

Schmerz 2020 · 34:437

<https://doi.org/10.1007/s00482-020-00490-w>

Online publiziert: 29. Juli 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020



Jens Christoph Türp¹ · Hans Jürgen Schindler²

¹ Abteilung Myoarthropathien/Orofazialer Schmerz, Klinik für Oral Health & Medicine, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel, Basel, Schweiz

² Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

Nach Patienten fischen ...?

Erwiderung

Zum Leserbrief von Peroz I et al (2020) CMD-Screening ist wichtig. Schmerz. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00489-3>

Originalbeitrag

Türp JC, Schindler HJ (2020) Screening für kranio-mandibuläre Dysfunktionen. Schmerz 34: 13–20. <https://doi.org/10.1007/s00482-019-00432-1>

Wir freuen uns, dass unser Beitrag zur Diskussion anregt und möchten zu den Argumenten der geschätzten Kolleginnen und Kollegen Stellung nehmen:

1. Wir haben nie bestritten, dass im Rahmen einer zahnärztlichen Untersuchung die Durchführung einer Basisdiagnostik, die im Sinne einer „Funktions-Checkliste“ den Zweck hat, funktionelle Auffälligkeiten zu erfassen, eine sinnvolle Maßnahme ist.
2. Eine solche Untersuchung darf aber aus den in unserem Artikel ausführlich dargelegten Gründen nicht „Screening“ genannt werden. Eine adäquate Bezeichnung wäre zum Beispiel „Klinischer Kurzbefund“.
3. Sofern sich ein solcher klinischer Kurzbefund auf das Aufspüren allfälliger Symptome einer kranio-mandibulären Dysfunktion (CMD) bezieht, sollte er strikt auf diese Symptome beschränkt bleiben. Es besteht internationaler Konsens, dass sich die Symptome auf Schmerzen in Kaumuskeln und/oder Kiefergelenken, Einschränkungen der Unterkieferbeweglichkeit und Kiefergelenkgeräusche beschränken. Allerdings wird das Vorhandensein

solcher Symptome nicht zwangsläufig die Einleitung weiterer diagnostischer Maßnahmen oder gar einer Therapie erfordern.

4. Die Einbeziehung der Okklusion in die Definition einer CMD, wie dies im Jahre 2016 unter unserer Mitwirkung im Rahmen einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) erfolgte, ist international unüblich. Unsere Zustimmung zu dieser damals stark diskutierten Änderung wird von uns aus heutiger Sicht als Fehler angesehen.
5. Die Anwendung des DGFD-Erhebungsbogens „CMD-Screening (CMD-Basisdiagnostik)“ geht mit der Gefahr einer Überdiagnostik („erweiterte Untersuchung“) einher. Diese wiederum kann eine nichtindizierte Therapie zur Folge haben.
6. In Bezug auf den Gegensatz „funktioneller Kurzbefund“ versus „CMD-Screening-Bogen“ bietet sich eine Analogie aus dem Fischereiwesen an: Abhängig von der Fangmethode (Angelfischerei versus Treibnetz-fischerei) erhält man wenig oder viel „Beifang“. Ethische Gesichtspunkte hier (Patienten) und dort (Fische) gebieten, den „Beifang“ so gering zu halten wie möglich.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jens Christoph Türp
Abteilung Myoarthropathien/Orofazialer Schmerz, Klinik für Oral Health & Medicine, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel
Mattenstrasse 40, 4058 Basel, Schweiz
jens.tuerp@unibas.ch

Interessenkonflikt. J.C. Türp und H.J. Schindler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.