



HTA-Bericht 101: Stellungnahme der DGFDT

Alfons Hugger, Bernd Kordaß, Matthias Lange, M. Oliver Ahlers

Die deutsche Agentur des HTA (Health Technology Assessment) des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) veröffentlichte aktuell einen HTA-Bericht zu „Zahnmedizinischen Indikationen für standardisierte Verfahren der instrumentellen Funktionsanalyse unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Gesichtspunkte (Bericht 101)“. Dabei ging es den Autoren darum, die „derzeit verfügbare Evidenz der instrumentellen Funktionsanalyse bei kranio-mandibulären Funktionsstörungen oder kranio-mandibulären Dysfunktionen (Fehlregulationen der Muskel- und Kiefergelenkfunktion) im Vergleich zur klassischen klinischen Funktionsanalyse“ zu evaluieren. Damit war zugleich der Anspruch verbunden, Aussagen des Berichts dezidiert in einen gesundheitspolitischen Kontext einzubinden – ja gewissermaßen beratend Hinweise gesundheitspolitischer Art geben zu können.

Nun mag das Konzept des HTAs grundsätzlich sinnvoll sein; umso unglücklicher sind solche Untersuchungen und Aussagen, wenn sie das Thema verfehlen und bereits im Ansatz Fragen stellen, deren Sinnhaftigkeit fraglich erscheint und deren Antworten genauso zweifelhaft sind. Welchen Sinn macht es eigentlich, die Validität der instrumentellen Funktionsanalyse für die CMD-Diagnostik im Vergleich zur klassischen, klinischen Funktionsanalyse zu untersuchen? Schwerpunkt der klinischen Funktionsdiagnostik ist die Differenzierung orofazialer Schmerzen/Beschwerden im Sinne einer grundlegenden Anamnese und klinischen Befunderhebung. Es ist bereits im Ansatz klar, dass instrumentelle Verfahren, die im Wesentlichen die Funktionstüchtigkeit des Kausystems mittels kinematischer, elektromyografischer und/oder beiß- beziehungsweise kaukraftbezogener Messungen quantifizieren, zur Qualifizierung orofazialer Schmerzen/Beschwerden nichts beziehungsweise nur eingeschränkt etwas beitragen können. Hingegen dienen die instrumentellen Verfahren bei klinischen Beschwerden primär zur funktionsorientierten Spezifizierung der klinischen Diagnose im Hinblick auf eine differenzierte, individuelle Therapie und Versorgung sowie der genauen, detaillierten Dokumentation und



Verlaufsdokumentation. Die Spanne instrumentell-funktionsanalytischer Maßnahmen reicht dabei von Registrierungen und Bewegungsaufzeichnungen des Unterkiefers am Patienten, mit oder ohne Provokationstests, bis zu einer „einfachen“ Analyse der statischen und dynamischen Beziehungen von Modellen im Artikulator. Ein Verzicht darauf hieße, die Grundlagen einer zahnärztlich-funktionellen Planung infrage zu stellen. Hier muss man wissen, dass zum Beispiel eine umfangreiche prothetisch-funktionelle Planung ohne Modelle als grob fahrlässig zu bezeichnen ist. Eine Fragestellung, welche die klinischen und die instrumentellen Verfahren im Ansatz gleichrangig beziehungsweise austauschbar behandelt, ist im Kontext der Zweckbestimmung deshalb nicht sinnvoll.



Nicht verwunderlich ist es daher, dass diese Fragestellung bisher nie Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen war, wie die Autoren am Schluss ihrer Untersuchung feststellen. Wenn „... keine relevanten Ergebnisse zur Beantwortung der Validität der instrumentellen im Vergleich zur klinischen Funktionsanalyse gefunden werden ...“ und „... es nicht möglich [ist], relevante Aussagen zu den Forschungsfragen zu treffen ...“, sollte die Fragestellung der Gesamtuntersuchung überprüft werden! Diese elementare und gleichsam banale Wahrheit müsste jedem „Technology-Assessment“ zugrunde liegen. Umso erstaunlicher ist, dass der vorliegende HTA-Bericht den eigentlichen Zweck der Instrumente der zahnärztlichen, instrumentellen Funktionsanalyse offenbar nicht richtig kennt, beziehungsweise nur eine vage Vorstellung davon hat. Sieht man davon einmal ab, dass es ein solches, ganz wichtiges Kapitel über den Zweck der instrumentellen Verfahren im HTA-Bericht nicht gibt, drückt sich das Fehlen eines grundlegenden Verständnisses geradezu deziert in sprachlichen Formulierungen wie folgt aus:

Im Kapitel 2.4 (Seiten 12 und 13) des HTA-Berichts wird ausführlich erläutert, wozu die „klinische (beziehungsweise manuelle) Funktionsanalyse“ dient beziehungsweise die „bildgebenden Verfahren“ dienen; zur „instrumentellen Funktionsanalyse“ gibt es hingegen keine klare Charakterisierung der Zweckbestimmung im Hinblick auf deren Indikation im diagnostischen Prozess – allenfalls werden die Möglichkeiten vage erwähnt.

Jedes Instrument, jede Maschine und jedes Werkzeug dient, wenn es/sie sinnvoll ist, einem Zweck. Der Zweck bestimmt die Art und Weise, wie das Instrument eingesetzt werden soll und kann. Wenn der eigentliche Zweck aber unklar ist – also gar nicht klar ist, wozu diese Instrumente gebraucht werden – ist eine Evaluation und Beurteilung eigentlich unmöglich.

Bedauernd ist, dass die im Titel aufgeführte Fragestellung „Zahnmedizinische Indikationen für standardisierte Verfahren der instrumentellen Funktionsanalyse unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Gesichtspunkte“ in der weiteren Untersuchung ausschließlich auf die Diagnostik von kranio-mandibulären Dysfunktionen beschränkt wird. Beim flüchtigen Lesen von Titel und Zusammenfassung könnte beim unkundigen Leser der Eindruck entstehen, dass es keine wissenschaftlich begründeten zahnmedizinischen Indikationen für die An-

wendung instrumenteller Funktionsanalysen gäbe. Das Gegenteil ist der Fall. Im Zeitalter von Implantologie und Keramikronen ist es beispielsweise in der zahnärztlichen Prothetik unabdingbar, den Funktionszustand der Zähne und die damit verbundenen individuellen Zahnkontakte und Unterkieferbewegungen präzise zu ermitteln und bei der Herstellung von Zahnersatz zu berücksichtigen. Das geschieht fast ausschließlich mit Mitteln der instrumentellen Funktionsanalyse.⁸ Die dabei standardmäßig angewandten Verfahren sind gut untersucht und stehen auf hohem Evidenzniveau.¹⁰ Dementsprechend fordern Gerichte im Streitfall zunehmend, vor Behandlungsbeginn grundsätzlich eine instrumentelle Funktionsanalyse zur Bestimmung der Funktionsstörung durchzuführen.⁹ Ein Verzicht darauf hieße, die Grundlagen zahnärztlich-funktioneller Planung insgesamt infrage zu stellen.

Weiterhin werfen die Art der Literaturrecherche und die Wertung der gefundenen Artikel Fragen auf. Es existieren durchaus Studienartikel, die auf hohem wissenschaftlichen Niveau in Zeitschriften mit einem Gutachterverfahren die klinische und instrumentelle Funktionsanalyse unter definierten Fragestellungen vergleichen; diese wurden im HTA-Bericht nicht erwähnt.^{1,6} Die Kenntnis wichtiger Übersichtsarbeiten zur Thematik hätte den Autoren zudem die Einarbeitung in die Thematik erleichtert.^{2,3} Unter 7.1 „Medizinische Forschungsfragen“ stellen die Autoren fest, dass „... nur ein Artikel ...“ zu den „... durch instrumentelle Funktionsanalysen ermittelten Messwerten in Relation zu pathomorphologischen Veränderungen und Dysfunktionen des kranio-mandibulären Systems“ identifiziert werden konnte. Dieser wurde aber ausgeschlossen, „... da er der instrumentellen Funktionsanalyse lediglich Diagnosen aus bildgebenden Verfahren gegenüberstellt.“ Nur zu dieser Fragestellung finden sich bereits nach oberflächlicher Recherche in der Datenbank PubMed (U.S. National Library of Medicine) Dutzende Studienartikel, die den Autoren zum Zeitpunkt der Datenbankrecherche am 13.05.2009 zur Verfügung standen. Koh et al.⁷ nennen 172 relevante Studienartikel zu genau diesem Thema und untersuchten für ihren Übersichtsartikel 23 Publikationen, die den Anforderungen der evidenzbasierten (Zahn-)Medizin genügen. Die vorhandene Diskrepanz zwischen HTA-Bericht und Realität stellt die Qualität der gesamten HTA-Recherche infrage. Die Autoren räumen in der Diskussion „... eine gewisse Unsicherheit bezüg-



lich der Vollständigkeit der gefundenen Literaturstellen ...“ ein und begründen dies unter anderem damit, dass die „... durchsuchten Datenbanken keinen umfassenden Zugang zu den wesentlichen Fachzeitschriften bieten ...“ Dieser Umstand würde das Fehlen vieler relevanter Quellen erklären.

Die Unsicherheit der Autoren bei der Verwendung der exakten Terminologie spiegelt sich in der englischen Übersetzung der deutschen Zusammenfassung wider, die in der DAHTA-Datenbank online zur Verfügung gestellt wurde. So wird beispielsweise der Begriff „Funktionsstörung der Kiefergelenke“ aus dem deutschen Original⁴ mit dem unsinnigen Terminus „dysfunctions of the mandibular“⁵ übersetzt. An anderer Stelle führen die Autoren für den im deutschen Original verwendeten Begriff „CMD“⁴ den ungebräuchlichen Terminus „craniomandibular malfunction“⁵ ein.

Es wird ferner nicht deutlich, warum die im Anhang 11.4.2 genannten 26 Veröffentlichungen hinsichtlich ökonomischer Relevanz überprüft wurden. Immerhin wurden 23 Artikel von der weiteren Bewertung ausgeschlossen, da „kein gesundheitsökonomischer Bezug“ gefunden wurde. Diese offensichtlichen Mängel stellen die Sinnhaftigkeit des Bewertungsverfahrens infrage, zumal die Qualitätskriterien für die Bewertung gesundheitsökonomischer Studien im Kapitel 5.3.2 und im Anhang 11.3.3 ausführlich beschrieben werden.

Insgesamt ist dieser HTA-Bericht aufgrund offenkundiger Schwächen ungeeignet, den Stellenwert der aktuellen instrumentellen Verfahren für die zahnärztliche Funktionsanalyse und -therapie auch nur im Ansatz sinnvoll zu charakterisieren.

Inbesondere die unter 7.3 gezogene Schlussfolgerung („... dass keine Aspekte gefunden werden, die einen zusätzlichen Nutzen der instrumentellen Funktionsanalyse aufzeigen. Falsch-positive Diagnosen einer CMD auf der Basis einer instrumentellen Funktionsanalyse würden betroffene Patienten nicht nur zusätzlich belasten, sondern könnten konkret zu überflüssigen zahnmedizinischen Interventionen und damit verbundenen Kosten führen“) ist unzulässig, da diese Fragestellung an keiner Stelle Gegenstand der Untersuchung war.

Das trifft in gleichem Maße für die ebenfalls unter 7.3 formulierte Aussage „Die Angemessenheit der durch die instrumentelle Funktionsanalyse zusätzlich verursachten

Kosten scheint fragwürdig“ zu. So eine Feststellung zu treffen, nachdem man keine diese Problematik betreffenden Studien gefunden hat, ist inakzeptabel und wissenschaftlich unseriös.

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT), als der für die hier aufgeworfenen Fragen zuständigen Fachgesellschaft, wird der Bericht dem komplexen Thema in keiner Weise gerecht, die Fragestellung an sich ist ungeeignet und die gefundenen Antworten sind daher nicht hilfreich. Der Bericht ist daher auch nicht nachbesserungsfähig, obwohl dies durch Veränderung des Titels versucht wurde, und sollte zurückgezogen werden.

Literatur

1. Bracco P, Deregibus A, Piscetta R, Giaretta GA. TMJ clicking: a comparison of clinical examination, sonography, and axiography. *Cranio* 1997;15:121–126.
2. De Boever JA, Carlsson GE, Klineberg IJ. Need for occlusal therapy and prosthodontic treatment in the management of temporomandibular disorders. Part I. Occlusal interferences and occlusal adjustment. *J Oral Rehab* 2000;27:367–379.
3. De Boever JA, Carlsson GE, Klineberg IJ. Need for occlusal therapy and prosthodontic treatment in the management of temporomandibular disorders. Part II: Tooth loss and prosthodontic treatment. *J Oral Rehab* 2000;27:647–659.
4. http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta256_kurzfasung_de.pdf: am 07.04.2011
5. http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta256_summary_en.pdf: am 07.04.2011
6. Huddleston Slater JJ, Lobbezoo F, Chen YJ, Naeije M. A comparative study between clinical and instrumental methods for the recognition of internal derangements with a clicking sound on condylar movement. *J Orofac Pain* 2004;18:138–147.
7. Koh KJ, List T, Petersson A, Rohlin M. Relationship between clinical and magnetic resonance imaging diagnoses and findings in degenerative and inflammatory temporomandibular joint diseases: a systematic literature review. *J Orofac Pain* 2009;23:123–139.
8. Morneburg T, Hugger A, Türp JC, et al. Wissenschaftliche Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e. V. (DGPRo) (vormals DGZPW): Anwendung des Gesichtsbogens beim funktionsgesunden Patienten im Rahmen restaurativer Maßnahmen. *Dtsch Zahnärztl Z* 2010;65:690–694.
9. Pflicht zur Durchführung funktionsanalytischer Maßnahmen vor zahnprothetischer Behandlung. *Landgericht Braunschweig*, 2. Mai 2001, AZ 2 S 916/00.
10. Utz KH, Schmitter M, Freesmeyer WB, et al. Wissenschaftliche Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e. V. (vormals DGZPW): Kieferrelationsbestimmung. *Dtsch Zahnärztl Z* 2010;65:766–774.



Prof. Dr. Alfons Hugger
Vorstandsbeauftragter der DGFDT
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheil-
kunde der Heinrich-Heine-Universität
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
E-Mail: hugger@uni-duesseldorf.de



Dr. Matthias Lange
Vizepräsident der DGFDT
Lietzenburger Straße 51, 10789 Berlin
E-Mail: dr.lange@onlinehome.de



Prof. Dr. Bernd Kordaß
Vorstandsbeauftragter der DGFDT
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Zahnmedizinische Propädeutik/Community
Dentistry Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Rotgerberstraße 8, 17475 Greifswald
E-Mail: kordass@uni-greifswald.de



Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers
Generalsekretär der DGFDT
CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf
Falkenried 88 (CiM, Haus C)
20251 Hamburg
E-Mail: Oliver.Ahlers@CMD-Centrum.de

Originalbeitrag erschienen in
J CranioMand Func 2011;3(2):97-101.