

© SciePro – stock.adobe.com

Ein ausführlicher Kommentar von Dr. Diether Reusch (Westerburger Kontakte)

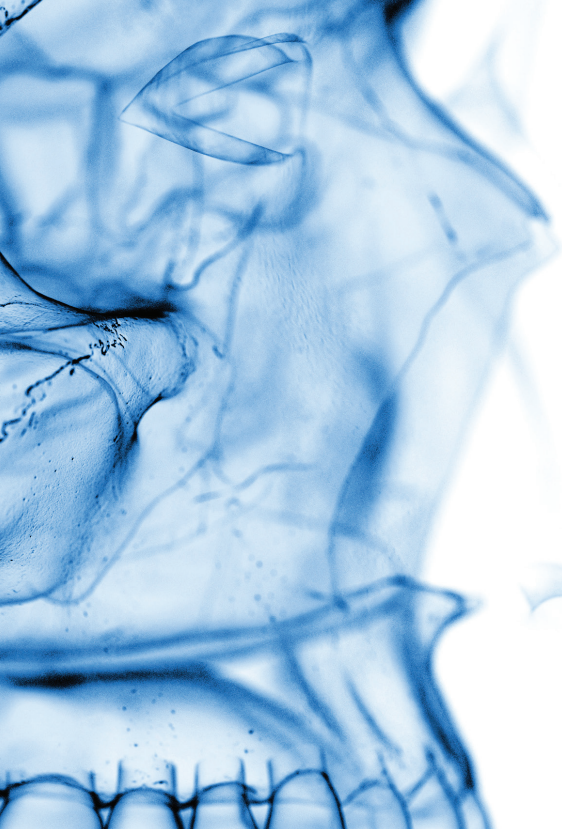
Zur Bedeutung der Okklusion bei Patienten mit CMD

Zurzeit schlägt eine wissenschaftliche Debatte hohe Wellen, die sich an einem Artikel in der *Zeitschrift für Kraniomandibuläre Funktion* 2023; 15 (2): 119–127 von Türp, J.C., Greene, C.S. über die sogenannte Phase-1/Phase-2-Strategie zur Behandlung von Patienten mit craniomandibulären Dysfunktionen entzündet hat. Prof. Türp wirft allen Kolleginnen und Kollegen, die auf dem Gebiet der Okklusion und/oder CMD tätig sind, vor, basierend auf einer von ihm durchgeführten Websiteanalyse, nach einer sogenannten Phase-1/Phase-2-Strategie zu behandeln.

Hinter dieser Strategie verbirgt sich ein zweiphasiges Konzept für die Behandlung von Patienten mit (in der Regel schmerzhaften) CMD-Symptomen. Nach „Relaxation“ oder „Deprogrammierung“ der Unterkiefermuskulatur komme es als Folge zu einer dauerhaften Veränderung der Unterkieferlage relativ zum Oberkiefer und damit zu einer „therapeutisch“ herbeigeführten Malokklusion. Um in dieser Unterkieferposition eine neue maximale Interkuspiration herzustellen, folge die Phase-2, welche okklusales Einschleifen, restaurative/prothetische Maßnahmen und/oder orthodontische/kieferchirurgische Maßnahmen zur Folge habe.

Zitat Türp:

„Die Abneigung gegen eine Aufgabe der Phase-1/Phase-2-Strategie kann auf den nach wie vor starken Glauben an die Gültigkeit dieses widerlegten Therapieansatzes zurückzuführen sein, oder sie ist finanziell motiviert. Für die betroffenen Patienten sind mit diesem therapeutischen Vorgehen jedenfalls viele zahnärztliche Termine, unnötige und bisweilen schädliche Interventionen sowie hohe Kosten verbunden. Gleichzeitig sind zahnärztlichen Berufsorganisationen die Hände gebunden, wenn einige Zahnärzte die Therapiefreiheit und das Fehlen einer regulatorischen Leitlinie weiterhin zu ihren Gunsten ausnutzen. Dieses Phänomen betrifft nicht nur die Zahnmedizin in Deutschland, sondern es wird weltweit angetroffen.“



Kurz zusammengefasst:

Wir Zahnärztinnen und -ärzte glauben weiterhin an einen „widerlegten Therapieansatz“ oder wir verursachen aus finanziellen Gründen für unsere Patienten viele unnötige Termine, d. h.:

- wir rauben unseren Patienten Zeit,
- wir fügen unseren Patienten mit unseren Interventionen Schaden zu,
- wir lassen unsere Patienten viel Geld zahlen für eine Fehlbehandlung, für die keine Notwendigkeit besteht, d. h. im Klartext, „wir betrügen unsere Patienten“
- all dies ist nur möglich, weil eine regulatorische Leitlinie fehlt!

Soweit die komprimierte Wiedergabe der Aussagen des Autors.

Bei regulatorischen Vorgaben handelt es sich um Gesetze und Vorschriften, die ein/e Unternehmen/Praxis einhalten muss. Ist dies Sinn einer Leitlinie? Da mir persönlich eine Phase-1/Phase-2-Strategie nur aus dem Bereich der Kieferorthopädie bekannt war, haben wir im Internet mithilfe von Google und ChatGPT recherchiert. Bis auf den Artikel von Türp blieb die Recherche ohne Ergebnis.

Phase-1/Phase-2-Strategie ist nicht bekannt. Eine Umfrage bei zahlreichen mir

bekanntem Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zeigte das gleiche Ergebnis: nicht bekannt. Ein Kollege aus der Wissenschaft, Leiter einer prothetischen Abteilung, antwortete: „Lieber Herr Reusch, ja, das ist ein sehr ungewöhnlicher und merkwürdiger Artikel. Ich selbst kann mich nicht erinnern, irgendwann etwas Vergleichbares in einem zahnärztlichen Journal gelesen zu haben.“ Diese 2-Phasen-Therapie war mir in der geschilderten Weise bislang gänzlich unbekannt. Stattdessen ist ein mehrphasiges Vorgehen doch immer dann unerlässlich, wenn eine komplexe restaurativ-prothetische Versorgung bei einem Patienten aus ganz anderen Gründen ansteht, der Patient aber auch unter einer CMD leidet oder eine CMD-Anamnese hat. In diesen Fällen sollte die prothetische Versorgung einem Gesamtkonzept mit dem Ziel einer biomechanischen Optimierung folgen, einschließlich der funktionellen Vorbehandlung und Testung des voraussichtlichen Ergebnisses mittels Schienen, Wax-up, Mock-up etc. Da macht das mehrphasige Vorgehen Sinn.

Irgendwie wurde ich den Eindruck nicht los, als hätten die Autoren die ausgewählten Internetseiten überinterpretiert. Solche Homepages sind doch immer an den prinzipiellen Möglichkeiten der Praxis ausgerichtet und geben nie Auskunft über Evidenzbasierung des therapeutischen Vorgehens im Einzelfall. Wenn man herausfinden möchte, ob jemand evidenzbasiert behandeln kann, müsste man die betreffenden Zahnärzte schon befragen oder ihnen Fallvignetten vorlegen, um am Einzelfall etwas über die Behandlungsplanung zu erfahren. So wie im Artikel vorgegangen wurde, erscheint es mir nicht valide.

Der nächste Schritt war, dass ich im Namen der DGÄZ bei einer Agentur eine absolut neutrale Analyse von 50 zahnärztlichen Websites zum Thema „CMD – craniomandibuläre Dysfunktion“ in Google in Auftrag gegeben habe. Hier wurde

keinerlei Einfluss auf die damit betrauten Personen genommen. Dies kann eidesstattlich untermauert werden.

1. Ein sogenanntes Phase-1/Phase-2-Konzept wurde auf keiner Website erwähnt.
2. Auf neun Websites wurde erwähnt, dass es zu Korrekturen an vorhandenem Zahnersatz kommen kann. Dem stimme ich ausdrücklich zu. ~20 %
3. Auf zwei Websites wurde aufgeführt, dass es zu temporären bisskorrigierten Maßnahmen kommen kann. ~1 %
4. Auf sieben Websites wurde erläutert, dass möglicherweise prothetische Maßnahmen in Betracht zu ziehen sind. ~14 %
5. Einen Kieferorthopäden zurate zu ziehen, wurde auf vier Websites erwähnt. Diese Auswertung beinhaltet, dass die Grundlagen der Analyse von Prof. Türp, die er auch in der *DZZ* veröffentlicht hat, anzuzweifeln sind. Bei Türp sieht die Analyse von 30 „zufällig“ ausgesuchten Websites ganz anders aus:

- Bei 50 % wurden als Folgebehandlung einer Schienentherapie prothetische Maßnahmen genannt.
- Auf einem Drittel wurde im Anschluss an die erste Therapiephase mit oralen Schienen orthodontische Behandlung erwähnt und oftmals in Verbindung mit prothetischen Rekonstruktionen als therapeutisch sinnvoll beschrieben. Also insgesamt 80 % prothetische Folgemaßnahmen.

Auf dieser Grundlage fußt also die unglaubliche Verdächtigung seiner Kollegen, dass diese Behandlungsmethoden anwenden, die ihre Patienten schädigen, um sich selbst zu bereichern! Was ist der Auslöser dieses Artikels? So wie er schreibt, wurde Türp auf einer Gutachtertagung darauf aufmerksam gemacht, zu der oben genannten Strategie Stellung zu nehmen, welche Problematik mit dieser Therapie verbunden sei.

Zitat Türp:

„Ziel des vorliegenden Beitrags ist es daher, diese Lücke zu füllen. Dabei werden – was in Artikeln sonst eher unüblich ist – bewusst viele Textausschnitte aus Originalarbeiten wörtlich wiedergegeben, denn solche Zitate helfen insbesondere Gutachtern oftmals mehr als paraphrasierte Beschreibungen. Dies beinhaltet: Auf Basis dieser Falschaussagen kann es zu Gutachten kommen mit nachfolgenden Gerichtsprozessen, die je nach Ausgang Patienten notwendige Behandlungen verwehren und damit Patienten in ihrer Gesundheit schädigen!“

Im Heft des *JCMF 4/2023* ist ein Leserbrief von Prof. Ralf J. Radlanski veröffentlicht, der unbedingt gelesen werden sollte, da er hier sowohl aus dem Blickwinkel des behandelnden Arztes als auch des Wissenschaftlers Stellung nimmt. Die im gleichen Heft veröffentlichte Antwort der Herren Türp und Greene gibt einen tiefen Einblick in die Denkweise der beiden Herren. Jens C. Türps, Charles S. Greenes Antwort auf den Leserbrief von Professor Ralf Radlanski, *JCMF 2023; 15(4); 351–360*.

Zitat Türp:

„Wissenschaft lebt vom Austausch von Meinungen; dazu gehört traditionsgemäß auch der akademische Disput.“

Sie haben Recht, Herr Türp. Meinungsaustausch beinhaltet aber nicht, auf Basis einer mehr als zweifelhaft erscheinenden Umfrage Kolleginnen und Kollegen so darzustellen, dass sie mit Absicht aus finanziellen Gründen Patienten mit schädlichen Therapien behandeln.

Jetzt folgt eine Erklärung von Türp, warum die ganze Aufregung nach seinem Artikel entstanden sei.

Zitat Türp:

„...“, dass der Beitrag zunächst auf Englisch verfasst und erst danach ins Deutsche übersetzt worden war. ... Bei der deutschen Übersetzung hatten wir nicht bedacht, ..., dass der deutsche Begriff ‚cranio-mandibuläre Dysfunktion‘ CMD nicht inhaltsidentisch mit dem englischen Terminus ist. „TMD“ entspricht im Deutschen dem Begriff „Myoarthropathie“ (MAP). ... Die Funktion okklusale Vorkontakte und Gleithindernisse sowie der desmodontale Zahnschmerz waren daher nicht Gegenstand unserer Betrachtung. Dies sollte dem aufmerksamen Leser unseres Artikels aber klar gewesen sein. ...“

Heilige Wissenschaft! Die dummen Zahnärzte haben wieder einmal nichts verstanden! Einen Punkt möchte ich noch hervorheben: Im Artikel wurde von Türp geschrieben, dass er mit Zitaten insbesondere Gutachtern helfen wolle. Auf Seite 358 seiner Antwort auf den Leserbrief von Prof. Radlanski jedoch versucht er langsam zu erklären, dass dies nicht seiner Intention entspreche. Gleichzeitig erklärt er aber, dass es nicht zu verhindern sei, dass sein Artikel möglicherweise von Patienten bzw. Kostenträgern und Rechtsanwälten fehlinterpretiert oder gar missbraucht werden könne, um indizierte zahnärztliche Totalanierungen zu diskreditieren. Allein aufgrund dieser Aussage ist eine eindeutige Klarstellung für Versicherungen und Gutachter seitens der DGFDT nötig. Auf der letzten Seite seiner Antwort kann Türp es wiederum nicht unterlassen zu behaupten, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Bedacht kostspielige, patientenschädigende Therapien anwenden, um sich zu bereichern!

Diagnose und Therapie von Okklusionsstörungen und die Etablierung einer funktionell suffizienten prothetischen Rehabilitation verlangen einerseits nicht nur hohe fachliche wissenschaftliche Kompetenz über die Funktionen des Kauorgans, andererseits aber auch höchste Fingerfertigkeit und handwerkliches Geschick bei Umsetzung der Therapie am Patienten.

Ein Hintergrund kann die Etablierung der Spezialisten für Orofacial Pain in den USA sein, die basierend auf ihren psychosozialen Modellen, möglichst alle TMDs finanziell in ihrer Schiene behandeln (mit Medikamenten, Splints und Psychiater). Da geht es um richtig viel Geld. Greene und Manfredini behaupten, dass alle erfolgreichen Behandlungen durch Therapien in der Okklusion nur auf Zufall bzw. einem Placebo-Effekt beruhen, und daher seien alle CMD-Behandlungen der Okklusion als Overtreatment anzusehen. Solche Artikel erscheinen fast im Monatstakt.

Alles nur Meinungen auf Basis von keiner oder sehr schwacher Wissenschaft.

Wie sieht die Realität aus?

- Phase-1/Phase-2-Therapie – so wie Türp sie darstellt – ist nicht bekannt.
- In den seltensten Fällen beruht die Indikation für eine umfassende prothetische Rehabilitation auf der Diagnose CMD.
- Selbstverständlich ist es bei vielen umfassenden Rehabilitationen – beruhend auf anderen Indikationen – nötig, eine funktionsbezogene Vorbehandlung durchzuführen.
- Nach erfolgter, positiv abgeschlossener CMD-Behandlung benutzen die meisten Patienten weiterhin ihre Schiene und suchen zu regelmäßigen Kontrollen die Praxen auf, d. h. es kommt zu keinen umfangreichen prothetischen Rehabilitationen, ausgenommen es gibt wichtige Diagnosen aus anderen Fachbereichen.

Dr. Diether Reusch



Bundesverband der implantologisch
tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
European Association of Dental Implantologists

20. EXPERTEN SYMPOSIUM DES BDIZ EDI

Zum
Jubiläum mit
modernisiertem
Konzept

ALLES ÜBER KOMPLIKATIONEN IN DER IMPLANTOLOGIE

SAVE THE DATE

Sonntag

02. MÄRZ 2025

IN KÖLN

Das
20. Expertensymposium
findet Karnevalssonntag statt.
Somit ergibt sich die Möglichkeit,
Kölns letzte Karnevalssitzung
der Session im Gürzenich
zu erleben.

**BDIZ
Fortbildung
& im Anschluss
Karneval***