.Oidtmann und „Funktionstherapie in der zahnärztlichen Praxis“, Quintessenz Verlag

Spezialist für Funktionsdiagnostik und Therapie (DGFD)

Seit 2006 im CMD-Centrum-Düsseldorf nur interdisziplinäre Behandlung von CMD-Patienten, überwiegend mit Kopf-, Nacken und Rückenschmerzen

Was ist evidenzbasiert? Die Fachgesellschaften der DGZMK geben wichtige Stellungnahmen für uns heraus. Die Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie (DGFD) hat die zentrische Kondylenposition als „kranio-ventrale, nicht seitenverschobene Position beider Kondylen bei physiologischer Kondylus-Diskus-Relation und physiologischer Belastung der beteiligten Gewebestrukturen“ definiert.

Wenn neue Methoden anerkannt sind, werden die Stellungnahmen angepasst – dies kann mitunter dauern. Meiner Meinung nach viel zu lange, insbesondere bei neuen Methoden, die aus der Praxis kommen und sich bewährt haben, wie dies z. B. bei der Funktionstherapie oder der Implantologie der Fall war und jetzt aktuell bei der ganzheitlichen Betrachtung der Kiefergelenkfunktionen ist.

Von diesen Stellungnahmen ist jedoch nur ein mehr oder weniger großer Anteil evidenzbasiert. In der Funktionsdiagnostik und -therapie sowie der Prothetik – um zwei Bereiche exemplarisch zu nennen – sind nur ca. 15 % evidenzbasiert, d. h. wir arbeiten überwiegend nicht evidenzbasiert. Deshalb sollte man Aussagen wie: „Wir arbeiten oder geben Kurse, die evidenzbasiert sind“, sehr kritisch betrachten.

## Zentrische Kondylenposition mit Schiene ist Ausgangspunkt der Bemühungen

Die oben genannte Stellungnahme der zentrischen Kondylenposition berücksichtigt nur lokal die Kiefergelenke. Da aber die Kiefer-

gelenke als oberste „Kopfgelenke“ funktionieren und über das Gehirn mit einer absteigenden kinematischen Kette die Wirbelsäule beeinflussen, muss man die Kiefergelenke ganzheitlich betrachten und interdisziplinär behandeln. Erst dann kann man auf Dauer eine stabile neuromuskuläre zentrische Kondylenposition erhalten. Für die Therapie ist es egal, ob die Störung primär in den Kiefergelenken lag oder in der Okklusion, denn wir können nur über eine Okklusionsschiene die Kiefergelenke und die Okklusion beeinflussen. Deshalb ist die Okklusion so wichtig; eine Infraokklusion von 40 µ auf einer Seite kann schon über die Kiefergelenke einen Beckenschiefstand von 10 mm auslösen. Erst wenn die zentrische Kondylenposition mit der Schiene erreicht ist, können wir die Zähne einschleifen und bei einer Infraokklusion aufbauen oder kieferorthopädisch einstellen.

## Zentrische Kondylenposition ist reproduzierbar

Seit über 35 Jahren haben einzelne Zahnärzte, wie J. Schmitter, ihre Patienten ganzheitlich und interdisziplinär behandelt. Dabei zeigte sich, dass sich bei diesen Patienten die Kondylenposition und damit die Okklusion nicht mehr veränderten, wenn die Kiefergelenke und die Wirbelsäule mit dem Bewegungsapparat eine funktionelle und störungsfreie Einheit bildete.

Seit Ende der 90er Jahre habe ich meine Patienten ganzheitlich behandelt und bei allen Patienten die Kondylenposition überprüft. Dabei stellte

sich heraus, dass trotz Vorbehandlung mit Schiene und selektivem Einschleifen der Zähne bei über 60 % meiner Patienten (von ca. 5.000 in 40 Jahren) die Kondylenposition und damit die Okklusion sich ständig änderten. Alle diese Patienten hatten einen Beckenschiefstand, eine S-förmig gekrümmte Wirbelsäule und fast alle Rückenschmerzen oder andere Störungen des Bewegungsapparats (Abb. 1).

Nach der ganzheitlichen und interdisziplinären Vorbehandlung dieser Patienten und anschließendem Einschleifen der Zähne änderte sich die Kondylenposition und damit die Okklusion nicht mehr und die Rückenschmerzen waren bei 90 % dieser Patienten verschwunden (Abb. 2).

Das genaue Vorgehen hatte ich erstmals in dem Artikel „Die zentrische Kondylenposition“ (ZMK 3/2008, S. 106-113, veröffentlicht und ist auf [www.zmk-aktuell.de/daprich](http://www.zmk-aktuell.de/daprich) oder auf [www.cmd-centrum-duesseldorf.de](http://www.cmd-centrum-duesseldorf.de) zusammen mit weiteren Beiträgen) einzusehen. Hierin ist beschrieben, dass es eine zentrische Kondylenposition gibt, die reproduzierbar ist und sich nicht mehr ändert. Die

Suche danach ist damit für die Kolleginnen und Kollegen, die ganzheitlich tätig sind, beendet; die Diskussion sicher noch nicht. Uns Zahnärzte in der Praxis interessiert, wann wir in die zentrische Kondylenposition mit ganzheitlicher Vorbehandlung gehen müssen bzw. wann wir in der habituellen Kondylenposition bleiben können.

**Zentrische Kondylenposition in bestimmten Situationen unverzichtbar** | In die zentrische Kondylenposition müssen wir gehen ...

1. ... bei einer CMD und
2. ... bei Erkrankungen, die vom Kiefergelenk ausgehen. Das sind:
  - a. Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen, die über das Gehirn durch eine Störung der Kiefergelenke und/oder durch Okklusionsstörungen hervorgerufen werden (80 % aller Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen). Dies kann schnell festgestellt werden, indem wir den Beckenstand prüfen. Wir legen unsere Daumen unter die Fußknöchel des Patienten und schauen, ob eine funktionelle Beinlängendifferenz vorliegt und kontrollieren dies mit

dem Meerssemann-Test. Dabei sind echte Beinlängendifferenzen sehr selten; das ändert sich im Alter aber mit Ersatz von Hüft- und Kniegelenken, besonders bei Vorliegen einer funktionellen Beinlängendifferenz.

b. arthrogene Kiefergelenkerkrankungen wie Diskusverlagerungen oder Kompressionen des Gelenkraumes.

Warum ist die zentrische Kondylenposition, die sich nicht mehr ändert, so wichtig für uns? Weil wir nur so erfolgreich diese Erkrankungen therapieren können und weil Zahnverlust aufgrund CMD und/oder Okklusionsstörungen an 3. Stelle hinter Karies und Parodontitis steht.

**Ohne CMD individuelle Kondylenposition** | Wann können wir in der individuellen habituellen Kondylenposition des Patienten bleiben? Die Antwort ist einfach: Wenn keine der oben genannten Erkrankungen vorliegen. Es wird nur schwierig, wenn wir die habituelle Kondylenposition verändern, z. B. bei einer endständigen Brücke. Nach einer Präparation in dieser Situation ist die habituelle Kondylenposition unwiederbringlich verloren und nach dem Einsetzen der Brücke fangen häufig die Probleme an. Dagegen gibt es ein geniales Konzept, das G. Christiansen mit seiner Memobite-Platte entwickelt hat. Damit wird die habituelle Kondylenposition exakt auf Shimstockfolienstärke (8  $\mu$ ) übertragen und ein nachträgliches Einschleifen oder die Neuankündigung wegen einer Infraokklusion entfällt.

Dieses Konzept habe ich im Jahr 2004 in meinem Buch über Funktionstherapie (Quintessenz-Verlag) vorgestellt und Gerd Christiansen hat seine Methode ausführlich in seinem 2010 erschienen Buch „Nie wieder verlorener Biss“ (Eigenverlag Ingolstadt) beschrieben.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Jürgen Daprich  
Graf-Adolf-Straße 25  
40212 Düsseldorf  
[www.cmd-centrum-duesseldorf.de](http://www.cmd-centrum-duesseldorf.de)



Abb. 1: Die Wirbelsäule der Patientin mit Rückenschmerzen vor der Behandlung.



Abb. 2: Die Wirbelsäule 9 Monate genauso wie 2 Jahre später nach ganzheitlicher Behandlung, Patientin ohne Rückenschmerzen und mit stabiler zentrischer Kondylenposition.