

Stellungnahme von Univ.-Prof. Dr. Dr. Johann Müller, München

CMD: Spielt die Okklusion international wirklich keine Rolle mehr?

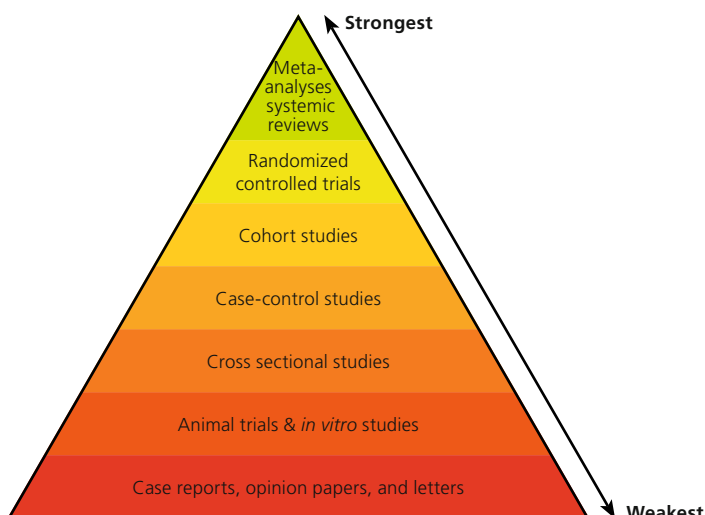
Beim Bayerischen Zahnärztetag 2022, der in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) veranstaltet wurde, führte der zweite Vorsitzende der DGFD, Dr. Bruno Imhoff (Köln), wörtlich aus: „International spielt die Okklusion bei CMD schon lange keine Rolle mehr“.

Auf Nachfrage des Autors präzierte Dr. Imhoff die Aussage, dass sich dies auf die Ätiologie von Funktionsstörungen im Kauorgan bezieht und damit gravierende Auswirkungen auf die zahnärztlichen Therapiegrundsätze hat. Dies findet sich in der aktuell von ihm im Rahmen der Tagung vorgestellten wissenschaftlichen Stellungnahme der DGFD zur „Therapie craniomandibulärer Dysfunktionen (CMD)“ wieder.

Dies irritiert insbesondere dadurch, dass, im Gegensatz zu dieser Stellungnahme vom Dezember 2022, in der ebenfalls von der DGFD im Juli 2022 veröffentlichten S2k-Leitlinie zur Kieferrelationsbestimmung zigfache Literaturangaben angeführt werden, die einen Kausalzusammenhang zwischen Okklusion und CMD nachweisen. Folglich werden aus dieser S2k-Leitlinie entsprechend (andere) zahnärztliche Therapievorgaben abgeleitet.

In dieser aktuellen S2k-Leitlinie zur Kieferrelationsbestimmung wird ausgeführt:

Hierarchy of Scientific Evidence



„Oxford-Pyramide“ der evidenzbasierten Medizin (EBM)

Bei genauerer Betrachtung dieser Stellungnahme der DGFD, d. h. des derzeitigen Vorstandes, fällt auf, dass hochwertige Literaturangaben (entsprechend den Oxfordrichtlinien der Evidence Based Medicine [EBM]), die einen ätiologischen Zusammenhang von Okklusion und CMD ausweisen, nicht berücksichtigt wurden (vgl. Anhang).

Folgen eines ungleichmäßigen interokklusalen Kontakts	
Bei feststehendem Zahnersatz können als Folgen einer ungleichmäßigen Okklusion unspezifische Beschwerden wie	
<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen, 	
© DGFD, DGZMK	31
S2k-Leitlinie "Instrumentelle zahnärztliche Funktionsanalyse und Kieferrelationsbestimmung"	
Langfassung	Stand Juli 2022
<ul style="list-style-type: none"> • Müdigkeit der Muskeln, Myoarthropathie, craniomandibuläre Dysfunktion, • suchen der Unterkieferposition ("Kontrollkontakte"), motorische Unruhe des Unterkiefers (Pat. "weiß nicht, wohin"), • Zahnlockerungen, • Triangulationen / Knochenabbau, • verstärkte Abrasionen und • bei Implantaten: Schraubenlockerungen 	
auftreten [30,66,78,124,139,162,188,242-244,247,279,293,323,351,379,393,394,409,535].	

Wie kommt nun aber Dr. Imhoff bzw. der aktuelle DGFD-Vorstand zu dieser – nicht nur aus klinischer, sondern auch aus wissenschaftlicher Sicht – falschen Aussage:

1. Wie bereits oben ausgeführt, erfolgt in der aktuellen wissenschaftlichen Stellungnahme der DGFD zur „Therapie craniomandibulärer Dysfunktionen (CMD)“ eine sehr selektive und auch bei wissenschaftlicher Betrachtung äußerst fragwürdige Auswahl der angeführten Literaturangaben.

2. Der zweite wesentliche Grund ist die rein wirtschaftlich motivierte Zuordnung der Behandlung von CMD-Erkrankungen durch Schmerzkliniken in den USA – aufgrund einer Konsensuskonferenz Anfang der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts. Diese Konferenz war von sieben Direktoren von Schmerzkliniken und einem Zahnarzt (Dr. Terry Tanaka) besetzt. In den folgenden Jahren wurden auf Basis der abschließlichen Behandlung von Patienten mit CMD-Symptomen in den Schmerzkliniken von diesen Diagnostikkriterien entwickelt, die überhaupt keine Okklusionsbefunde erfassen (sog. RDC/TMD Befunde, die 2015 in DC/TMD umbenannt wurden: DC = Diagnostic Criteria for TMD = Temporomandibular Disorder).
3. Irreführende Bezeichnungen bzw. uneinheitliche Nomenklaturen: In den USA wird ausschließlich der Begriff „TMD“, nicht aber der in Deutschland übliche Begriff „CMD“ verwendet. Überdies ist zu beachten, dass im europäischen Raum der in der Literatur ebenfalls üblicherweise verwendete Begriff „TMD“ aufgrund anderer diagnostischer Kriterien – im Gegensatz zur angloamerikanischen Literatur – sehr wohl auch die Okklusion als ätiologischen Faktor berücksichtigt (vgl. Anhang: u. a. Studien der Gruppe um Prof. Kirveskari, Turku, Finnland, die ganz überwiegend der zweithöchsten Stufe der EBM-Kriterien zuzuordnen sind). In der aktuellen wissenschaftlichen Stellungnahme der DGFDT zur „Therapie craniomandibulärer Dysfunktionen (CMD)“ wird dieser wesentliche Unterschied negiert und führt zu der gravierend falschen Aussage, dass die „Okklusion international schon lange keine Rolle mehr spielt“.
4. In diesem Zusammenhang ist ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt zu beachten: Die Änderung der Begriffsbestimmung durch die DGFDT in deren Stellungnahmen 2011 und 2016:
- 4.1
Während in der Stellungnahme zur Nomenklatur 2011 der DGFDT noch die Begriffe „CMD“, „TMD“ und (die im deutschen Sprachbereich jahrzehntelang häufig verwendete Terminologie) „Myoarthropathie“ (MAP) gleichgesetzt wurden, hat die DGFDT in 2016 eine Differenzierung vorgenommen.
- 4.2
In 2018 haben die Universitäten Heidelberg und Leipzig zudem die diagnostischen Kriterien der amerikanischen Schmerzkliniken ins Deutsche übersetzt bzw. übernommen und somit weitere diagnostische Verwechslungen bzw. „Irritationen“ zwischen TMD und CMD hervorgerufen (sog. „Achse I“ und „Achse II“ Kriterien ohne jegliche Erfassung der okklusalen Befunde).

Begriffsbestimmungen

Funktionsstörung, Dysfunktion, craniomandibuläre Dysfunktion (CMD), Myoarthropathie des Kausystems (MAP)

A. Hugger, M. Lange, H. J. Schindler, J. C. Türp
Stand 01/2016

Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)

umfasst Schmerz und/oder Dysfunktion:

Schmerz tritt in Erscheinung als Kaumuskel-schmerz und/oder Kiefergelenkschmerz sowie als (para-) funktionell bedingter Zahnschmerz.

Dysfunktion kann in Erscheinung treten in Form von

- schmerzhafter oder nicht schmerzhafter Bewegungseinschränkung (Limitation), Hypermobilität oder Koordinationsstörung (auf Unterkieferbewegungen zielender Aspekt),
- schmerzhafter oder nicht schmerzhafter intraartikulärer Störung (auf das Kiefergelenk zielender Aspekt),
- die Funktion störenden Vorkontakten und Gleit-hindernissen (auf die Okklusion zielender Aspekt).

Myoarthropathie des Kausystems (MAP)

stellt eine Untergruppe der craniomandibulären Dysfunktion dar:

Beschwerden und Befunde, die die Kaumuskulatur, die Kiefergelenke bzw. damit in Verbindung stehende Gewebestrukturen betreffen; die Betrachtung der Okklusion ist hier nicht eingeschlossen.

Temporomandibular Disorder (TMD, englisches Synonym MAP)

stellt eine Untergruppe der craniomandibulären Dysfunktion dar:

Beschwerden und Befunde, die die Kaumuskulatur, die Kiefergelenke bzw. damit in Verbindung stehende Gewebestrukturen betreffen; die Betrachtung der Okklusion ist hier nicht eingeschlossen.

5. Weitere grundsätzliche methodische Schwierigkeiten bzw. Besonderheiten bei Studien zur CMD-Ätiologie bleiben unbeachtet:

5.1

Fehlende Vergleichsgruppen: Unterschiedliche diagnostische Kriterien und Terminologien (vgl. oben) und damit heterogene Gruppen lassen eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse überhaupt nicht zu. Eine besonders wertvolle Studie von Alanen et al. in 2012 („Methodological Problems in Studies on the Etiology of TMD: Are the current options based on evidence?“) adressiert diese Problematik im Detail und kommt zu der Schlussfolgerung: „Es ist nicht fair, in Übersichtsarbeiten und Metaanalysen einfach Studien zur Ätiologie der CMD aufzulisten, ohne die methodischen Differenzen beim Studiendesign zu berücksichtigen. Die derzeit dominierende Ansicht, dass die Okklusion bestenfalls ein unbedeutender kausaler Faktor bei der CMD sei, ist nicht auf Evidenz gestützt.“



Literaturquellen, die einen Kausalzusammenhang zwischen Okklusion und CMD ausweisen



5.2

Unterschiedliche handwerklich-praktische Ergebnisse (selbst) bei gleichen klinischen Ausgangsbefunden: Der seit über 50 Jahren klinisch tätige Kollege Dr. D. Reusch führt dies in einem Schreiben an den Vorstand der DGFDT in 2023 sehr treffend aus: „Grundsätzlich sehe ich es so, dass es in der Zahnmedizin sehr schwierig ist, für bestimmte Vorgehensweisen und Therapiekonzepte Studien durchzuführen, da es kaum möglich ist, entsprechende Vergleichsgruppen aufzustellen. Des Weiteren sind die erzielten Ergebnisse stark vom Behandler abhängig. Wenn ein relativ unerfahrener, wenig routinierter Behandler – evtl. auch noch ohne entsprechende Fingerfertigkeit – einen komplexen, anspruchsvollen Arbeitsgang durchführt, wird das Ergebnis in der Regel sein, dass diese Arbeitsweise nicht zum Erfolg führt und nicht exakt wiederholbar ist. Dies wird dann als Schlussfolgerung zitiert. In Wahrheit muss aber die Aussage sein, dass die Vorgehensweise bei einem untalentierten, wenig routinierten Behandler nicht zum gewünschten Ergebnis führt, die gleiche Vorgehensweise aber bei einem Behandler mit der entsprechenden Fingerfertigkeit, Routine und Wissen gute Ergebnisse liefert.“

Ein Mangel an wissenschaftlicher Evidenz darf nicht dazu führen, eine Methodik abzulehnen oder gar für unwirksam zu erklären, insbesondere dann, wenn die klinischen Erfolge bei routinierten Behandlern sehr positiv sind. Es darf nicht sein, dass man klinische Evidenz einfach negiert!“

Zusammenfassend muss festgestellt werden:

1. Die Okklusion ist ein wesentlicher, häufig sogar der dominierende ätiologische Faktor einer CMD-Erkrankung. Allein eine zahnärztliche Therapie führt hier zu einem nachhaltigen, weil kausal ausgerichteten Behandlungserfolg.
2. Die derzeit häufig verbreitete Ansicht, dass die Okklusion allenfalls ein unbedeutender kausaler Faktor bei CMD sei, basiert nicht auf wissenschaftlicher Evidenz.
3. Es ist unwissenschaftlich, wenn eine wissenschaftliche Fachgesellschaft die klinische Evidenz negiert und sich selbst bei der Literaturoauswahl von Stellungnahmen und Leitlinien in einem engen zeitlichen Zusammenhang von einem halben Jahr widerspricht.
4. Der nachhaltige Behandlungserfolg erfordert aufgrund der hohen okklusalen Tastsensibilität (auch) eine besondere handwerkliche Exzellenz bei der klinischen Anwendung der jahrzehntelang erprobten wissenschaftlich basierten und klinisch erfolgreichen Behandlungskonzepte.

Prof. Dr. Dr. Johann Müller, München