

Über-, Unter- und Fehlvorsorgung in der Funktionsdiagnostik und -therapie – Beispiele, Gefahren, Gründe* – Teil I

Jens Christoph Türp^{1,2}

¹ Klinik für Prothetik und Kaufunktionslehre, Zentrum für Zahnmedizin, Universität Basel, Schweiz

² Abteilung Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Freiburg, Zahn-, Mund- und Kieferklinik, Freiburg im Breisgau, Deutschland

Schlüsselwörter:

Myoarthropathien, Schmerzdiagnostik, Schmerztherapie, Qualitätssicherung, evidenzbasierte Zahnmedizin

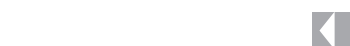
Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Jens C. Türp
Klinik für Prothetik und Kaufunktionslehre,
Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel
Hebelstrasse 3, CH-4056 Basel
Tel. +41/61/267 26 36, Fax +41/61/267 26 60
E-Mail: jens.tuerp@unibas.ch

* Nach einem am 1. Dezember 2001 gehaltenen Vortrag des Autors auf dem von der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) ausgerichteten *Heidelberg Symposium* «Unter-, Fehl- und Überversorgung in der Zahnmedizin».

(Texte français voir page 824)

Trotz seiner grossen Bedeutung wurde in der zahnmedizinischen Fachliteratur das Problem der Über-, Unter- und Fehlvorsorgung bislang kaum thematisiert. Demgegenüber kam ein vom deutschen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen jüngst veröffentlichtes Gutachten zu der Schlussfolgerung, dass im Bereich der Zahnmedizin deutliche Hinweise auf Unter-, Fehl- und Überversorgungen vorliegen. Ausgehend von zehn diagnostischen und therapeutischen Prinzipien, welche den derzeitigen Stand der internationalen (zahn)medizinischen Fachliteratur zum Thema Funktion und Schmerz widerspiegeln, zeigt der vorliegende Beitrag anhand zahlreicher Beispiele und nachweisgestützter Zitate renommierter Autoren und Institutionen, dass die Beurteilung des Sachverständigenrats auch für die Diagnostik und Therapie der Funktionsstörungen bzw. der Myoarthropathien des Kau-systems zutrifft. Neben weiteren Ursachen können dafür vor allem somatisch und morphologisch orientierte Denkweisen verantwortlich gemacht werden, welche von bewährten Prinzipien der Schmerzmedizin abweichen und den aus hochtechnischen Verfahren gewonnenen Befunden einen höheren Stellenwert beimessen als dem persönlichen Befinden und den Angaben der betroffenen Patienten. Eine solche Vorgehensweise kann zu einer „klinischen Iatrogenese« (ILLICH) führen, die durch eine Schädigung von Patienten aufgrund überflüssiger diagnostischer oder therapeutischer Eingriffe gekennzeichnet ist.



Das Freiburger Funktionsprüfgerät (Aufnahme aus dem Jahre 1964)
L'appareil d'analyse fonctionnelle utilisé à Fribourg-en-Brisgau (photographie de 1964)

«Ich stecke selbst in den Fehlern, die ich rüge, mitten drin; aber ich empfinde sie und gucke aus denselben hinaus und suche, wie man mit vereinten Kräften ins Klare komme.»

EUGEN BLEULER (1857–1939)

Einleitung

Am 30. August 2001 stellte der von der deutschen Bundesministerin für Gesundheit beauftragte SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2001b) im Rahmen des Gutachtens «Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit» einen rund 150 Seiten umfassenden Bericht zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vor. Das Gutachten, dessen Text unter der Webadresse <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutalt.htm> frei zugänglich ist, beschäftigt sich vornehmlich mit zwei grossen Bereichen: der allgemein-zahnärztlichen Versorgung – hier vor allem mit dem Themenschwerpunkt Zahnerhaltung (Zahnsubstanzkrankungen/Kariologie; Erkrankungen der Zahnpulpa/Endodontologie; Erkrankungen des Zahnhalteapparates/Parodontologie; Kariesprävention/zahnärztliche Prophylaxe) – und der Kieferorthopädie. Die abschliessende Aussage des Sachverständigenrats – «Im Bereich der Zahnmedizin bestehen einige hinreichend sichere oder zumindest ernst zu nehmende Hinweise auf Unter-, Fehl- und Überversorgungen.» – weist offenkundig auf bestehende Mängel hin. Auch wenn sich die geäusserte Kritik auf die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland bezieht, so steht ausser Frage, dass viele der beanstandeten Punkte ebenso für andere Länder zutreffen.

Vor diesem Hintergrund ist es erstaunlich, dass der Bereich «Über-, Unter- und Fehlversorgung» in der zahnärztlichen Literatur bislang kaum thematisiert wurde. Dies belegt beispielhaft eine im Juli 2002 durchgeführte Suche in der medizinischen Datenbank Medline (PubMed): Kombination der Suchwörter «overtreatment» und «dent*» lieferte lediglich 22 für die Zahnmedizin relevante Treffer; Verknüpfung der Suchwörter «undertreatment» und «dent*» bzw. «mistreatment» und «dent*» ergab jeweils nur vier bzw. fünf Artikel.

So ist es nicht verwunderlich, dass auch im Rahmen der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik und -therapie nur wenige Autoren den Problembereich der Überdiagnostik sowie der Unter- und Übertherapie berührt haben (BRUNETTE 1996; CLARK 1981; GREENE 2001; HAMPF 1993; ROESSLER 1992; SCHWARTZ 1959; STOHLER & ZARB 1999; STOREY 1994). Wie anhand der folgenden Ausführungen deutlich wird, trifft jedoch ein Grossteil der Beurteilungen des SACHVERSTÄNDIGENRATS in hohem Masse auch auf die Funktionsdiagnostik und -therapie bzw. die Diagnostik und Behandlung der Myoarthropathien des Kausystems zu. Dieser Bereich der Zahnmedizin blieb in dem Gutachten leider weitgehend unbeachtet; allerdings fand er unter dem Thema «Verbraucherschutz» (Kapitel 14.2.1.5; Abschnitt 81) unter Bezug auf einen in der Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin erschienenen Beitrag (NEUGEBAUER & TÜRP 2001) eine besonders pointierte Erwähnung.

Nomenklatur

Die zahnärztliche Funktionsdiagnostik und -therapie widmet sich der Diagnostik und Behandlung von Funktionsstörungen im Kauorgan. Wie bereits AXHAUSEN (1933), später LASKIN (1969), berichteten, äussern sich Funktionsstörungen – vor allem in Deutschland neuerdings auch als «kranio-mandibuläre Dysfunktionen» bezeichnet – klinisch durch folgende Leitsymptome:

- Schmerzen im Bereich der Kaumuskelatur und/oder Kiefergelenke, und/oder
- eingeschränkte Unterkieferbeweglichkeit, und/oder
- Kiefergelenkgeräusche (Knacken oder Reiben).

Heute wird zunehmend angezweifelt, dass bei Feststellen solcher Befunde (z.B. im Rahmen einer Routineuntersuchung) grundsätzlich ein Behandlungsbedarf besteht. Bereits vor 20 Jahren merkte der Tübinger Zahnmediziner SCHULTE (1981) an, dass Zeichen einer Funktionsstörung im stomatognathen System sehr viel häufiger nachweisbar sind als subjektive Beschwerden der Patienten. Das Missverhältnis zwischen objektiven Befunden und subjektiven Symptomen ist in anderen Bereichen des muskuloskelettalen Systems seit langem wohl bekannt. Besonders gut dokumentiert ist es bei Problemen im unteren Rücken. Aufgrund gewisser Gemeinsamkeiten wurden die Kiefergelenke von FEINMANN (2001) daher nicht unpassend als «Lendenwirbelsäule des Gesichts» bezeichnet.

Krankheitswert sollte den Leitsymptomen einer «kranio-mandibulären Dysfunktion» erst dann beigemessen werden, wenn der Patient unter diesen leidet (Leiden: *griechisch* pathos). Aus diesem Grund bevorzugen nicht wenige Kliniker die Bezeichnung «Myoarthropathien des Kausystems» (MAP) (PALLA 1998b; SCHINDLER 2002; SCHULTE 1970; TÜRP & HUGGER 2000); in der Schweiz wird dieser Begriff u.a. im Zahnarzt-Tarifvertrag zwischen der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO und schweizerischen Versicherern verwendet.

Aktuelles validiertes Diagnose- und Behandlungskonzept

Die folgenden Bewertungen zur Unter-, Über- und Fehlversorgung stützen sich auf zehn diagnostische resp. therapeutische Prinzipien. Diese gehen mit dem derzeitigen Stand der internationalen (zahn)medizinischen Fachliteratur konform, sind in zahnärztlichen Praxen und Kliniken aber noch längst nicht Allgemeingut geworden:

1. Der Bedarf für funktionsdiagnostische und -therapeutische Massnahmen wird in erster Linie durch die vom Patienten geäusserten Beschwerden bestimmt.
2. Falls bei beschwerdefreien Personen funktionsdiagnostische Massnahmen durchgeführt werden, sind diese auf die Erhebung einer kurzen funktionell ausgerichteten Anamnese sowie auf eine klinische Kurzbefundung zu beschränken (empfohlenes Vorgehen siehe MCNEILL 1993).
3. Die Fähigkeit des Organismus, sich funktionell an Situationen jenseits von lehrbuchhaften Verhältnissen anzupassen, wird in der Regel unterschätzt. So ist auch der physiologische Alterungsprozess von anatomischen Veränderungen begleitet, ohne dass diesen notwendigerweise Krankheitswert zugewiesen werden kann (LUDER 1996). «Was kann man alles für Abweichungen von der Norm haben, ohne gestört zu werden, wenn man es nicht weiss oder, was gleichbedeutend ist, wenn man sich nicht darum kümmert.», konstatierte der Zürcher Psychiater EUGEN BLEULER (1963) zu Recht. Daher wird in der Fachliteratur die Notwendigkeit und Möglichkeit der (Wieder-)Herstellung eines von einer Lehrbuchdarstellung abweichenden anatomischen Zustands zunehmend kritisch beurteilt (JAQUIERY et al. 2001; TÜRP 1998).
4. Nicht alle Beschwerden, die von Patienten angegeben werden, erfordern diagnostische oder therapeutische Interventionen. Man sollte «genau prüfen, wo unsere Eingriffe etwas nützen können, und da, wo nichts Gescheites zu machen ist, die Natur nicht stören, statt etwas Dummes, oder, höflicher ausgedrückt, etwas Unbegründetes zu machen.» (BLEULER 1963).

5. Dominierendes Symptom und Hauptanlass für die Nachfrage nach Behandlung sind Schmerzen (JOHN & WEFERS 1999; SCHMID-SCHWAP et al. 2001).
6. Akute Schmerzen bedürfen einer sofortigen und kompetenten Behandlung, um der Entwicklung dauerhafter neuroplastischer Veränderungen (Schmerzchronifizierung) vorzubeugen (MENSE & SIMONS 2001; ZIEGLGÄNSBERGER & SCHADRACK 2001).
7. Chronische Schmerzen sind ein multidimensionales Phänomen. Die verschiedenen Dimensionen des Schmerzgeschehens müssen diagnostisch erfasst und bei der Therapie berücksichtigt werden (EPKER & GATCHEL 2000; TÜRP et al. 2000).
8. Von persistierenden Schmerzen betroffene MAP-Patienten weisen in psychoaffektiver und sozialer Hinsicht sowie in ihrem Schmerzverhalten grosse Ähnlichkeiten mit Patienten auf, die in anderen Körperbereichen (z.B. Rücken; Kopf) an chronisch-funktionellen Schmerzen leiden (SUVINEN et al. 1997; VON KORFF et al. 1992). Die psychosozialen und verhaltensbezogenen Veränderungen sind in der Regel die Folge, nicht die Ursache der anhaltenden Schmerzen (FISHBAIN et al. 1997).
9. Psychologische Therapiemassnahmen, wie Entspannungsverfahren, Biofeedback und (kognitive) Verhaltenstherapie, sind bei chronischen Schmerzen wirksame Behandlungsformen (CRIDER & GLAROS 1999; MORLEY et al. 1999; TURK 2001).
10. Entgegen der in vielen Lehrbüchern zur Funktionslehre gemachten Aussagen ist die Ätiologie der schmerzhaften MAP in den meisten Fällen unbekannt. Für fast keine der in zahnmedizinischen Lehrbüchern genannten Theorien gibt es stichhaltige Belege. EUGEN BLEULER (1963) hätte von «Theorien, die keinen Realitätswert haben», gesprochen.

Unterversorgung in der Funktionsdiagnostik

Eine diagnostische Unterversorgung ist nach Einschätzung des SACHVERSTÄNDIGENRATS FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2001b) dann vorhanden, wenn an sich bedarfsgerechte Diagnosemethoden, die in wirtschaftlicher Form zur Verfügung stehen und nach aktuellem Kenntnisstand der individuellen Situation angemessen erscheinen, nicht erbracht bzw. nicht in erreichbarer Form zur Verfügung gestellt werden.

Beispiele (diese betreffen fast ausschliesslich die diagnostische Versorgung bei *schmerzhaften* Funktionsstörungen)

- *Fehlendes Zuhören und Eingehen auf den Patienten, mangelnde Beachtung seiner Krankengeschichte und seines Anliegens, seiner Wünsche und Sorgen.* In der Medizin gilt die Erhebung der Krankengeschichte (Anamnesegespräch) als wichtigste aller diagnostischen Massnahmen (GROSS & LÖFFLER 1997; LOWN 2002; MANNEBACH 1997). Führende Mediziner beklagen seit Jahren, dass die Bedeutung der «Sprechstunde» im klinischen Alltag verkümmert und diagnostisch-technologische Verfahren die Oberhand gewinnen (GROSS & LÖFFLER 1997; LOWN 2002). Statt die «Kunst des Zuhörens» (LOWN 2002) zu pflegen, neigen zudem «viele von uns dazu, sich viel lieber selber reden zu hören, als anderen zuzuhören, nach dem Motto: «Reden ist gut, vor allem, wenn man's selber tut.»», bemängelt der Medizin-Soziologe VON TROSCHKE (2001). Gegen diese Tendenz formulierte PERRY (1993) eine denkbar einfache Abhilfe: «Stop! Look and listen!». Der schweizerische Zahnarzt-Tarifvertrag bietet mit seiner (pro 5 Minuten abzurechnen-

den) Position 4160 «MAP-Anamnese und Aufklärung» gute Voraussetzungen für die aufmerksame Durchführung des für Diagnose und Prognose so wichtigen anamnestischen Gesprächs – ein diagnostischer Trumpf, den die deutsche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nicht bietet.

- *Versäumnis der systematischen Erhebung schmerzrelevanter Parameter.* «Schmerzdokumentation ist mehr als nur die Erfassung der Schmerzintensität», betonen SEEMANN & NILGES (2001). In der Schmerzmedizin besteht heute Konsens darüber, dass eine weitgehende Erfassung und Dokumentation aller schmerzrelevanten Parameter (z.B. Schmerzlokalisierung(en), Schmerzintensität, Schmerzqualität, zeitliche Aspekte, schmerzbeeinflussende Faktoren, Begleiterscheinungen, bisherige Behandlungen) notwendig ist, «um den Schmerz in seiner gesamten Tragweite beurteilen und adäquat behandeln zu können» (BADER & GALLACCHI 2001). Für die systematische Erhebung haben sich standardisierte Fragebögen bewährt, wie der Schmerzfragebogen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (im Weltweiten Netz kostenfrei angeboten unter www.schmerz-zentrum.de, dann weiter unter «Patienten-info» und «Downloads»). «Tatsächlich muss der Patient die meisten Daten über den Schmerzzustand selbst beisteuern.» (SEEMANN & NILGES 2001).
- *Beschränkung von Schemata zur Schmerzlokalisierung (Schmerzzeichnungen) auf die Kopf-Hals-Region.* Rund zwei Drittel aller Patienten mit persistierenden schmerzhaften MAP weisen auch Schmerzen in Körperbereichen jenseits des Kopf-Hals-Bereichs auf (TÜRP et al. 1998); allerdings ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass die Betroffenen dies bei einem Zahnarztbesuch angeben, sofern sie nicht darum gebeten werden (TÜRP et al. 1997a).
- *Ausblendung der emotionalen und kognitiven Folgeerscheinungen anhaltender Schmerzen sowie der damit einhergehenden Verhaltensänderungen* (NILGES 2000; TÜRP 2000b). «Die klinische Erfahrung zeigt, dass eine unzureichende Anamnese ohne Berücksichtigung psychologischer Aspekte und eine lückenhafte monodisziplinäre Diagnostik häufig zu einer falschen Therapie führt.» (STRUMPF et al. 2001). Für die notwendige Erhebung der (schmerz-)psychologischen Befunde stehen validierte Filterfragebögen zur Verfügung (Kröner-Herwig et al. 1996; Türp et al. 2000), die mit Gewinn auch in der Zahnarztpraxis eingesetzt werden können.

Gefahren

- Mangelnde Erfassung aller somatischen Beschwerden sowie der psychosozialen Folgen chronischer Schmerzen; fehlendes Erkennen grösserer Zusammenhänge.
- Eng gefasste, lokalisierte Fokussierung auf biomechanische Probleme.
- Therapeutische Unterversorgung; therapeutische Fehlversorgung (vermeidbare Schäden); suboptimale Therapieergebnisse (TURK et al. 1993).

Übersversorgung in der Funktionsdiagnostik

Unter «diagnostischer Übersversorgung» versteht der SACHVERSTÄNDIGENRAT (2001b) «Angebote, die durch Art und Umfang ihrer Bereitstellung keinen medizinischen Zusatz-Nutzen bewirken oder sogar unnötige Risiken durch nicht-indizierte Behandlung bewirken können»; diagnostische Übersversorgung liegt demnach vor, «wenn Diagnosemethoden ohne ausreichenden Grund zum Einsatz kommen oder ein Einsatz

adäquat aufeinander aufbauender Diagnosemassnahmen nicht erkenntlich ist.»

Beispiele

- Erheben umfangreicher funktionsdiagnostischer Befunde bei beschwerdefreien Personen. Vor den Folgen einer Überversorgung in der klinischen Funktionsdiagnostik wurde bereits vor vielen Jahren gewarnt (KERSCHBAUM & VOSS 1978; SASSEN et al. 1985). STOHLER (1997) bemerkte: «Unnecessary data gathering cannot be regarded as a measure of thoroughness.», und SLAVICEK (2000) gibt zu bedenken: «Vergessen wir auch nicht, dass uns der derzeitige Weg der «Überdiagnostik» weg vom Patienten geführt hat.»
- *Routinemässige Anfertigung von Kiefergelenktomogrammen bei Patienten mit MAP bzw. Kiefergelenkschmerzen.* Die Radiologen CALLENDER & BROOKS (1996) kamen nach retrospektiver Auswertung der Kiefergelenktomogramme von 116 MAP-Patienten zu dem Schluss, dass die Tomographie einen minimalen Effekt auf die Diagnose oder die Behandlung hat. Diese Folgerung wurde vor kurzem in einer prospektiven Studie bestätigt, die darüber hinaus auch die Notwendigkeit der routinemässigen Anfertigung einer Panoramaschichtaufnahme (Orthopantomogramm) zur MAP-Diagnostik anzweifelte (EPSTEIN et al. 2001). Daher ist bei jedem Patienten das Rechtfertigungsgebot für den Einsatz ionisierender Strahlen zu beachten, nach welchem die Durchführung einer Röntgenuntersuchung medizinisch geboten sein muss (PASLER & VISSER 2000).
- *Routinemässige Anfertigung von Magnetresonanztomographien bei Kiefergelenkknacken bzw. Diskusverlagerungen.* MOHL & DIXON (1994) hoben hervor, dass bildgebende Verfahren bei Gelenkgeräuschen ohne weitere Symptome nicht indiziert sind, zumal die klinische Bedeutung der erhaltenen Befunde in der Regel unklar ist: «Even more critical is the clinical meaning of the image findings.» Vor der Durchführung bestimmter diagnostischer Schritte sollte daher stets die Frage gestellt werden, in wie weit die zu erwartenden Ergebnisse Einfluss auf die Behandlungsstrategie zu nehmen vermögen (HATCHER et al. 1997). Die AMERICAN ACADEMY OF ORAL AND MAXILLOFACIAL RADIOLOGY (BROOKS et al. 1997) bezog unmissverständlich Stellung, indem sie darauf hinwies, dass «increasing sophistication of imaging technique does not guarantee better management of the patient.»

Gefahren

- (Fehl-)Einschätzung einer Variation der Norm oder eines physiologischen Alterungsprozesses (Remodelling) als pathologisches Geschehen.
- Überschätzung der Behandlungsbedürftigkeit/Einleitung einer nicht-indizierten Therapie (therapeutische Überversorgung).
- Therapeutische Fehlversorgung (vermeidbare Schäden).
- Gesundheitliche Risiken.
- Unnötige Kosten.
- Aufbau einer Erwartungshaltung/Etablierung bzw. Festigung einer biomechanischen Sichtweise.
- Verunsicherung, Angst.

Fehlversorgung in der Funktionsdiagnostik

Diagnostische Fehlversorgung liegt vor, «wenn im Rahmen der Diagnostik vermeidbare Fehler entstehen»; zur diagnostischen Fehlversorgung zählt ferner «die Durchführung ungeeigneter

bzw. nicht hinreichend geprüfter Diagnose- oder Testverfahren» (d.h. diagnostische Verfahren ohne ausreichende Reliabilität und Validität) (SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN 2001b).

Beispiele

- *Palpation des unteren Bauchs des M. pterygoideus lateralis im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse.* Aus topographisch-anatomischen Gründen ist dieser Muskel der Palpation in der Regel nicht zugänglich. Unabhängig davon reagieren die im retromolaren Bereich gelegenen Strukturen auf Betastung sehr empfindlich, was selbst bei vielen beschwerdefreien Personen zu falsch-positiven Befunden führt. Überdies ist die Palpation der Region um den M. pterygoideus lateralis durch eine hohe intra- und interindividuelle Variabilität gekennzeichnet (TÜRPEL & MINAGI 2001).
- *Fehlerhaft interpretierte Röntgenaufnahmen.*
- *Verwendung nicht-validierter, «eigengestrickter» (z.B. funktionseller oder psychometrischer) Fragebögen* (vgl. Häcker et al. 1998).

Unterversorgung in der Funktionstherapie

Zu einer Unterversorgung – mithin auch therapeutischen Unterversorgung – zählen laut SACHVERSTÄNDIGENRAT (2001b) «an sich bedarfsgerechte Leistungen, die in wirtschaftlicher Form zur Verfügung stehen, aber nicht erbracht bzw. nicht in erreichbarer Form zur Verfügung gestellt» werden.

Beispiele

- *Zu seltener oder kein Einsatz von Medikamenten mit nachgewiesener Wirksamkeit* (vgl. DENUCCI et al. 1996; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH 1996).
- *Zu seltener oder kein (fachgerechter) Einsatz physikalischer Verfahren* (aber siehe die kritischen Kommentare von FEINE et al. 1997; KERSCHBAUM et al. 2001).
- *Fehlende Berücksichtigung bzw. fehlendes Angebot psychologischer und/oder verhaltenstherapeutischer Massnahmen* (z.B. Entspannungsverfahren; Beratung bezüglich oraler Parafunktionen). Die SCHWEIZERISCHE ZAHNÄRZTE-GESELLSCHAFT spricht deutliche Worte: «Funktionelle Störungen [...] erfordern mehr psychologisch-ärztliche Betreuung als medizinisch-technische Behandlung.» (s.a. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT PANEL 1996).

Gefahren

- Therapeutische Fehlversorgung.
- Fehlende Berücksichtigung aller Probleme in der Therapie.
- Unnötiges Leiden der Patienten.
- Enttäuschte Erwartungen.

Überversorgung in der Funktionstherapie

«Eine Überversorgung [...] liegt vor, wenn unnötige Leistungen erbracht werden.» (SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN 2001b).

Beispiele

- *Behandlung von Kiefergelenkknacken, z.B. mit dem Ziel einer Wiederherstellung der früheren Kondylus-Diskus-Beziehung.* Der Münchner Zahnarzt SEBALD (2000), ein Pionier auf dem Gebiet der Funktionsdiagnostik und -therapie in Deutschland, resümierte vor kurzem, «dass die Knackphänomene des Kiefergelenkes für die meisten Zahnärzte eine nicht zu widerste-

hende Versuchung darstellen, therapeutisch zu intervenieren.» Nachdenkenswert erscheint in diesem Zusammenhang eine Beobachtung von STOREY (1994): «It is interesting that clicking in other joints of the body is not treated: only the TMJ is singled out for treatment.» Dabei bezweifelten erfahrende Kliniker wie HUSTED (1956) bereits vor knapp einem halben Jahrhundert die generelle Behandlungsbedürftigkeit von Kiefergelenkknacken: «Clicking alone relatively often occurs as a transitory symptom, which disappears spontaneously after varying periods. In such cases no comprehensive examination or treatment are indicated», denn, so LASZLO SCHWARTZ (1959): «The danger is overtreatment.» Die Einschätzung, dass ansonsten symptomlose Kiefergelenkgeräusche ausser einer genauen Aufklärung (vgl. KÖNÖNEN et al. 1996) in der Regel keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Schritte benötigen (BALES & EPSTEIN 1994; GREENE & LASKIN 1988), deckt sich mit der Beurteilung von Gelenkgeräuschen in der Orthopädie (LUND & FEINE 1995; TÜRP & STRUB 1996; TÜRP et al. 1997b).

- **Systematische Einschleiftherapie.** Die Aussage, die im Schlussdokument einer im Jahre 1996 von der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) einberufenen internationalen Konsensuskonferenz zur Behandlung der Myoarthropathien (*NIH Technology Assessment Conference on the Management of Temporomandibular Disorders*) getroffen wurde, ist eindeutig: Okklusale Einschleifmassnahmen, welche die Okklusion der Patienten dauerhaft verändern, sollten vermieden werden. Diese Empfehlung erfährt durch zwei vor kurzem veröffentlichte Literaturübersichten Bestätigung. Darin wurde gezeigt, dass wissenschaftliche Nachweise (in Form von kontrollierten klinischen Studien) für die Wirksamkeit bzw. Überlegenheit okklusaler Einschleifmassnahmen im Vergleich zu weniger invasiven bzw. Placebo-Massnahmen fehlen (FORSELL et al. 1999; TSUKIYAMA et al. 2001).
- **Restaurative Rekonstruktionen von Zähnen zum alleinigen Zwecke der Funktionstherapie (Ausnahmen möglich).** Auch in diesem Punkt kam die Konsensuskonferenz zu einer unzweideutigen Schlussfolgerung: «Given current evidence, special emphasis should be placed on the avoidance of extensive restorative procedures to treat a disorder that may change over time.» (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH 1996). Grundsätzlich



Abb. 1 Posterior offener Biss als Folge der Behandlung mit einer anterioren Repositionierungsschiene.

Fig. 1 Non-occlusion postérieure résultant d'un traitement par une attelle de repositionnement antérieur.

gilt: «Therapies that permanently alter the patient's occlusion cannot be recommended on the basis of current data.» (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH 1996).

- **Kieferchirurgische Eingriffe ohne sehr strenge Indikation.** «Randomized controlled clinical trials to support the efficacy of individual surgical procedures have not been performed.» (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH 1996). Hinsichtlich der Verwendung alloplastischer Implantate zum Ersatz des Discus articularis sprach das Expertengremium folgende Warnung aus: «The use of certain alloplastic implants in surgery for TMD has resulted in disastrous consequences for many patients who have undergone such treatment. Consequently, utmost caution must be utilized in considering the use of any implants.»
- **Kieferorthopädische Behandlung zur alleinigen Therapie von Myoarthropathien.** Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass durch kieferorthopädische Massnahmen MAP therapiert werden können (MCNAMARA & TÜRP 1997).

Gefahren

- Therapeutische Fehlversorgung.
- Schaffung iatrogenen Probleme durch die Therapie.
- Unnötige Kosten.
- Enttäuschte Erwartungen.

Fehlversorgung in der Funktionstherapie

«Fehlversorgung ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht.» (SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN 2001b).

Dabei gilt: «Unterlassene, aber indizierte und an sich bedarfsgerechte Versorgungsleistungen lassen sich vom Ergebnis her auch als Fehlversorgung interpretieren, da entgangener Nutzen vermeidbaren Schaden bedeutet; Unterversorgung ist in diesem Sinne auch eine Fehlversorgung.» (SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN 2001a).

Beispiele

- **Einsatz von Okklusionsschienen bzw. Okklusionsbehelfen, die als Nebenwirkung zu Veränderungen von Zahnstellungen oder zu Okklusionsveränderungen führen.** Ein typisches Beispiel ist die Ausbildung eines lateral offenen Bisses nach Behandlung mit einer anterioren Repositionierungsschiene (Abb. 1) (vgl. JOONDEPH 1999). Von manchen Zahnärzten wird die iatrogen veränderte Okklusion als Teil eines Behandlungskonzepts gesehen (Abschluss der sog. Phase-I-Behandlung), an welche sich im Rahmen einer sog. Phase II die Korrektur des auf Grund der Therapie aufgetretenen offenen Bisses mittels prothetischer oder kieferorthopädischer, bisweilen auch kieferchirurgischer Massnahmen anschliesst. Die Bewertung dieser Behandlungsstrategie ist in der wissenschaftlich ausgerichteten zahnärztlichen Literatur einhellig: «Since Phase II treatment by definition involves irreversible procedures, these outcomes strongly suggest that Phase II represents unnecessary overtreatment in most cases.» (GREENE 2001).
- **Viele der in den Abschnitten «Unterversorgung/Übersorgung in der Funktionstherapie» genannten Beispiele.**

Literaturverzeichnis

Das Literaturverzeichnis folgt im Teil II in der Septemerausgabe 2002.