

Beginn der Veranstaltung!

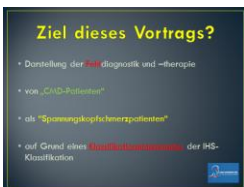


Sehr geehrte Tagungsleitung, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Dieser Vortrag wird Ihnen vom „CMD-Centrum-Kiel“ präsentiert und beschäftigt sich mit der Frage:



„CMD“- Kein Fall für die IHS/ICD 10 Klassifikation?



Das Ziel dieses Vortrages besteht darin Ihnen aufzuzeigen, dass es in der „Schmerztherapie“ und hier vor allem in Schmerzkliniken, bei „CMD-Patienten“ sehr häufig zu einer Fehldiagnose und lebenslanger Fehltherapie kommt, weil diese „CMD-Patienten“ auf Grund einer fehlerhaften „IHS Klassifikation“ als „Spannungskopfschmerzpatienten“ fehl diagnostiziert und symptomatisch fehltherapiert werden, statt die Patienten einer kausalen „CMD-Behandlung“ zuzuführen.

--



VIDEO

Die Patientin in diesem Video, Frau Nina Riediger, wurde über viele Jahre erfolglos wegen ihrer starken Kopfschmerzen, Rücken- und vieler anderer Beschwerden, unter anderem in der „Schmerzklinik in Kiel“ behandelt.

Auch wenn in der Fernsehberichterstattung auf das Thema „Rückenschmerzen“ fokussiert wird, bestand das Hauptsymptom der Frau Riediger in den extremen Kopf- und Gesichtsschmerzen unter denen sie langjährig litt.



Der Begriff „IHS Klassifikation“ bedeutet: „Internationale Klassifikation der Kopfschmerzen“

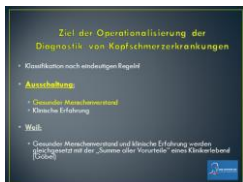
Als deutsches Komiteemitglied ist Professor Göbel tätig

Die „IHS“ wurde 1982 gegründet.

1988 wurde die erste IHS Klassifikation heraus gegeben.

2003 folgte die zweite überarbeitete IHS Klassifikation

Die „ICD-10-Klassifikation“ der WHO lehnt sich an die „IHS-Klassifikation“ an.



Das wichtigste Kennzeichen der „IHS-Klassifikation“ besteht in dem Begriff der „Operationalisierten Kriterien“ in der Diagnostik!

Was müssen Sie sich darunter vorstellen?

Im Prinzip einen vorgegebenen Abfragekatalog im Sinne eines Ankreuzbogens.

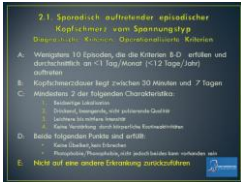
Was soll der Sinn sein?

Die Ausschaltung des gesunden Menschenverstandes,

denn die Kommission geht davon aus, dass klinische Erfahrungen nur zu Vorurteilen beim behandelnden Arzt führen.

So viel zur Auffassung der Kommission, was das selbstbestimmte, diagnostische Urteilsvermögen der Ärzteschaft betrifft. Und damit auch das Ihre!

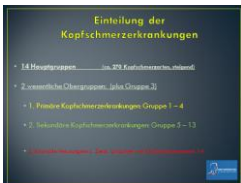
Was dabei dann heraus raus kommt, möchte ich Ihnen hier demonstrieren!



Beispielhaft, sehen Sie hier, wie das konkret aussieht bei einer Form des Spannungskopfschmerzes der Kategorie 2.1.

Die Diagnostischen Kriterien, bestehen unter anderem in:

- Dauer
- Häufigkeit
- Details der Symptomatik.



Kommen wir nun zu der Klassifikation der Kopfschmerzerkrankungen.

Aktuell sind über 270 Kopfschmerzarten registriert, Tendenz steigend.

Es existieren: 14 Hauptgruppen

Es erfolgt eine Einteilung in zwei große Obergruppen!

Die erste Obergruppe: Die primären Kopfschmerzen: Hauptgruppe 1 bis 4

Die zweite Obergruppe: Die sekundären Kopfschmerzen: Hauptgruppe 5 bis 13

Die dritte Gruppe: „Kraniale Neuralgien und Zentrale Ursachen von Gesichtsschmerzen“. Hier werden all die Kopfschmerzen eingeordnet, die keine eindeutige Symptomatik besitzen und damit auch keine eindeutige Therapieausrichtung!

Wir konzentrieren uns auf die beiden Obergruppen eins und zwei, die der primären und der sekundären Kopfschmerzen.



Der Spannungskopfschmerz ist das gravierendste Problem aller Kopfschmerzkrankungen, und jetzt achten Sie bitte auf den Nachsatz.

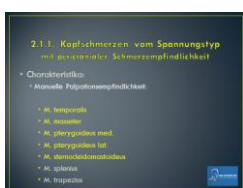
...die Pathophysiologie ist nicht bekannt. Das bedeutet: Aus dieser Sicht heraus kann nur symptomatisch behandelt werden.



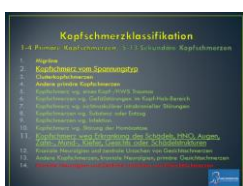
Betrachten wir jetzt die „operationalisierten Kriterien“ eines bestimmten Spannungskopfschmerzes der Untergruppe 2.1.1., dann stellen wir fest, dass dieser charakterisiert ist durch:

Erhöhte Schmerzempfindlichkeit der pericranialen Muskulatur bei manueller Palpation!

Das kommt uns bekannt vor!

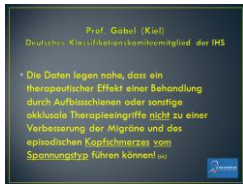


Weiterhin: Palpationsempfindlichkeit der typischen Kieferschließer: M. temporalis, masseter, pterygoideus.lat. und med. etc.



In der Obergruppe der sekundären Kopfschmerzen, also der Gruppe, bei der eine kausale Therapiemöglichkeit besteht, finden wir unter der Klassifikationsnummer 11 zwar den Zahnmundkieferbereich, hier aber keine „CMD-Symptomatik“.

Die finden wir dafür in der Obergruppe der „Primären Kopfschmerzen“ unter der Klassifikationsnummer 2.2.1, den Kopfschmerz vom Spannungstyp, und damit verbunden einer symptomatischen Therapieausrichtung. Konkret mit Schmerzmitteln, die zudem bei CMD-Patienten nicht einmal wirken!



Prof Göbel sagt, obwohl er den Fall der Frau Riediger kennt: „Die Daten legen nahe, dass ein therapeutischer Effekt einer Behandlung durch Aufbisssschienen, oder sonstige okklusale Therapieeingriffe nicht zu einer Verbesserung... des episodischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp führen kann!“



In der Denkweise der „IHS“ bestehen als Ursachen der Symptomatik eines „sogenannten“ „Spannungskopfschmerzes mit pericranialer Schmerzempfindlichkeit“, aus der Gruppe der primären Kopfschmerzen, folgende Möglichkeiten:

- Medikamentenmissbrauch
- Psychosozialer Stress
- Allein die Vorstellung, dass man Kopfschmerzen habe
- Depressionen
- Angst
- Muskulärer Stress
- Keine auffindbaren Gründe

- Und viele andere.

Nur das, was in vielen Fällen die tatsächliche Ursache der Kopf- und Gesichtsschmerzen darstellt, nämlich die:

Dys- und Malfunktion der pericranialen Muskulatur, hervorgerufen durch Störungen der statischen und dynamischen Okklusion, kommt in der Differentialdiagnostik der Schmerzmediziner nicht vor!



Und deshalb spritzt Herr Prof. Göbel, mit Billigung der „IHS-Klassifikation“, die er selbst mitgestaltet, auch weiterhin Botox in den m.masster und m.temporalis, um eine fehlbelastete Kieferschließermuskulatur temporär schmerzlindernd zu behandeln, statt diese Patienten einer sachgerechten zahnärztlich funktionellen „CMD-Diagnostik“ und „Therapie“ zuzuführen.



Und deshalb ist es offensichtlich, dass auf Grund der Unklarheiten der „IHS Klassifikation“ und des Systems der „operationalisierten diagnostischen Kriterien“ eine enorme Anzahl von „CMD-Patienten“ als „Spannungskopfschmerzpatienten“ ihr ganzes Leben lang fehldiagnostiziert und fehltherapiert werden und damit ein volkswirtschaftlicher Schaden unvorstellbaren Ausmaßes verursacht wird! Von dem häufig lebenslangen Leiden der Betroffenen gar nicht zu reden.

Der ganze Wahnsinn des Systems wird dadurch ins Absurde gesteigert, dass die Kostenträger bereit sind diese vollkommen unsinnigen Ansätze der „Spannungskopfschmerztherapie“ zu zahlen. Jeder AOK Patient erhält für 10.000,-€ und mehr drei Wochen Schmerzklinik und einen symptomatisch orientierten Therapieansatz, der nicht funktioniert! Und danach gehen die Ausgaben lebenslang weiter. Die mögliche „CMD-Behandlung“ mit kausalem Behandlungsansatz hingegen, wird nicht bezahlt.

Und deshalb muss man am Ende dieses Vortrags die Frage stellen, ob die „etablierte Schmerzmedizin“, überhaupt ein Interesse daran hat zu erkennen, dass viele „vermeintliche Spannungskopfschmerzpatienten“ tatsächlich zahnärztliche „CMD-Patienten“ sind!

Wir reden hier viel von Interdisziplinarität. Die Wahrheit ist schlicht die, dass sich die Interdisziplinarität in vielen Fällen schon aus der Anamnese der Patienten ergibt, denn zumindest bei meinen Patienten bin ich der Letzte, der aufgesucht wird, und nicht der Erste.

Ich bin Mitglied dieser Fachgesellschaft seit 1993 und habe miterlebt wie in Bad Nauheim ein Dr. Bumann und ein Herr Landeveer, die bis dahin dominierenden Instrumentalisten aufgeschreckt haben, und dieser Fachgesellschaft eine vollkommen andere Ausrichtung mitgegeben haben. Ich habe miterlebt, wie dort die Abteilungen verschiedener Universitäten von ihren Professoren in die Schlacht der wissenschaftlichen Auseinandersetzung geführt wurden. Heute ist unsere Gesellschaft erfolgreich und angesehen. Unsere Außendarstellung ist hervorragend, dank unseres Vorstandes. Interdisziplinarität in aller Munde. Nur das, womit hier alles einmal angefangen hat, nämlich dem zahnärztlich-kausalen Ansatz von „CMD“, der bleibt zunehmend auf der Strecke. Kollege Tschernitschek aus Hannover hat es im Oktober 2011 in der DZZ beklagt. Ich würde mir wünschen, dass wir uns wieder mehr kritisch auseinandersetzen. Auch mit der vermeintlichen Interdisziplinarität. Und wenn Sie eben diesen Vortrag bewerten, dann müssen Sie sich fragen, wo bei aller Interdisziplinarität die funktionsorientierte Zahnheilkunde von den Schmerzmedizinern eingeordnet wird. Ich will es Ihnen sagen: Im wissenschaftlichen Niemandsland! Und während wir hier darüber streiten, ob man interdisziplinär noch einen Gynäkologen oder den dritten Osteopathen hinzuziehen sollte, werden wir von der Schmerzmedizin ganz kalt ignoriert.

Das ist auch eine Wahrheit der interdisziplinären Betrachtung des Krankheitsbildes „CMD“. Sicherlich keine aus dem Hochglanzprospekt dieser Tagung!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!