

1.

Eine vor kurzem in Deutschland durchgeführte Auswertung der Inhalte zahnmedizinischer Webseiten hat gezeigt, dass das sogenannte Phase-1/Phase-2-Konzept zur Behandlung von Patienten mit kraniomandibulären Dysfunktionen (CMD) nach wie vor relativ weit verbreitet ist. Zusammenfassende kritische Fachartikel zu dieser bis in die 1970er-Jahre zurückreichenden Therapiestrategie sind jedoch rar und im zahnärztlichen Schrifttum weit verstreut. Dies erschwert eine wissenschaftsgestützte Einschätzung zu dieser Thematik, zum Beispiel in Zusammenhang mit der Erstellung von Gutachten für Versicherungen oder Gerichte. In diesem Beitrag folgt auf eine kurze Beschreibung dieses therapeutischen Konzepts eine kritische Bewertung desselben. Es wird deutlich, dass diese Strategie keine wissenschaftliche Grundlage hat und ihre weitere Anwendung klinisch und medizinethisch bedenklich ist. Schließlich werden zwei Erklärungen gegeben, warum dessen ungeachtet dieses Zweiphasenkonzept von einigen Zahnärzten immer noch angeboten wird.

„Es gibt keinen Bereich der Zahnmedizin, in dem die Verwirrung so groß ist wie bei der Behandlung von Patienten mit kraniomandibulären Dysfunktionen.“

Bernstein et al.1969¹

Zu 1.

Herr Türp, der kaum eine ältere Studie gelten lässt, bringt als Beleg für seine Auffassung ein Zitat von Bernstein aus dem Jahr 1969. Damals war „CMD“ für die meisten Zahnmediziner noch ein Fremdwort.

2.

Einleitung

In den Jahren 2021/2022 analysierten wir die Inhalte von 30 zufällig ausgewählten Webseiten von Zahnärztinnen und Zahnärzten, die in Deutschland tätig sind und die gemäß Selbstauskunft das Gebiet „kraniomandibuläre Dysfunktionen“ (CMD) fachlich abdecken, hinsichtlich der CMD-bezogenen diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen und Angebote³. Es zeigte sich, dass auf der Hälfte der Webseiten als mögliche Folgebehandlung einer Schienentherapie prothetische Maßnahmen genannt wurden. Auf einem Drittel der Webseiten wurde - ebenfalls im Anschluss an eine erste Therapiephase mit oralen Schienen — orthodontische Behandlung erwähnt und, oftmals in Verbindung mit prothetischen Rekonstruktionen, als therapeutisch sinnvoll beschrieben. Typische Darstellungen von zwei Webseiten lauteten wie folgt:

„Nach Abschluss der aktuellen (Schienen)Behandlung ist dann nach heutigem Stand überhaupt beurteilbar, inwieweit Ihre Bisslage stimmt` oder ob Bisslagekorrekturen notwendig werden, damit Sie wieder gleichmäßig zubeißen können. Diese erfolgen heute regelmäßig mit Langzeitprovisorien 1...]. Erst nach einem längeren beschwerdefreien Intervall sollte die Überführung der solchermaßen stabilisierten Bisslage in eine funktionelle Restauration erfolgen.“

„Nach Abklingen aller Beschwerden kann die Schienenposition auf die Zähne übertragen werden. Dies kann durch Neuanfertigung von vorhandenem nicht funktionellem Zahnersatz, Aufkleben kleiner Keramikteile oder auch mittels Kieferorthopädie erfolgen.“

Im Oktober 2022, als wir gerade dabei waren, die Ergebnisse unserer Internetanalyse auszuwerten, wurde der Erstautor am Rande eines Vortrags auf einer Gutachtertagung von einem der Anwesenden darauf aufmerksam gemacht, dass zu dieser zweiphasigen Behandlungsstrategie kaum Literatur vorhanden sei, welche die mit diesem Therapieansatz verbundene Problematik zusammenfassend darstelle oder zur Validität dieses Konzepts Stellung nehme.

Zu 2.

Türp hat nicht benannt, welche Suchkriterien der Analyse zugrunde liegen. Er lässt offen, ob er bei 50% oder bei 83% der Webseiten Hinweise auf eine nachgelagerte prothetische Versorgung findet. Dies, obwohl er immer auf äußerst korrekte Recherchen Wert legt. Von Reusch wurde eine Analyse von zahnärztlichen Webseiten analog Türp in Auftrag gegeben. Die zufällige Auswahl kann belegt werden. Suchkriterien waren: CMD-Diagnostik und Therapie-Empfehlungen. Auf 24 Webseiten wurde prothetische Folgebehandlung nach einer Schientherapie **nicht** genannt.

Auf einer Webseite wurde erwähnt, dass es eventuell zu Änderung an einer bereits eingegliederten Prothese kommen kann.

Auf 3 Webseiten wurde erwähnt, dass manchmal die Hinzuziehung eines Kieferorthopäden sinnvoll sein kann.

3.

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

Zu 3.

Da der Artikel von Türp überwiegend auf Zitaten aufbaut, bleibt es ihm vielfach erspart, seine eigene Meinung darzulegen.

4.

Die Phase-1/Phase-2- Behandlungsstrategie

Das sich hinter der oben angedeuteten Strategie verborgene zweiphasige Konzept für die Behandlung von Patienten mit (in der Regel schmerzhaften) CMD-Symptomen war in den 1970er- und 1980er-Jahren aufgekommen: Nach einer ersten Behandlungsphase mit (neben anderen Maßnahmen) oralen Schienen, die das Ziel verfolgen, die Unterkiefermuskulatur zu „relaxieren“ oder zur „deprogrammieren“ bzw. den Unterkiefer in eine neue, vermeintlich „ideale“ Position zu bringen⁴, kommt es als Folge einer solchen Phase-1-Behandlung meist zu einer dauerhaften Veränderung der Unterkieferlage relativ zum Oberkiefer und damit zu einer «therapeutisch» herbeigeführten Mal-okklusion. Zum Zwecke ihrer Korrektur schließt sich eine zweite Behandlungsphase an, um in der neuen Unterkieferposition eine neue maximale Interkuspitation herzustellen. Die Umsetzung erfolgt durch okklusales Einschleifen, restaurative/prothetische oder orthodontische/ kieferchirurgische Maßnahmen⁵.

Das übliche Vorgehen wird beispielhaft in einer japanischen Arbeit aus dem Jahre 1990 von Marumo et al.⁶ zusammenfassend beschrieben:

„Nach der Diagnose und der initialen Behandlungsplanung wird das therapeutische Vorgehen normalerweise in zwei Phasen unterteilt. Phase I ist die Behandlung des stomatognathen Systems, insbesondere des Kiefergelenks. Verhaltensmodifikation und physikalische Therapie sowie Schientherapie sind die häufigsten Therapieformen.“

Greene und Manfredini⁷ kommentieren:

„Dies bedeutet, dass die ursprüngliche maximale Interkuspitation nicht mehr mit der Unterkieferposition übereinstimmt, und es ist wahrscheinlich, dass ein „korrigierender“ größerer zahnärztlicher Eingriff, auch bekannt als „Phase zwei“, durchgeführt wird, unabhängig von einer heilenden Wirkung hinsichtlich des ursprünglichen Schmerzproblems.“

Entsprechend führen Marumo et al.⁶ weiter aus:

„Phase II ist die kompensatorische Phase der Okklusion; sie besteht aus okklusalem Einschleifen, okklusalen Restaurationen, kieferorthopädischer Behandlung und, falls erforderlich, orthognather Chirurgie.“

Zu 4.

Mir selbst und fast allen von mir befragten Kollegen – unter anderem auch Wissenschaftlern – war bisher der Begriff Phase-1/ Phase-2-Behandlungsstrategie nicht bekannt.

Türp erläutert als Folgen einer Phase 1-Behandlung das Herbeiführen einer Malokklusion, deren Behandlung in der Regel eine prothetische Rehabilitation notwendig macht.

5.

Für das Vorgehen in der Phase 2 gibt es klare Handlungsanleitungen, wie dieser Textauszug aus einem Fachartikel⁸ von 1989 belegt:

„Nach erfolgreicher Phase-I-Therapie ist der Patient nun für die Phase II vorbereitet, die definitivere Behandlungsphase. Ziel dieses Artikels ist es, dem Leser die Gründe und Prinzipien der [...] Phase-II-Therapie zu erläutern, mit besonderer Betonung der prothetischen und kieferorthopädischen Perspektive“.

Zu 5.

Türp führt zur Beschreibung des Vorgehens bei Phase-1/ Phase-2-Strategie Artikel an, die etwa 30 Jahre alt sind. Wir alle wissen, dass sich die Lehrmeinung in diesem Zeitraum grundlegend geändert hat.

6.

Zu der durch bestimmte Schientypen (im englischsprachigen Raum häufig beschrieben als mandibular orthopedic repositioning appliance [MORA] oder Gelb-Schiene^o, welche im deutschsprachigen Raum auch als craniomandibuläre orthopädische Positionierungs-Apparatur [COPA] bezeichnet wird) in der Behandlungsphase 1 iatrogen herbeiführten Malokklusion äußerten sich Greene und Obrez⁹ wie folgt:

„Eine wesentliche Nebenwirkung dieses Behandlungsansatzes war die Intrusion der Seitenzähne, die bilateral zu einem posterior offenen Biss führte. Die Befürworter dieses Vorgehens empfahlen die Überkronung aller Seitenzähne, die Extrusion der Seitenzähne mit Hilfe orthodontischer Maßnahmen oder das langfristige Tragen von Overlays als Phase-II-Bestandteil dieses Behandlungsprotokolls.“

Patienten, die sich dieser Behandlung unterzogen, wurde in der Regel gesagt, dass ihre CMD-Beschwerden durch einen „Fehlbiß“ verursacht worden seien, der in der Phase-1-Behandlung - mit einer oralen Schiene als hauptsächlichem Therapiemittel - korrigiert werden würde. Nach Abschluss dieses ersten Therapieteils könnten die („deprogrammierten“) Kiefermuskeln den Unterkiefer endlich in die Position bringen, in die er eigentlich gehörte („Repositionierung des Unterkiefers“). Diese Neupositionierung des Unterkiefers sei - aufgrund der erforderlichen Phase-1-Behandlung - zwar mit einem Verlust der gewohnten Zahnkontakte in maximaler Interkuspidation verbunden, aber dieser therapeutisch bewirkte „momentane Fehlbiß“ würde in der zweiten, „okklusionstherapeutischen“ Phase ausgeglichen. Am Ende besteht aber die Gefahr, dass man sich einer Selbsttäuschung hinsichtlich der Notwendigkeit dieser Behandlungsstrategie hingibt:

„Wenn dieser Phase-1/Phase-2-Ansatz eine klinische Verbesserung bewirkt, können sowohl der Zahnarzt als auch der Patient davon überzeugt werden, dass das gesamte Behandlungspaket sowohl notwendig als auch für das positive Ergebnis verantwortlich war.“

Zu 6.

Als Beispiele für Positionierungsschienen nennt Türp die Gelb-Schiene [MORA] und die COPA-Apparatur. Für mich ist es verwunderlich, dass er das DIR-System nicht namentlich erwähnt. Bei all diesen Schienen zeigt sich bei empfohlener 24-stündiger

Tragedauer im Seitenzahnbereich oft eine Nonokklusion, welche eine prothetische Versorgung notwendig macht.

! Hier hat Türp vollkommen recht. Doch können diese Beispiele nicht Grundlage sein für die nachfolgende Verunglimpfung der Zahnärzteschaft.

7.

Die Wertung

Konnte man früher - zwischen den 1960er- bis maximal 1980er-Jahren - möglicherweise noch der Ansicht sein, diese zweiphasige Strategie sei der zu jener Zeit aktuelle Stand des Wissens, um CMD-Patienten fachgerecht zu therapieren (obwohl dies auch damals bereits sehr umstritten war), so war spätestens seit den 1990er-Jahren das Phase-1/Phase-2-Konzept als eine unangemessene Behandlung bzw. Übertherapie gebrandmarkt. Im Laufe der Jahre haben viele klinische Studien gezeigt, dass eine Lege-artis-Behandlung von Patienten mit therapiebedürftigen CMD-Symptomen bzw. -Diagnosen in der überwältigenden Zahl der Fälle mit reversiblen, konservativen Mitteln erfolgen kann und es keinesfalls erforderlich ist, eine neue Unterkieferlage festzulegen bzw. die Okklusion irreversibel zu verändern¹¹⁻¹⁴. So merkten Yatani et al. bereits 1989¹⁵ an:

„Keine bestimmte diagnostische Untergruppe schien nach der Okklusionsbehandlung der Phase II signifikant bessere Ergebnisse aufzuweisen. Diese Resultate deuten darauf hin, dass sich die meisten CMD-Symptome mit einer lediglich reversiblen Therapie auf ein akzeptables Niveau verbessern und dass der langfristige Wert einer zusätzlichen Okklusionstherapie nach einer reversiblen Therapie minimal ist. Daher sind dauerhafte okklusionsverändernde Therapien für eine langfristige Verringerung von CMD-Symptomen offenbar nicht generell erforderlich.“

Diese Erkenntnisse erhielten seitdem wachsende Unterstützung in der Fachliteratur. „Da die Phase-II-Behandlung per definitionem irreversible Verfahren beinhaltet“, schreibt beispielsweise Greene¹⁶ im Jahre 2001, gelange man zu dem Schluss, „dass die Phase II in den meisten Fällen eine unnötige Überbehandlung darstellt“.

Zu 7.

Auch hier kann ich die Aussage von Türp nur bestätigen. Um CMD zu therapieren, ist eine prothetische Rehabilitation nur in sehr seltenen Fällen notwendig. Dies schließt aber nicht aus, dass vor einer geplanten Rehabilitation wegen Schäden an Zahnhartsubstanz, an Pulpa, an Parodont, wegen insuffizientem altem Zahnersatz etc. eine Vorbehandlung im Sinne einer CMD-Behandlung notwendig ist. Die prothetische Rehabilitation ist nicht die Folge einer CMD-Behandlung, sondern setzt diese voraus.

Ich gehe davon aus, dass eine Differenzierung bei Beurteilung der Webseiten auf Basis dieser Grundlage nicht erfolgt ist.

8.

In diesem Zusammenhang lohnt sich ein vergleichender Blick in die nichtchirurgische Orthopädie, die sich mit ähnlichen Erkrankungen des Bewegungsapparats in anderen Muskeln und Gelenken befasst. Greene und Manfredini⁴ stellen zu Recht fest:

„Es sei darauf hingewiesen, dass in der Orthopädie über kein anderes menschliches Gelenk mit solchen Begriffen gesprochen wird. Kein Arzt stellt in Frage, ob Ihr Knie oder Ihre Schulter an der richtigen Stelle steht oder korrekt ausgerichtet ist, oder ob der Oberschenkelknochen Ihrer Hüfte richtig in der Hüftpfanne sitzt. Auch gibt es keine spezifischen orthopädischen Behandlungsprotokolle, die darauf abzielen, andere Gelenke dauerhaft in eine „bessere“ Position zu bringen.“

Zu 8.

Schuster bleib bei Deinem Leisten! Hier irrt Türp.

In der Orthopädie werden verschiedene Umstellungsosteotomien durchgeführt, um Fehlstellungen der Knochen zu korrigieren und die Funktion und Stabilität der Gelenke zu verbessern. Hier sind einige der häufigsten Umstellungsosteotomien:

Tibiakopf-Umstellungsosteotomie (Tibialer Varisations-Osteotomie): Diese Osteotomie wird in der Regel bei Patienten mit beginnender Kniearthrose und X-Bein-Fehlstellungen durchgeführt. Dabei wird der Tibiakopf (Oberschenkelknochen) um die Längsachse gedreht, um das Gewicht gleichmäßiger auf das Knie zu verteilen.

Valgisierungs-Osteotomie (Femur-Umstellungsosteotomie): Diese Operation wird bei Patienten mit O-Bein-Fehlstellungen durchgeführt. Der Oberschenkelknochen wird hierbei so umgestellt, dass das Körpergewicht besser durch das Knie übertragen wird.

Varisierungs-Osteotomie (Femur-Umstellungsosteotomie): Bei X-Bein-Fehlstellungen wird eine Varisierungs-Osteotomie durchgeführt, um den Oberschenkelknochen entsprechend umzustellen.

Becken-Osteotomie (Dreifachosteotomie): Diese Osteotomie wird bei Jugendlichen mit Hüft dysplasie angewendet, um die Fehlstellung des Hüftgelenks zu korrigieren und das Risiko von Hüftarthrose im späteren Leben zu reduzieren. Hierbei werden drei Umstellungsosteotomien an den Beckenknochen durchgeführt.

Kniewinkel-Korrektur-Osteotomie: Diese Art der Osteotomie wird bei Patienten mit bestimmten Kniefehlstellungen durchgeführt, um den Winkel zwischen Oberschenkel- und Unterschenkelknochen zu korrigieren.

Kniescheiben-Umstellungsosteotomie (Tibial Tubercle Transfer): Bei dieser Operation wird die Kniescheibe (Patella) neu ausgerichtet. Sie wird in der Regel durchgeführt,

um Patella-Stabilitätsprobleme oder Fehlstellungen wie eine Lateralisierung der Kniescheibe zu behandeln.

Fußumstellungsosteotomien: Es gibt verschiedene Osteotomien, die am Fuß durchgeführt werden, um Fehlstellungen wie Hallux valgus (Ballenzeh), Pes planovalgus (Senkfuß) und andere Deformitäten zu korrigieren.

9.

Greene und Obrez⁹ schlussfolgerten: „[D]auerhafte Verfahren zur Repositionierung des Unterkiefers erfüllen keines der sechs Kriterien einer medizinischen Notwendigkeit und sind daher keine angemessene und medizinisch akzeptable Behandlungsoption für Patienten mit verschiedenen CMD-Beschwerden.“

Unbeeindruckt von diesen Entwicklungen wird die irreversible und aggressive Phase-1/Phase-2-Strategie, wie unsere Webanalyse gezeigt hat³, auch heute noch von Zahnärzten angeboten. Man muss in diesem Fall zu der Feststellung kommen, dass diese Behandler

- a. entweder einen enormen Fortbildungsbedarf auf diesem Gebiet aufweisen oder
- b. den aktuellen Stand des Wissens zwar kennen, ihn aber ignorieren.

Zu 9.

Als Beweis dafür, dass die irreversible und aggressiv Phase-1/ Phase-2 Strategie immer noch 50 % bis 80%? der CMD behandelnden Zahnärzten angeboten wird, dient die **Web-Analyse Türp!** Unsere Website-Analyse zeigt ein komplett anderes Bild!

10.

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.

Zu 10.

Türp erklärt, dass die Anwendung der Phase-1/Phase-2-Strategie seitens der Zahnärzte **finanziell motiviert** ist! Er stellt fest, dass die Patienten bei Anwendung

der Strategie viel Zeit für unnötige Behandlungstermine verlieren, mit hohen Kosten belastet und durch die Behandlung gesundheitlich geschädigt werden.

Zahnärzte nutzen das angebliche Fehlen einer Leitlinie zu ihren Gunsten aus.

Das eine solche Aussage in einer Zeitschrift einer wissenschaftlichen Gesellschaft ohne Kommentar seitens der Redaktion veröffentlicht wird, ist nicht zu verstehen.

11.

„Es gelingt uns nicht sehr gut, viele unserer klinischen Kollegen davon zu überzeugen, ihre traditionellen (d. h. zahnbezogenen) Denkweisen aufzugeben oder zu ändern. [4 Aber solange wir es nicht schaffen, diese Herausforderung zu meistern, besteht für CMD-Patienten weiterhin das Risiko, sehr unterschiedliche Therapien zu erhalten - was in erster Linie von der Wahl des Zahnarztes abhängt und nicht von den besten wissenschaftlichen Belegen.“

Die fachliche Auseinandersetzung muss auch vor dem Hintergrund unserer moralischen und (medizin)ethischen Verantwortung betrachtet werden, eine angemessene Behandlung auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu gewährleisten. Dieser ethische Aspekt wurde in einem Artikel von Reid und Greene¹⁹ erörtert:

„Zahnärzte haben eine professionelle und moralische Verantwortung, kranio-mandibuläre Dysfunktionen zu behandeln, ohne routinemäßig auf irreversible Maßnahmen zurückzugreifen, wie okklusales Einschleifen, kieferorthopädische Behandlung, Bissöffnung, Unterkieferreposition mit anschließender zahnärztlich-prothetischer Behandlung und chirurgische Intervention, denn solche Behandlungsansätze beruhen auf der wissenschaftlich nicht zu rechtfertigenden Annahme, dass statische und/oder dynamische okklusale und skelettale Beziehungen die primären ätiologischen Faktoren für CMD sind.“

Zu 11.

Zur Untermauerung dieses Skandals zitiert Türp einen Artikel von Reid und Greene, der beinhaltet, dass Zahnärzte routinemäßig auf irreversible Maßnahmen zurückgreifen, wie okklusales Einschleifen, kieferorthopädische Behandlung, Bissöffnung, chirurgische Unterkieferrepositionierung mit anschließender zahnärztlich-prothetischer Behandlung.

12.

Infolgedessen empfiehlt die American Academy of Orofacial Pain⁵ in ihren Leitlinien:

„Angesichts der Tatsache, dass die dauerhafte Repositionierung des Unterkiefers als Behandlungsziel nicht alle Kriterien einer medizinischen Notwendigkeit erfüllt, wird dringend

empfohlen, die Begriffe Phase-1- und Phase-2-Behandlung in Zusammenhang mit CMD nicht mehr zu verwenden. Das Problem mit dieser Terminologie besteht darin, dass sie impliziert, dass eine Phase-2-Behandlung zwangsläufig auf eine Phase-1-Behandlung folgt. Die wissenschaftliche Literatur stützt die Notwendigkeit einer zweiphasigen Behandlung nicht, da eine dauerhafte okklusale Therapie für eine wirksame Behandlung der meisten CMD-Diagnosen nicht erforderlich ist.

Zu 12.

Es ist anzuraten, einen Diskurs über den Begriff „Reposition“ zu führen, um zu verstehen, was Türp darunter versteht. Mir ist dieser Begriff nur im Zusammenhang mit einer Diskusverlagerung geläufig. DV ohne Reposition, ohne weitere Symptome wie Schmerzen, Hackeln und Limitation wird heutzutage nicht mehr behandelt.

13.

Schlussbetrachtung

Auf die Gründe für das hartnäckige Ausblenden vorhandener qualitativ hochstehender externer Evidenz hat Stohler²⁰ bereits 1997 hingewiesen

Wenn eine bestimmte Denkart mit einem ökonomischen Vorteil einhergeht, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese Denkart auch ohne unterstützende wissenschaftliche Daten aufrechterhalten wird."

Reid und Greene¹⁹ konkretisieren:

„Zahnärzte, die sofort kostspielige irreversible Therapien anwenden, ermutigen sowohl ihre Kollegen als auch die Gesellschaft zu einer Reaktion, denn finanzielle Anreize wurden höher gewichtet als das Primat des Patientenwohls. Mit anderen Worten: Das berufsethisch angemessene Vorgehen bei CMD-Patienten scheint Gefahr zu laufen, von einer kommerziellen Ethik verdrängt zu werden, deren Priorität der zahnärztliche Profit ist. b.] Das Wohl des Patienten über das eigene Wohl zu stellen, bezieht sich demnach auf die ethische Verpflichtung, Diagnostik und Therapie in erster Linie zum Nutzen des Patienten durchzuführen und nicht zum eigenen finanziellen oder anderweitigen persönlichen Vorteil."

In anderen Worten:

„Nach ethischen Maßstäben wird von einem Arzt erwartet, dass er seinen Patienten die besten Behandlungsmöglichkeiten mit dem geringstmöglichen Risiko anbietet, auch wenn dieser Ansatz mit geringerem finanziellem Gewinn für den Arzt verbunden ist."

Die im Laufe der Jahrzehnte eingetretenen Veränderungen bezüglich einer den wissenschaftlichen Standards folgenden CMD-Therapie fasste Greenwood im Jahre 1994 wie folgt zusammen:

„Die für jegliche Beschwerden verordnete Behandlung spiegelt unweigerlich das wider, was der Arzt als Diagnose und Ätiologie der Erkrankung ansieht. [...] Behandlungen kamen und gingen, je nachdem, wie stark Kliniker persönlich voreingenommen oder wie stark ein ätiologischer Faktor und die dazugehörige Therapie gerade in Mode waren. Zu der Zeit, als die Okklusion als starker ätiologischer Faktor angesehen wurde, standen okklusale Behandlungen im Vordergrund. Als funktionelle, verhaltensbezogene und psychologische Faktoren anerkannt wurden, ersetzten die

entsprechenden Behandlungen entweder die bisherigen okklusalen Therapien oder ergänzten sie. Im Laufe der Zeit verschob sich der Fokus schließlich auf ein medizinisches Modell, mit Klassifizierungs- und Diagnosekriterien, die denjenigen von anderen muskuloskelettalen Erkrankungen, Kopfschmerzen, kranialen Neuralgien und Gesichtsschmerzen ähnelten. Zugleich wurde die Möglichkeit spontaner Schwankungen der Symptomausprägung erkannt. Der Schwerpunkt verlagerte sich von einer kausalen Behandlung [treatment] zu einer symptomatischen Behandlung [management] [..]."

Man würde also gut fahren, auf die nicht indizierte und heute wissenschaftlich zu Recht diskreditierte Phase-1/Phase-2-Strategie zu verzichten⁴ und dem abschließenden, bereits 30 Jahre alten Rat von Leonard²² zu folgen:

Zu 13:

Schlussbetrachtung. Hier verwendet Türp wieder eine Vielzahl von Zitaten, um die Kollegenschaft zu verunglimpfen. Wie in jedem Berufsstand gibt es auch in unserem Stand Kollegen, die finanzielle Anreize höher gewichten als das Patientenwohl. Anhand einer irgendwie durchgeführten Internetabfrage zu behaupten, dass 50 und noch mehr Prozent der CMD-behandelnden Kollegen „**betrügen**“ ist zurückhaltend ausgedrückt ein starkes Stück. Nochmals: Solch ein Artikel kann unkommentiert in der Zeitschrift einer wissenschaftlichen Gesellschaft nicht veröffentlicht werden.

14.

„Vielleicht müssen wir erst einmal herausfinden, ob das, was wir tun, überhaupt von Nutzen ist, bevor wir uns wie Lemminge auf ein neues Gerät, eine neue Technik oder eine neue Chirurgiemethode stürzen. II.] Wir müssen uns von der Vorstellung verabschieden, dass hohe Kosten und Spitzentechnologie zwangsläufig hohe Qualität und die beste Behandlung bedeuten.“

Zu 14.

Das an letzter Stelle stehende Zitat von Leonard ist das einzig Erwähnenswerte dieses Artikels. Es sollte bei Entwicklung neuer Technologien immer berücksichtigt werden und - wenn ernst genommen - würde es manche Entwicklung verhindern.

Schlussbetrachtung: Türp präsentiert uns hier einen Artikel, der impliziert, dass der größte Teil der Kollegen, die CMD-Patienten behandeln, unter finanziellen Aspekten behandeln und somit ihre Patienten in großem Ausmaß gesundheitlich und finanziell schädigen.

Dem ist nicht so!! Der Artikel ist eine Steilvorlage für Versicherungen sowie „Gutachtern“ wie Riedel und die beiden Kollegen Ebenbeck.

Westerburg, 04.07.2023

Dr. Diether Reusch