

*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular  
Disorders – German Version (RDC/TMD-G)*

**Edited by:**

Mike T. John, University of Leipzig, Germany  
Christian Hirsch, Martin Luther University Halle-Wittenberg, Germany

**Collaborators:**

Thomas Reiber, University of Leipzig, Germany  
Samuel F. Dworkin, University of Washington, U.S.A.

**Version accepted:**

*(see Language Translation at website: [RDC-TMDinternational.org](http://RDC-TMDinternational.org))*

**Contents of this document:**

1. Patient History Questionnaire	✓
2. RDC-TMD Clinical Examination Form	✓
3. Clinical Examination Specifications	✓
4. Verbal Instructions for Examiner	
5. Axis I Diagnostic Criteria	
6. Axis II: Disability & Psychological Status	
-Scoring Graded Chronic Pain	✓
-Scoring the Distress Scale Items	✓
-Addendum: Age-Sex Adjusted Norms for Distress Scale Items	
7. Summary of Patient Results	✓

ANGABEN ZUM PATIENTEN

F 23

Wann wurden Sie geboren:    --    --    --  
                                  Tag    Monat Jahr

F 24

Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich .....1  
Weiblich .....2

F 27

Welchen Schulabschluss haben Sie?

*Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie bitte nur den höchsten!*

Volks-, Hauptschulabschluss (8. Klasse), ohne abgeschlossene Lehre.....1  
Volks-, Hauptschule (8. Klasse), mit abgeschlossener Lehre.....2  
weiterbildende Schule ohne Abitur/10. Klasse polytechnische Oberschule.....3  
Abitur, Hochschulreife, Fachhochschulreife .....4  
Abgeschlossenes Studium (Universität, Akademie, Fachhochschule, Technikum).....5  
anderen Schulabschluss.....6  
nichts davon, habe keinen Schulabschluss.....7

F 28a

Hatten Sie während der vergangenen 2 Wochen Arbeit (unbezahlte Tätigkeiten im Haushalt oder in Familienbetrieben hier nicht mitrechnen)?

Nein.....0  
Ja.....1

[Wenn ja, dann weiter zu Frage 29.]

F 28b

Auch wenn Sie während der vergangenen 2 Wochen keine Arbeit hatten, haben Sie einen Beruf oder ein Geschäft?

Nein.....0  
Ja.....1

[Wenn „ja“, dann weiter zu Frage 29.]

F 28 c

Sind Sie während der vergangenen 2 Wochen auf Arbeitssuche gewesen oder entlassen worden?

Ja, auf Arbeitssuche.....1  
Ja, entlassen worden.....2  
Beides, entlassen worden und auf Arbeitssuche.....3  
Nein.....4

F 29

Welchen Familienstand haben Sie?

Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend .....	1
Verheiratet, getrennt lebend.....	2
Verwitwet.....	3
Geschieden.....	4
Unverheiratet.....	5

F 30

Wie hoch etwa ist das monatliche Haushaltseinkommen, d.h. das Netto-Einkommen, das Sie (alle zusammen im Haushalt) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben?

Unter 500 Euro .....	1
500 bis 1000 Euro .....	2
1000 bis 1500 Euro.....	3
1500 bis 2000 Euro .....	4
2000 bis 2500 Euro .....	5
2500 bis 3000 Euro .....	6
3000 bis 4000 Euro .....	7
4000 bis 5000 Euro .....	8
5000 Euro und mehr .....	9

F 31

Bitte tragen Sie hier die Postleitzahl Ihres Wohnortes ein (5-stellig).

-----

## ANAMNESTISCHE ANGABEN DES PATIENTEN

F 1

Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand einschätzen?

ausgezeichnet .....	1
sehr gut.....	2
gut.....	3
mäßig.....	4
schlecht.....	5

F 2

Wie würden Sie Ihren Mundgesundheitszustand einschätzen?

ausgezeichnet .....	1
sehr gut.....	2
gut.....	3
mäßig.....	4
schlecht.....	5

F3

Hatten Sie Schmerzen im Gesicht, dem Kiefer, den Schläfen, vor dem oder im Ohr im vergangenen Monat?

Nein.....	0
Ja.....	1

Wenn ja:

F 4a

Vor wie vielen Jahren begannen Ihre Gesichtsschmerzen zum ersten Mal?     \_\_ \_\_ Jahre

*[Wenn es ein Jahr oder länger her ist, dann weiter zu Frage 5.]*

*[Wenn es weniger als ein Jahr her ist, dann 00 eintragen.]*

F 4b

Vor wie vielen Monaten begannen Ihre Gesichtsschmerzen zum ersten Mal?     \_\_ \_\_ Monate

F 5

Ist Ihr Gesichtsschmerz dauernd, wiederkehrend oder trat er nur einmalig auf?

Dauernd.....	1
Wiederkehrend.....	2
Nur einmalig.....	3

F 6

Sind Sie aufgrund der Gesichtsschmerzen zu einem Arzt, Zahnarzt oder zu Angehörigen anderer Heilberufe gegangen?

Nein.....	1
Ja, innerhalb der letzten 6 Monate.....	2
Ja, vor mehr als 6 Monaten.....	3

F 14a  
War Ihr Unterkiefer jemals blockiert oder hatten Sie Schwierigkeiten, den Mund vollständig zu öffnen?  
Nein.....0  
Ja.....1

*[Wenn "Nein" bitte weiter mit Frage 15]*

F 14b  
War diese Mundöffnungsbehinderung so stark, dass dabei Ihre Fähigkeit zu essen beeinflusst war?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 15a  
Knackt es in Ihrem Kiefergelenk, wenn Sie den Mund öffnen oder schließen oder wenn Sie kauen?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 15b  
Nehmen Sie in Ihrem Kiefergelenk ein reibendes Geräusch wahr, wenn Sie den Mund öffnen oder schließen oder wenn Sie kauen?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 15c  
Wurde Ihnen gesagt oder haben Sie selbst bemerkt, dass Sie im Schlaf mit den Zähnen pressen oder knirschen?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 15d  
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen am Tage?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 15e  
Haben Sie Schmerzen oder ein Gefühl der Steifheit im Kieferbereich beim morgendlichen Erwachen?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 15f  
Haben Sie Ohrgeräusche oder Ohrklingen?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 15g  
Fühlt sich der Zusammenbiss Ihrer Zähne ungewöhnlich oder unbequem an?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 16a  
Haben Sie rheumatoide Arthritis, Lupus erythematodes oder eine andere allgemeine Gelenkerkrankungen des Körpers?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 16b  
Hat jemand in Ihrer Familie eine dieser Erkrankungen?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 16c  
Hatten oder haben Sie geschwollene oder schmerzhafte Gelenke (das Kiefergelenk ausgenommen)?  
Nein.....0  
Ja.....1

*[Wenn "Nein" bitte weiter mit Frage 17a]*

F 16d  
Wenn ja, ist das ein anhaltender Schmerz, den Sie schon länger als ein Jahr haben?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 17a  
Haben Sie in der letzten Zeit eine Verletzung/Unfall im Bereich des Kiefers oder des Gesichtes erlitten?  
Nein.....0  
Ja.....1

*[Wenn "Nein" bitte weiter mit Frage 18]*

F17b  
Wenn ja, hatten Sie Ihren Gesichtsschmerz schon vor diesem Ereignis?  
Nein.....0  
Ja.....1

F 18  
Hatten Sie während der vergangenen 6 Monate Probleme mit Kopfschmerzen oder Migräne?  
Nein.....0  
Ja.....1

## Achse II Befunde

### JAW DISABILITY LIST

Welche der folgenden Aktivitäten werden durch Ihr gegenwärtiges Problem mit dem Kiefergelenk bzw. der Kaumuskulatur eingeschränkt oder sogar verhindert?  
(auch Mehrfachnennungen möglich)

	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>
<b>a</b> Kauen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>b</b> Trinken	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>c</b> allgemeine Körperbewegungen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>d</b> Essen von harten Speisen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>e</b> Essen von weichen Speisen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>f</b> Lächeln/ Lachen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>g</b> sexuelle Aktivitäten	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>h</b> Reinigung der Zähne oder des Gesichtes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>i</b> Gähnen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>j</b> Schlucken	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>k</b> Sprechen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>l</b> Beibehaltung eines normalen Aussehens (im Gesicht)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Aufbauend auf den Empfehlungen der Arbeitskreises „Psychologische Schmerztherapie“ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes werden depressive Verstimmung anhand der Allgemeinen Depressionskala (Hautzinger, M., Bailer, M.: Allgemeine Depressionsskala. Beltz, Weinheim 1993) und unspezifische somatische Symptome mittels der Beschwerdenliste (v. Zerssen, D.: Die Beschwerden-Liste. Beltz, Weinheim 1976) erfasst (betrifft die Fragen 20a-ff der RDC/TMD History Questionnaire).

GRADED CHRONIC PAIN SCALE

1. Wie würden Sie Ihren Gesichtsschmerz zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf einer Skala von 0 "kein Schmerz" bis 10 "stärkster vorstellbarer Schmerz" einschätzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kein stärkster  
Schmerz vorstellbarer  
Schmerz

2. Wie intensiv war Ihr stärkster Schmerz in den vergangenen 6 Monaten auf einer Skala von 0 "kein Schmerz" bis 10 "stärkster vorstellbarer Schmerz" ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kein stärkster  
Schmerz vorstellbarer  
Schmerz

3. Wie intensiv war der durchschnittliche Schmerz in den vergangenen 6 Monaten auf einer Skala von 0 "kein Schmerz" bis 10 "stärkster vorstellbarer Schmerz", gemeint sind Schmerzen die Sie gewöhnlich, d.h., oft empfunden haben?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kein stärkster  
Schmerz vorstellbarer  
Schmerz

4. Wie viele Tage sind Sie in den vergangenen 6 Monaten aufgrund Ihres Gesichtsschmerzes von der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten (Arbeit, Schule, Haushalt) abgehalten worden?

..... Tage

5. Wie stark hat Ihr Gesichtsschmerz Sie in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten in den vergangenen 6 Monaten auf einer Skala von 0 "keine Beeinflussung" bis 10 "unmöglich, Aktivitäten auszuüben" beeinflusst?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
keine unmöglich  
Beeinflussung Aktivitäten  
auszuüben

6. Wie stark haben sich Ihr Familienleben, Ihre sozialen Kontakte zu anderen Menschen und Ihre Fähigkeit sich zu erholen durch Ihren Gesichtsschmerz in den letzten 6 Monaten verändert?

Bitte auf einer Skala von 0 "keine Veränderung" bis 10 "extreme Veränderung" angeben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
keine extreme  
Veränderung Veränderung

7. Wie stark hat Ihr Gesichtsschmerz in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit zu arbeiten verändert (einschließlich Hausarbeit)?

Bitte auf einer Skala von 0 "keine Veränderung" bis 10 "extreme Veränderung" angeben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
keine extreme  
Veränderung Veränderung

## Untersuchungsblatt (Achse I Befunde)

Alter: .....

Geschlecht:

männlich 0   
weiblich 1

1. Haben Sie Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, in der linken oder in beiden?
- |        |  |                            |
|--------|--|----------------------------|
| keine  |  | 0 <input type="checkbox"/> |
| rechts |  | 1 <input type="checkbox"/> |
| links  |  | 2 <input type="checkbox"/> |
| beide  |  | 3 <input type="checkbox"/> |

2. Können Sie auf die schmerzende Stelle zeigen?  
(Der Untersucher tastet die gezeigte Stelle ab, wenn unklar ist, ob es Muskel- oder Gelenkschmerzen sind)
- |                         |  |                            |
|-------------------------|--|----------------------------|
| <b><u>rechts</u></b>    |  |                            |
| keine                   |  | 0 <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenk            |  | 1 <input type="checkbox"/> |
| Muskel                  |  | 2 <input type="checkbox"/> |
| beides                  |  | 3 <input type="checkbox"/> |
| <br><b><u>links</u></b> |  |                            |
| keine                   |  | 0 <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenk            |  | 1 <input type="checkbox"/> |
| Muskel                  |  | 2 <input type="checkbox"/> |
| beides                  |  | 3 <input type="checkbox"/> |

3. Mundöffnungsbewegung
- |  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
|  | gerade   | 0 <input type="checkbox"/> |
|  | seitliche Abweichung (Deflexion) nach rechts   | 1 <input type="checkbox"/> |
|  | „s“-förmige Abweichung (Deviation) nach rechts | 2 <input type="checkbox"/> |
|  | seitliche Abweichung (Deflexion) nach links    | 3 <input type="checkbox"/> |
|  | „s“-förmige Abweichung (Deviation) nach links  | 4 <input type="checkbox"/> |
|  | anderes Muster                                 | 5 <input type="checkbox"/> |

Typ \_\_\_\_\_

4. Vertikaler Bewegungsumfang
- |  |                                     |         |
|--|-------------------------------------|---------|
|  | a) akt. max. Öffnung ohne Schmerzen | .....mm |
|  | b) akt. max. Öffnung                | .....mm |
|  | c) passive max. Öffnung             | .....mm |
|  | d) Overbite                         | .....mm |
|  | e) Overjet                          | .....mm |

Muskelschmerzen

	<b>b)</b>	<b>c)</b>
keine	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
rechts	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
links	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
beide	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Gelenkschmerzen

	<b>b)</b>	<b>c)</b>
keine	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
rechts	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
links	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
beide	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

5. Gelenkgeräusche (Palpation)

<u>a) Öffnung</u>		<b><u>rechts</u></b>	<b><u>links</u></b>
keine		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Knacken		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
starkes Reiben		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
feines Reiben		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Öffnungsknacken bei	.....mm	.....mm	.....mm
<u>b) Schließen</u>			
keine		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Knacken		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
starkes Reiben		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
feines Reiben		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Schließungsknacken bei	.....mm	.....mm	.....mm
<u>c) reziprokes Knacken</u>		<b><u>rechts</u></b>	<b><u>links</u></b>
verhindert bei	nein	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
protrusiver Öffnung	ja	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	NZ	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

6. Bewegungen

Bewegung	Bewegung in mm	Muskelschmerzen				Gelenkschmerzen			
		keine 0	rechts 1	links 2	beide 3	keine 0	rechts 1	links 2	beide 3
Laterotr.rechts									
Laterotr.links									
Protrusion									

Mittellinienabweichung .....mm      rechts   
links

7. Gelenkgeräusche bei Bewegung      Geräusche rechts      Geräusche links

<b>Bewegung nach rechts</b>	keine	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	Knacken	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	starkes Reiben	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	feines Reiben	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<hr/>			
<b>Bewegung nach links</b>	keine	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	Knacken	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	starkes Reiben	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	feines Reiben	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<hr/>			
<b>Protrusion</b>	keine	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	Knacken	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	starkes Reiben	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	feines Reiben	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

<b>8. Extraorale Muskelpalpation</b>		<b>rechts</b>	<b>links</b>
kein Schmerz/nur Druck =0	a) Temporalis	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
leichter Schmerz =1	posteriorer Teil	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
mäßiger Schmerz =2		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
heftiger Schmerz =3		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	b) Temporalis	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	medialer Teil	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	c) Temporalis	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	anteriorer Teil	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	d) Masseterursprung	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	e) Masseterkörper	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	f) Masseteransatz	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	g) Regio retromandibularis	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	h) Regio submandibularis	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>9. Palpation des Gelenkes</b>	a) lateraler Kondylenpol	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	b) posteriorer Kondylenpol	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>10. intraorale Palpation</b>	a) Pterygoideus lateralis	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	b) Temporalissehne	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Datum:

Untersucher:

## Definition der Untersuchungsvariablen und Ausführung der Untersuchung

### A. ALLGEMEINE HINWEISE

- 1) Alle Fragebögen und die Untersuchungsbogen müssen vollständig beantwortet werden. Wenn der Proband dies verweigert oder nicht in der Lage dazu ist, dann auf den Bögen "SR" (*subject refuse*) und den Grund für die Verweigerung vermerken.
- 2) Bei allen Messungen muss die Kaumuskulatur entspannt sein, wenn die Untersuchung dies nicht anderweitig vorsieht. Es sollte kein zusätzlicher Druck oder Schub auf Gelenke und Muskulatur ausgeübt werden.
- 3) Alle Millimeterangaben erfolgen ein- oder zweistellig. Wenn für eine zweistellige Angabe nur ein einstelliger Wert vorliegt, dann eine "0" davor setzen. Liegt eine Messung zwischen zwei Millimeterangaben, wird abgerundet.
- 4) Der Patient sitzt aufrecht im Stuhl.
- 5) Die Untersucher tragen Handschuhe.
- 6) Abnehmbare Prothesen werden im Mund des Patienten belassen. Aufbissbehelfe und kieferorthopädische Geräte werden herausgenommen.
- 7) Hat ein Patient einen Bart, eine Nackenstütze oder ein ähnliches Hindernis, das bei Palpation von Kaumuskulatur und Gelenken stören könnte, soll dies vermerkt werden.
- 8) Die Reihenfolge der Untersuchungen sollte genau nach dem Untersuchungsbogen erfolgen.
- 9) Die Fragen 4.d (vertikaler Überbiss) sowie 6.d (Mittellinienverschiebung) werden zur Bestimmung der tatsächlichen Bewegungsumfänge des Unterkiefers verwendet. In den Fragen 4.a-c wird zu den gemessenen Werten der Überbiss hinzugerechnet, bei den Fragen 6 a und b der Wert für die Mittellinienverschiebung jeweils abgezogen (bei gleichgerichteter Verschiebung) oder hinzugerechnet.

*Bitte Beachten:* Die RDC erfordern Angaben zur Schmerzlokalisierung durch den Probanden. Um Art und Lokalisation der Beschwerden für den Untersucher nachvollziehbar zu machen, sind die Fragen 1 und 2 nicht im Fragebogen (für den Probanden), sondern im Untersuchungsbogen aufgeführt.

### B. UNTERSUCHUNG

1. Die jeweilige Antwort wird im Untersuchungsbogen unmittelbar vermerkt. Kann der Proband sich zwischen zwei Angaben nicht entscheiden, dann beide Werte ankreuzen.
2. Wenn unklar ist, ob Schmerzen im Gelenk oder der Kaumuskulatur auftreten, den Probanden die betroffenen Areale zeigen lassen, angekreuzt wird immer die Einschätzung des Untersuchers.

### 3. Öffnungsmuster

*Allgemeine Hinweise:* Bitten Sie die untersuchte Person, den Kiefer in eine komfortable Position zu bringen (*„Bitte schließen sie den Mund in einer entspannten Position, so dass sich die Zähne leicht berühren“*). Anschließend wird mit dem Daumen die Unterlippe der untersuchten Person abgehalten um die Abweichungen bei den Bewegungen sichtbar zu machen. Bitten Sie die untersuchte Person den Mund zu öffnen (*„Bitte öffnen Sie den Mund soweit wie möglich, auch wenn es etwas unangenehm ist oder schmerzt!“*). Wenn das Ausmaß der Seitabweichung schlecht zu beurteilen ist, dann ein Lineal zu Hilfe nehmen, das senkrecht an die Schneidezähne gehalten wird. Die untersuchte Person soll dreimal nacheinander den Mund öffnen, wenn dabei unterschiedliche Öffnungsmuster beobachtet werden, soll die untersuchte Person die 3 Öffnungsbewegungen wiederholen. Unterschieden werden folgende Bewegungsmuster:

*Gerade:* keine wahrnehmbare Abweichung während der Mundöffnung

*Deviation (ohne Rückkehr zur Medianebene = Deflektion):* Die Abweichung des Inzisalpunktes während der Öffnungsbewegung des Unterkiefers ohne Rückkehr zur Medianebene, wenn sie größer bzw. gleich 2mm ist (im Gegensatz zur Deviation mit Rückkehr zur Medianebene, wo der Inzisalpunkt sich nach der Abweichung zur Mitte zurück bewegt).

*Deviation (mit Rückkehr zur Medianebene):* Der Inzisalpunkt weicht während der Öffnungsbewegung  $\geq 2\text{mm}$  von der Medianebene nach der Seite ab, kehrt aber zur Ebene am Ende der Bewegung zurück.

*Andere:* der Patient vollführt ruckartige Öffnungsbewegungen oder solche, die oben nicht aufgeführt sind (Art der Bewegung vermerken).

### 4. Vertikaler Bewegungsumfang des Unterkiefers

Wenn die untersuchte Person eine partielle oder totale Prothese trägt, die sich lockert, muss diese zuvor vom Untersucher in die richtige Position im Mund gebracht werden.

#### a) Maximale aktive Mundöffnung ohne Schmerzen

Bitten Sie die untersuchte Person, den Kiefer in eine komfortable Position zu bringen (*„Bitte schließen sie den Mund in einer entspannten Position, so dass sich die Zähne leicht berühren“*). Bitten Sie die untersuchte Person den Mund so weit wie möglich zu öffnen, ohne dass es schmerzt (*„Bitte öffnen Sie den Mund soweit wie möglich, ohne dass es schmerzt!“*). Das Lineal liegt dabei an der Inzisalkante des oberen mittleren Schneidezahnes, der am meisten nach vertikal orientiert ist. Gemessen wird vertikal an der Schneidekante des unteren Antagonisten (vermerken, welcher Schneidezahn ausgewählt wurde). Liegt die Mundöffnung unter 30 mm, dann die Messung wiederholen und den zweiten Wert eintragen.

#### b) Maximale aktive Mundöffnung (auch mit Schmerzen)

Bitten Sie die untersuchte Person, den Kiefer in eine komfortable Position zu bringen (*„Bitte schließen sie den Mund in einer entspannten Position“*). Bitten Sie die untersuchte Person den Mund so weit wie möglich zu öffnen, auch wenn es schmerzt (*„Bitte öffnen Sie den Mund soweit wie möglich, auch wenn es unangenehm ist oder schmerzt!“*). Das Lineal liegt dabei an der Inzisalkante des oberen mittleren Schneidezahnes, der am meisten nach vertikal orientiert ist. Gemessen wird vertikal an der Schneidekante des unteren Antagonisten.

Fragen Sie die untersuchte Person, nach Schmerzen bei der Mundöffnung. Diese können rechts, links oder beidseitig, in den bzw. nicht in den Gelenken auftreten. Bei den Fragen 4b und c werden jeweils folgende Befunde registriert:

Schmerzlokalisierung: kein	(0)	Schmerz im Gelenk: Ja	(1)
Rechts	(1)	nein	(0)
Links	(2)	NZ	(9)
Beide	(3)		

Kreuzen Sie „NA“ an, wenn die Person keine Schmerzen hat. Notieren Sie „none“, wenn die untersuchte Person Druck oder Spannungsgefühle angibt.

#### c) Maximale passive (unterstützte) Mundöffnung

Bitten Sie die untersuchte Person, den Kiefer in eine komfortablen Position zu bringen (*„Bitte schließen sie den Mund in einer entspannten Position“*). Bitten Sie die untersuchte Person den Mund so weit wie möglich zu öffnen, auch wenn es schmerzt (*„Bitte öffnen Sie den Mund soweit wie möglich, auch wenn es unangenehm ist oder schmerzt!“*). Die untersuchte Person öffnet den Mund so weit wie möglich und der Untersucher plaziert den Daumen auf den oberen mittleren Inzisivi und Zeige- und Mittelfinger überkreuz auf den unteren. In dieser Position wird ein mäßiger Druck angewendet, um den Unterkiefer weiter bis zur Grenzposition zu bewegen. (*„Ich werde Ihren Mund jetzt noch etwas weiter öffnen, bis Sie die Hand heben.“*). Die Messung erfolgt senkrecht, das Lineal liegt an der Inzisalkante des oberen mittleren Schneidezahnes, der am meisten nach vertikal orientiert ist.

Fragen Sie die untersuchte Person, nach Schmerzen bei der passiven Mundöffnung (*„Tut es weh, wenn ich versuche, Ihren Mund mit meinen Fingern weiter zu öffnen?“*). Die Schmerzlokalisierung wird wie unter 4b festgehalten.

#### d) Vertikaler Überbiss (overbite)

Bitten Sie die untersuchte Person, die Zähne fest zusammenzubeißen. Mit einem Stift oder dem Fingernagel wird die Stelle markiert, wo die Inzisalkanten der mittleren oberen Inzisivi die unteren Schneidezähne am weitesten überlappen. Nach Öffnung der Zähne wird dieser Wert gemessen und in das Untersuchungsbogen eingetragen.

### 5. Kiefergelenkgeräusche bei vertikalen Kieferbewegungen

*Allgemeine Hinweise:* Die untersuchte Person gibt an, ob Kiefergelenkgeräusche auftreten. Der Untersucher schätzt die Art der Geräusche ein. Der linke Zeigefinger liegt dabei auf dem rechten Kiefergelenk der untersuchten Person, die andere Hand stützt den Kopf ab. Der Proband wird aufgefordert, den Mund langsam zu öffnen und zu schließen, auch wenn es schmerzt. Bei jeder Schließungsbewegung sollen die Zähne zusammengebissen werden: (*„Bitte öffnen Sie langsam den Mund soweit wie möglich, dann schließen Sie den Mund wieder, bis die Zähne vollständig zusammenbeißen!“*). Die Bewegung soll dreimal wiederholt werden. Kiefergelenkknacken und –reiben werden für Mundöffnung und –schließung beurteilt:

#### a) Definition der Geräusche

0 = kein Geräusch

1 = *Kiefergelenkknacken:* Ein klares Geräusch von kurzer, begrenzter Länge mit deutlichem Anfang und Ende. Ein positiver Vermerk im Untersuchungsbogen erfolgt, wenn das Kiefergelenkknacken bei 2 von 3 Unterkieferbewegungen auftritt.

2= *Grobes Kiefergelenkreiben*: Ein kontinuierliches Geräusch im Kiefergelenk über eine längere Periode der Kieferbewegung. Es ist nicht kurz wie ein Knacken. Das Geräusch kann aus ineinander übergehenden Einzelgeräuschen bestehen. Es ist ungedämpft, wie wenn Knochen auf Knochen oder Stein auf Stein reiben.

3 = *Feines Kiefergelenkreiben*: Ein feines kratzendes Geräusch über eine längere Periode der Kieferbewegung. Es ist nicht kurz wie ein Knacken. Das Geräusch kann aus ineinander übergehenden Einzelgeräuschen bestehen, als wenn man auf einer rauen Oberfläche entlangschabt.

#### b) Einteilung der Knackgeräusche

Viele der im folgenden aufgeführten Geräusche sind für eine spezifische Diagnose als Kriterium wenig sachdienlich, die Aufstellung dient im wesentlichen dafür, um besser darzustellen, wie die für die RDC-Diagnosen erforderlichen Geräuscharten sich von anderen unterscheiden.

*Reproduzierbares Öffnungsknacken*: Kiefergelenkknacken während des Öffnens des Mundes aus der maximalen Interkuspidation bei wenigstens zwei von drei Bewegungsabläufen.

*Reproduzierbares Schließungsknacken*: Kiefergelenkknacken während des Schließens des Mundes (aus der maximalen Mundöffnung) bei wenigstens zwei von drei Bewegungsabläufen.

*Reproduzierbares reziprokes Knacken*: Dieses Geräusch wird bestimmt anhand von Millimetermessungen des Kiefergelenkknackens während des Öffnens und Schließens des Mundes und einer Eliminierung des Geräusches bei Mundöffnung bzw. Mundschluss aus maximaler protrudierter Unterkieferstellung. Zunächst wird mit dem Lineal die Interinzisaldistanz beim Auftreten der Knackgeräusche bestimmt. Wenn das Geräusch verschwindet, erfolgt kein Eintrag im Untersuchungsbogen (das Geräusch wird dann als nicht-reziprokes Knacken gewertet). Anschließend öffnet und schließt die untersuchte Person aus protrudierter Kieferposition, normalerweise verschwindet das Geräusch dann. In diesen Fällen wird ja (1) angekreuzt. Verschwindet das Geräusch nicht, dann nein (0) ankreuzen. Wenn weder ein Öffnungs- noch ein Schließungsknacken auftritt, dann „NA“ ankreuzen.

*Nicht-reproduzierbares Knacken*: Wenn das Geräusch nur gelegentlich, d.h. nicht wenigstens bei zwei von drei Bewegungsabläufen auftritt (wird nicht erfasst).

### 6. Unterkiefer-Bewegungen

#### a) Laterotrusionsbewegung rechts:

*Messung*: Bitten Sie die Person, den Mund leicht zu öffnen und den Unterkiefer so weit wie möglich nach rechts zu bewegen, auch wenn dies unangenehm ist. Wenn notwendig, wiederholen Sie diese Bewegung („Bewegen Sie Ihren Unterkiefer so weit wie möglich nach rechts, auch wenn das unangenehm ist, und bewegen Sie den Kiefer zurück in die normale Position. Bewegen Sie den Unterkiefer nochmals nach rechts.“). Bei leicht geöffneten Zahnreihen messen Sie mit Hilfe eines Millimeterlineals den Abstand zwischen Inzispunkten der Oberkiefer- bzw. Unterkieferschneidezähne von vestibulär. Notieren Sie das Ergebnis.

*Schmerz:* Fragen Sie die Person, ob sie Schmerzen hat. Vermerken Sie, ob und in welcher Region die Schmerzen auftreten. Wichtig ist, ob die Schmerzen rechts o. links und besonders, ob sie im oder nicht im Gelenk gefühlt werden. Um den Schmerz zu beschreiben, verwenden Sie folgende Skalierung:

Schmerzlokalisierung: kein	(0)	Schmerz im Gelenk: Ja	(1)
Rechts	(1)	nein	(0)
Links	(2)	NZ	(9)
Beide	(3)		

Kreuzen Sie „NZ“ an, wenn die Person keine Schmerzen hat. Notieren Sie, wenn die untersuchte Person Druck- oder Spannungsgefühle angibt.

#### b) Laterotrusionsbewegung links:

*Messung:* Bitten Sie die Person, den Mund leicht zu öffnen und den Unterkiefer so weit wie möglich nach links zu bewegen, auch wenn dies unangenehm ist. Wenn notwendig, wiederholen Sie diese Bewegung („*Bewegen Sie Ihren Unterkiefer so weit wie möglich nach links, auch wenn das unangenehm ist, und bewegen Sie den Kiefer zurück in die normale Position. Bewegen Sie den Unterkiefer nochmals nach links.*“). Die Messung erfolgt wie unter 6a) beschrieben.

*Schmerz:* Fragen Sie die Person, ob sie Schmerzen hat. Vermerken Sie, ob und in welcher Region die Schmerzen auftreten. Wichtig ist, ob die Schmerzen rechts o. links und besonders, ob sie im oder nicht im Gelenk gefühlt werden. Um den Schmerz zu beschreiben, verwenden Sie die Skalierung wie bei 6a).

#### c) Protrusionsbewegung:

*Messung:* Bitten Sie die Person, den Mund leicht zu öffnen und den Unterkiefer vorzuschieben („*Schieben Sie Ihren Unterkiefer so weit wie Sie können gerade nach vorn, auch wenn es unangenehm ist.*“). Sollte die Person einen Tiefbiss haben, bitten Sie sie, den Mund weiter zu öffnen, bis sie den Unterkiefer ohne Schneidezahnkontakt nach vorn schieben kann.

*Schmerz:* Fragen Sie die Person, ob sie Schmerzen hat. Notieren Sie, ob und wo die Schmerzen auftreten. (z.B. „*Fühlten Sie irgend einen Schmerz, als Sie den Kiefer nach vorn bewegten?*“). Vermerken Sie die Schmerzlokalisierung wie unter 6a) vorgegeben und notieren Sie ein „none“ wenn die Person Druckgefühle oder Spannungen angibt.

#### d) Seitenabweichungen (Deviation)

Wenn die Mittellinien von Ober- und Unterkiefer nicht auf einer Vertikalen liegen, messen Sie den horizontalen Abstand der Linien während die Person zusammenbeißt. Geben Sie den Abstand in Millimetern und die Seite der Person an, auf welcher die UK-Mittellinie lokalisiert ist. Vermerken Sie „00“, wenn keine Abweichung besteht oder diese kleiner als 1 mm ist.

## 7. Palpation von Gelenkgeräuschen während Latero- und Protrusionsbewegungen

Bitte Sie die Person den Unterkiefer, wie unter 6. beschrieben, nach rechts, links und nach vorn zu bewegen.

a) Definition von Geräuschen: (siehe 5.)

b) Vermerken von Gelenkknacken:

*Reproduzierbares Knacken* ist, wenn das Knacken bei zwei von drei Laterotrusions- oder Protrusionsbewegungen auftritt.

*Nicht-reproduzierbares Knacken* ist, wenn das Knacken während der Bewegungen zwar wiederkehrt, aber nicht mindestens zweimal bei drei Latero- oder Protrusionsbewegungen auftritt. Wird nicht notiert.

## **C. ALLGEMEINE ANWEISUNGEN FÜR DIE MUSKEL- UND GELENKPALPATION**

### 1. Palpation der Kaumusculatur und Kiefergelenke

Die Palpation erfolgt entweder mit den Fingerspitzen des Zeige- und Mittelfingers oder mit der distalen Phalanx des Zeigefingers. Der Palpationsdruck sollte für extraorale Muskeln 2 lbs (= 900 g) und für intraorale Muskeln bzw. die Kiefergelenke 1 lbs (= 450 g) betragen. Die Palpation erfolgt für jede Seite einzeln, wobei die Gegenseite des Kopfes mit der Hand gestützt wird. Der Unterkiefer befindet sich in Ruheschwebe. Bei Bedarf soll die untersuchte Person die Zähne kurz zusammenbeißen und anschließend wieder lockern, um die korrekte Palpationsstelle aufzufinden („Bitte beißen Sie die Zähne leicht zusammen, dann lockern Sie den Zusammenbiss und halten die Zähne leicht auseinander“). Suchen Sie zuerst die Palpationsstellen in den umschriebenen Grenzen. Weil die Schmerzpunkte variieren können, muss jeweils der gesamte Bereich palpiert werden. Vor der eigentlichen Palpation wird die untersuchte Person darauf hingewiesen, dass jetzt festgestellt wird, wo an Gesicht und Kopf Palpationsschmerzen auftreten. Fragen Sie, ob ein Druck oder Schmerz gefühlt wird. Bei Schmerzen fragen Sie, ob diese leicht, mäßig oder stark sind. Missempfindungen wie Druck- und/oder Spannungsgefühle werden nicht gewertet

### 2. Beschreibung der Lokalisation der extraoralen Muskelpalpationsstellen (900 g Fingerdruck)

a) *M. temporalis – hinterer Teil*

Hinter und über dem Ohr.

b) *M. temporalis - mittlerer Teil*

In der Vertiefung 4-5 cm lateral des seitlichen Randes der Augenbrauen.

c) *M. temporalis – vorderer Teil*

Über der Fossa infratemporalis, oberhalb des Proc. zygomaticus.

d) *M. masseter – Ursprung*

Beginnend ca. 1 cm anterior des Kiefergelenks entlang des unteren Randes des Jochbogens bis zum vorderen Rand des Muskels.

e) *M. masseter – Muskelbauch*

Beginnend unterhalb des Jochbogens am vorderen Rand des Muskels rückwärts zum Kieferwinkel auf einer 2 Finger breiten Spur.

f) *M. masseter – Ansatz*

Ca. 1 cm oberhalb und vor dem Kieferwinkel.

g) *Regio retromandibularis (M. stylohyoideus, M. digastricus venter posterior)*

Region zwischen dem Ansatz des *M. sternocleidomastoideus* und dem Hinterrand des Unterkiefers, wobei die zu untersuchende Person den Kopf etwas nach hinten streckt. Der palpierende Finger bewegt sich medial- und aufwärts (nicht in Richtung Unterkiefer).

h) *Regio submandibularis (M. pterygoideus medialis, M. digastricus venter anterior)*

Palpiert wird der 2 cm vor dem Kieferwinkel (unten) liegende Bereich. Der palpierende Finger bewegt sich aufwärts (Richtung Unterkiefer). Schmerzen sollen zwischen muskulärem und nodulärem Ursprung differenziert werden. Bei nodulärem Ursprung erfolgt ein Vermerk im Untersuchungsbogen.

### 3. Beschreibung der Palpation der Gelenkregion (450 g Fingerdruck)

a) *lateralen Kondylenpol*

Legen sie den Untersuchungsfinger vor den Tragus des Ohres und auf das Kiefergelenk des Patienten. Bitten Sie den Patienten den Mund geringfügig zu öffnen, bis Sie spüren, dass sich der Kondylus nach vorn bewegt. Üben Sie nun einen Druck von 450 g auf die zu palpierende Seite aus. Benutzen Sie die andere Hand zur Unterstützung des Kopfes.

b) *posteriorer Kondylenpol*

Dieser Bereich kann im *Meatus acusticus externus* palpiert werden. Legen Sie die Fingerspitze des rechten kleinen Fingers in den linken äußeren Gehörgang und die linke Fingerspitze in den rechten äußeren Gehörgang des Patienten. Bewegen Sie die Fingerspitzen in Ihre Richtung und fordern Sie den Patienten auf, den Mund leicht (oder weit, wenn es notwendig ist) zu öffnen, und überzeugen Sie sich dabei, dass Sie die Gelenkbewegung mit den Fingerspitzen dabei spüren. Üben Sie einen definierten Druck auf die rechte und anschließend auf die linke Seite aus. Dabei soll der Patient zusammenbeißen/ die Schlussbisslage einnehmen. (Wechseln Sie Untersuchungshandschuhe!)

### 4. Beschreibung der spezifischen intraoralen Palpation (450 g Fingerdruck)

Weisen Sie die untersuchte Person darauf hin, dass Sie jetzt im Mund untersuchen wollen („Ich werde jetzt in Ihrem Mund einige Stellen abtasten. Während ich das tue, halten Sie den Kiefer bitte in einer entspannten Lage“).

a) *M. pterygoideus lateralis*

Bevor Sie mit der Palpation beginnen, überzeugen Sie sich, dass der Fingernagel Ihres Untersuchungsfingers kurz ist, um falsch positive Befunde auszuschließen. Fordern Sie den Patienten auf, den Mund zu öffnen und den Unterkiefer auf die zu untersuchende Seite zu schieben. („Bitte schieben Sie den Unterkiefer zu dieser Hand“). Legen sie den Untersuchungsfinger seitlich des Oberkieferalveolarfortsatzes und oberhalb der Oberkiefermolaren auf. Bewegen Sie den Finger distocranial und medial um zu palpieren. Sollte Ihr Untersuchungsfinger zu groß sein, benutzen Sie den kleinen Finger.

b) *Temporalissehne*

Nach der Palpation des *M. pterygoideus lateralis* drehen Sie Ihren Finger seitlich in Richtung auf den Gelenkfortsatz, fordern dabei den Patienten auf, den Mund leicht zu öffnen, und bewegen dabei Ihren Finger aufwärts zum vorderen Anteil des Gelenkfortsatzes. Palpieren Sie den höchsten Punkt des Proccesus.

*Anmerkung:* Wenn es Schwierigkeiten bereitet, die palpierter Region eindeutig zu bestimmen, weil der Patient in der Region des *M. pterygoideus lateralis* oder in der Region der Temporalissehne Schmerzen empfindet, drehen Sie Untersuchungsfinger und palpieren sie zuerst medial und dann lateral. Sollte es dabei noch Schwierigkeiten geben, ist der *M. pterygoideus lateralis* gewöhnlich der angespanntere der beiden Muskeln.

**Zusammenfassung der Patientenbefunde**  
**(Subject patient summary of findings)**

ID-Nummer (Name)

**DEMOGRAFIE**

Alter

Geschlecht

Bildungsgrad

Monatliches Haushaltseinkommen

**PATIENTENCHARAKTERISTIK (ANAMNESTISCH)**

Kiefergelenkknacken	(ja/nein)
Knirschen	(ja/nein)
Nächtliches Knirschen/Pressen	(ja/nein)
Knirschen/Pressen am Tage	(ja/nein)
Unbequemer/ungewöhnlicher Zusammenbiss	(ja/nein)
Morgendliche Steifheit	(ja/nein)
Ohrgeräusche	(ja/nein)

**ACHSE I DIAGNOSEN**

*Gruppe I. Myogene Dysfunktionen (nur eine Diagnose in Gruppe I möglich)*

- A) myofaszialer Schmerz (I.a)
- B) myofaszialer Schmerz mit begrenzter Mundöffnung (I.b)
- C) keine Gruppe I Diagnose

*Gruppe II. Diskusverlagerungen (nur eine Diagnose für jedes Gelenk möglich)*

<u>Rechtes Kiefergelenk</u>	<u>Linkes Kiefergelenk</u>
A) Diskusverlagerung mit Reposition	A) Diskusverlagerung mit Reposition
B) Diskusverlagerung ohne Reposition mit begrenzter Mundöffnung	B) Diskusverlagerung ohne Reposition mit begrenzter Mundöffnung
C) Diskusverlagerung ohne Reposition ohne begrenzte Mundöffnung	C) Diskusverlagerung ohne Reposition ohne begrenzte Mundöffnung
D) Keine Gruppe II Diagnose	D) Keine Gruppe II Diagnose

*Gruppe III. Andere Gelenkerkrankungen*

<u>Rechtes Kiefergelenk</u>	<u>Linkes Kiefergelenk</u>
A) Athralgie (III.a)	A) Athralgie (III.a)
B) Osteoarthritis des Kiefergelenks (III.b)	B) Osteoarthritis des Kiefergelenks (III.b)
C) Osteoarthrose des Kiefergelenks (III.c)	C) Osteoarthrose des Kiefergelenks (III.c)
D) Keine Gruppe III Diagnose	D) Keine Gruppe III Diagnose

## ACHSE II PROFIL

Graded Chronic Pain Status (0-4): \_\_

Depressive Verstimmung:                      Normal                      Erhöht                      Hoch

Unspezifische körperliche Symptome:      Normal                      Erhöht                      Hoch

Limitationen der Unterkieferfunktionen - Jaw disability list (Anzahl der positiven Fragen):\_\_