



Prof. Dr. Jens C. Türp

Orofazialer Schmerz: Querdenker an die Front!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist mir eine große Freude, nach 2002 (Der Schmerz, Heft 5) und 2013 (Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Heft 4–5) zum dritten Mal die Gelegenheit erhalten zu haben, ein Schwerpunktheft zum Thema „Orofazialer Schmerz“ zusammenzustellen. Mein besonderer Dank gilt daher den Herausgebern der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift. Sie haben mit ihrer Entscheidung zu erkennen gegeben, dass sie diese Thematik für klinisch wichtig halten – und konterkarieren damit die Realität an den meisten Universitätszahnkliniken, wo eine anhaltende Gleichgültigkeit gegenüber diesem Thema nicht zu verkennen ist. Dabei hatte es vor einem halben Jahrhundert verheißungsvoll begonnen: An der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen wurde im Jahre 1967 unter Oskar Bock (1915–1979) eine „Spezialabteilung für Funktionsdiagnostik“ eingerichtet – aber kurze Zeit nach seinem unerwarteten Tod wieder aufgelöst.

So kommt es, dass es an vielen Hochschulen bis heute in erster Linie dem persönlichen Interesse und Einsatz einzelner Personen überlassen bleibt, ob und in welchem Ausmaß sich dem Mund-Kiefer-Gesichtsschmerz – und damit untrennbar verbunden den Beeinträchtigungen der Unterkieferfunktion – in professioneller und einer Universität würdiger Manier gewidmet wird. Drei solcher Personen seien beispielhaft genannt: Willi Schulte (Tübingen), Wolfgang Freesmeyer (Berlin) und Georg „Schorsch“ Meyer (Greifswald). Der erste war Oralchirurg, der zweite vertrat die zahnärztliche Prothetik, der dritte repräsentiert(e) die Zahnerhaltungskunde. Bedarf es eines weiteren Belegs, dass das Gebiet „Funktion(störungen)/orofazialer Schmerz“ keinem der klassischen zahnmedizinischen Fächer zuzuordnen ist? Und ist dies vielleicht ein entscheidender Grund, warum sich niemand so richtig verantwortlich fühlt für diesen oft nur belächelten und geduldeten, bisweilen aber auch aktiv behinderten Aufgabenbereich der Zahnmedizin? Oder liegt es an der völlig anders gearteten Aufgabenstellung, die ein Denken und Handeln erfordert, das den in der recht mechanistisch geprägten Zahnmedizin üblichen Gepflogenheiten diametral entgegenläuft [21]?

Solange jedenfalls Experten für die Oberflächenbeschaffenheit von Implantaten, die Zusammensetzung von Dentalkeramiken oder die mechanischen Eigenschaften superelastischer Bögen¹ Entscheidungen über das Wohl und Wehe von Patienten mit orofazialen Schmerzen treffen, solange ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass weder den Bedürfnissen dieser Menschen noch dem immer häufiger geäußerten Anspruch, Zahnmedizin sei Medizin [11], gerecht wird. Selbstverständlich weisen Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten starke, in Form von Risikoschätzern sogar quantifizierbare Verknüpfungen mit allgemeinen Krankheiten auf [23]. Aber ausgerechnet bei den wenigen klinischen Möglichkeiten, die sich eröffnen, um medizinische Grundsätze auch diagnostisch und therapeutisch fast eins zu eins auf den Kieferbereich zu übertragen, wagt man nicht den entscheidenden Schritt und verharrt im anachronistischen Bild der 1960er Jahre, nämlich der reparaturbedürftigen „Maschine Mensch“.

Das vorliegende Schwerpunktheft möchte neben der Erfüllung des legitimen Wunsches nach hochkarätiger Fortbildung auch als Denkanstoß wirken und auf real existierende Defizite bei der Versorgung von Patienten mit orofazialen Schmerzen aufmerksam machen. Die Autoren der fünf Beiträge wurden daher mit Bedacht ausgesucht. Nicht ohne Grund handelt es sich bei ihnen ausnahmslos um Querdenker. Querdenker haben es nicht immer einfach, weil sie es wagen, Zweifel zu äußern und die Validität von Inhalten vorherrschender Denkbäude und Gebräuche in Frage stellen. Dies wird nicht überall gerne gesehen [10]. Dabei ist spätestens seit Popper [15] wohlbekannt, dass der Zweifel die Triebkraft des Erkenntnisgewinns in der Medizin ist [9]. Wissenschaft befindet sich in einem permanenten Revisionsstadium, in welchem bisherige Erkenntnisse immer wieder in Frage gestellt werden müssen [22]. Darum brauchen wir Querdenker. Aber wir benötigen auch Strukturen, die kritisches, ergebnisoffenes und möglichst weit über die Grenzen des eigenen Fachgebiets hinausreichendes Denken (im Englischen gibt es eine schöne Bezeichnung dafür: „Out-of-the-box thinking“ [17]) zulassen und fördern. Nicht nur im Bereich orofazialer Schmerz und Funktion. Sondern überall in der Zahnmedizin. Und weit darüber hinaus.

¹ Keine Frage: Bei diesen Beispielen handelt es sich ausnahmslos um wichtige Themenbereiche; nur sind diese Lichtjahre von dem hier behandelten Tätigkeitsgebiet entfernt.

Welche Autoren und Inhalte erwarten Sie nun in diesem Schwerpunktheft?

Harald Tschernitschek (Hannover) beschäftigt sich seit rund drei Jahrzehnten intensiv mit kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD). Er war einer der ersten Kliniker im deutschsprachigen Raum, der die damals noch mechanistisch geprägte Sichtweise kritisch sah und dies auch in seinen Publikationen äußerte [19, 20]. In seinem Beitrag widmet er sich mit frischem Blick den somatischen Aspekten der CMD. Selbst Kenner der Materie werden aus diesem Artikel nützliche Schlussfolgerungen ziehen.

Markus Fussnegger (Köln) ist ein ausgewiesener Experte der medikamentösen Behandlung von Schmerzpatienten [1, 2]. Da viele niedergelassene und universitär tätige Kollegen einen gewissen Respekt vor Arzneimitteln jenseits von Analgetika und Antibiotika an den Tag legen, wird sein Beitrag, in dem unter anderem auch auf äußerlich aufgetragene Wirkstoffe (Externa) und die zulassungsüberschreitende Anwendung von Medikamenten eingegangen wird, sicherlich das Interesse der Leser wecken.

Paul Nilges (Mainz) ist vielen zahnärztlichen Kollegen durch seine fachkundigen Publikationen [12–14], Vorträge und Kurse zum Thema orofazialer Schmerz bekannt. Gemeinsam mit mir stellt er drei neue bzw. aktualisierte psychometrische Filterfragebögen vor, mit denen sich abschätzen lässt, ob bei einem Schmerzpatienten definierte schmerzassoziierte psychosoziale Belastungen vorhanden sind. Erstmals in deutscher Sprache wird die Weiterentwicklung der Graduierung chronischer Schmerzen (GCS) veröffentlicht, die GCS 2.0.

Einen der drei Pfeiler der evidenzbasierten Medizin bilden bekanntermaßen die in Form von Fachartikeln vorliegenden Ergebnisse aus klinischen Studien. Nikos Giannakopoulos (Heidelberg) [5, 18] und Kollegen gehen der Frage nach, in wie weit die in wissenschaftlichen Veröffentlichungen berichteten Erkenntnisse mit der Wirklichkeit niedergelassener Zahnärzte in Einklang zu bringen sind. Dazu rekurren sie unter anderem auf Patientendaten aus der Praxis von Hans J. Schindler (Karlsruhe/Heidelberg) – einem der frühen Pioniere des biomechanischen Denkens in der Zahnmedizin [6, 16] – sowie aus dem von Bruno Imhoff (Köln) geleiteten STING²-Projekt [7, 8]. Eine vergleichbare Untersuchung, wie sie der vorliegende Beitrag darstellt, gibt es bislang nicht.

Markus Fussnegger [3, 4] schließt die Aufsatzsammlung ab mit neuen Gedanken zur besseren Berücksichtigung psychosozialer Aspekte bei der Therapie chronischer orofazialer Schmerzen. Mit seiner Forderungen nach einer narrativen, personenzentrierten Vorgehensweise und der Inkorporation der klinischen Sozialarbeit bei der Betreuung der betroffenen Patienten betritt er einen völlig neuen Weg.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre mit möglichst viel Erkenntnisgewinn für Ihre praktische Arbeit. Und vergessen Sie bitte nicht: In dubio pro libertate mandibulae!

Herzlichst,
Ihr

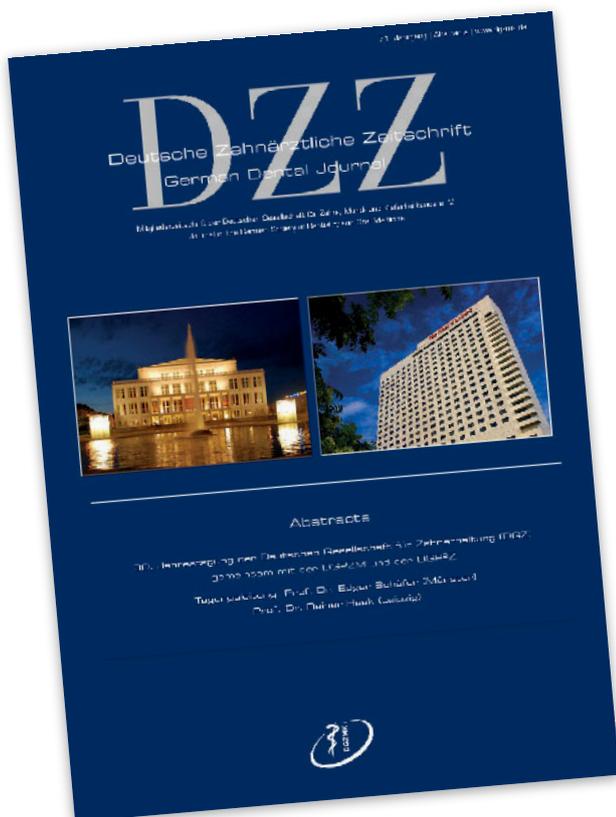
Prof. Dr. Jens C. Türp

Literatur

- Fussnegger MR: Medikamentöse Therapie bei Craniomandibulären Dysfunktionen. Bayer Zahnärztebl 2006; 43: 38–41 [kostenfrei abrufbar unter <www.bzb-online.de/bzb_0906.htm> im Abschnitt „Wissenschaft“]
- Fussnegger MR: Medikamentöse Begleittherapie bei Patienten mit craniomandibulären Dysfunktionen und orofazialen Schmerzen. Quintessenz 2007; 58: 481–487
- Fussnegger MR: Personenzentrierte Zahnmedizin – keine Behandlungsexotik. Ein Feld für den Personenzentrierten Ansatz? Gesprächspsychother Personenzentr Berat 2011; 41: 172–180
- Fussnegger MR: Hat die personenzentrierte, gruppenbezogene Beratung einen Platz in der Zahnmedizin? Gruppendyn Organisationsberat 2011; 42: 27–36
- Giannakopoulos NN, Keller L, Rammsberg P, Kronmüller KI, Schmitter M: Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls. J Dent 2010; 38: 369–376
- Hugger A, Lange M, Schindler HJ, Türp JC: Begriffsbestimmungen. Funktionsstörung, Dysfunktion, kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD), Myoarthropathie des Kausystems (MAP). Dtsch Zahnärztl Z 2016; 71: 165
- Imhoff B: Funktionsdiagnostik und -therapie – Analyse des Patientenkollektivs einer Praxis von 2008 bis 2010. Z Craniomand Funkt 2012; 4: 329–348
- Imhoff B: Retrospektive Studie zur Prävalenz und Therapie von CMD-Beschwerden in niedergelassenen Zahnarztpraxen (STING) – Ergebnisse einer Vorstudie. Z Craniomand Funkt 2015; 7: 337–353
- Köbberling J: Der Zweifel als Triebkraft des Erkenntnisgewinns in der Medizin. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Donner-Banzhoff H (Hrsg): Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2007, 3–13
- Marckmann G, Neitzke G: Ethik, Evidenz und Eigeninteresse: Für eine offene Diskurskultur. Ethik Med 2015; 27: 269–272
- Meyer G: ZahnMEDIZIN im Wandel. In: Schwarz M, Frank M, Engel P (Hrsg): Weißbuch der ZahnMedizin. Rahmenbedingungen und Handlungsoptionen einer zukunftssicheren Gesundheitsversorgung. Band 1. Quintessenz, Berlin 2007, 301–307
- Nilges P: Schmerz aus psychologischer Sicht. Dtsch Zahnärztl Z 1989; 44: S7–S12
- Nilges P, Gerbershagen HU: Befund und Befinden bei Schmerz. Report Psychologie 1994; 19: 12–25 [kostenfrei unter <www.schmerz-zentrum.de>, dann „Downloads“ und „Ärzte und Psychologen“ anklicken. Unter der Überschrift „Downloads für Ärzte und Psychologen“ und unterhalb von „Befund und Befinden bei Schmerz (1994) [Dr. P. Nilges, Prof. H. U. Gerbershagen]“ „PDF-Datei“ anklicken]

² STING: „Study of TMD Patients in General Dentistry Offices“

14. Nilges P: Psychologische Grundlagen bei Kopf- und Gesichtsschmerzen. In: Hugger A, Göbel H, Schilgen M (Hrsg): Gesicht- und Kopfschmerzen aus interdisziplinärer Sicht. Springer, Heidelberg 2006, 21–30
15. Popper K: Logik der Forschung. 11. Aufl. Mohr Siebeck, Tübingen 2005
16. Schindler HJ, Blaser W, Schmidt M: Die funktionellen Unterkieferbewegungen im Vergleich zu den zahngeführten Grenzbahnen. Dtsch Zahnärztl Z 1985; 40: 1020–1026
17. Stohler CS: The end of an era: Orofacial pain enters the genomic age. In: Türp JC, Sommer C, Hugger A (Hrsg): The puzzle of orofacial pain. Integrating research into clinical management. Karger, Basel 2007, 236–247
18. Terebesi S, Giannakopoulos NN, Brüstle F, Hellmann D, Türp JC, Schindler HJ: Small vertical changes in jaw relation affect motor unit recruitment in the masseter. J Oral Rehabil 2016; 43: 259–268
19. Tschernitschek H, Feistner H: Untersuchungen zu kybernetischen Aspekten der Schienentherapie. Dtsch Zahnärztl Z 1990; 45: 594–596
20. Tschernitschek H: Welcher therapeutische Nutzen durch funktionsanalytische Maßnahmen ist nachgewiesen? In: Walther W, Heners M (Hrsg): Wirksamkeit und Effektivität in der Zahnheilkunde. Neue Konzepte für Diagnostik und Therapie. Hüthig, Heidelberg 1997, 69–84
21. Türp JC: Bei myoarthropathischen und anderen orofazialen Schmerzen ist alles anders! [Editorial]. Z Krianiomand Funkt 2012; 4: 283–286
22. Türp JC: Zum Wissenschaftscharakter der Zahnmedizin. In: Staehle HJ (Hrsg): Deutscher Zahnärztekalendar 2015. Das Jahrbuch der Zahnmedizin. 74. Jahrgang. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln 2015, 75–95
23. Türp JC, Spranger H: Nichtübertragbare Krankheiten und ihre Bedeutung für die Zahnmedizin. Swiss Dent J 2016; 126: 473–489



Die **Abstracts** der Vorträge und Posterdemonstrationen der 30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) gemeinsam mit der DGPZM und der DGRZ finden Sie unter **www.online-dzz.de**.