

Nur wer „CMD kann“,  
überzeugt  
Bundesrechnungshof, BRH  
und  
Beihilfe

### Orientierung und Weichenstellung

Aktuell sind ähnlich wie in allen gesellschaftlichen Bereichen auch in der medizinischen Wissenschaft Umbrüche durch komplexeres Wissen und durch neue technische Möglichkeiten zu verzeichnen.

Diese neuen Perspektiven und neuen Möglichkeiten erfordern auch eine Neuorientierung im Bereich der Zahnmedizin und der Kieferorthopädie.

Diese Neuausrichtung des Zahnarztes / Kieferorthopäden ist dringend erforderlich, um den Patienten zeitnah optimal zu versorgen, aber auch, um „den Anschluss“ nicht zu verpassen und um seinen sog. Patientenstamm zu halten, oder sogar zu erweitern.

Neben den neuen technischen Entwicklungen in der Kieferorthopädie ist in der Zahnheilkunde das zentrale Thema die Therapie der sog. CMD, Craniomandibulären Dysfunktion.

Dieses Thema - CMD - entwickelte sich aus der sog. „Gnathologie“ und ist zurzeit das zentrale Thema der allgemeinen Zahnheilkunde, wird darüber hinaus aber zu einem existenziellen Thema für die Prothetik und Implantologie.

Zudem spricht immer mehr dafür, dass nicht nur der Craniomandibuläre Bereich, oder das sog. Craniomandibuläre System, CMS betroffen ist, sondern auch das Craniocervicale System, CCS mit den entsprechenden Dysfunktionen CMD / CCD.

Die Thematik „CMD“ ist so aktuell und flächendeckend, dass CMD die Bedeutung von der ehemaligen „Karies“ erhalten hat, und wird dann von noch größerer medizinischer Bedeutung sein, wenn die CCD ursächlich aus dem Bereich der Zahnmedizin abzuleiten ist.

Damit entwickelt sich „CMD“ zur zentralen interdisziplinären und volkswirtschaftlich bedeutenden Aufgabe.

Im Bereich der CMD-Behandlung hat die Kieferorthopädie zurzeit noch einen Anteil, den man als „rudimentär“ bezeichnen muss.

Dieses ist zunächst darauf zurückzuführen, dass der Kieferorthopäde bislang mit seinen Maßnahmen und dem Zeitpunkt seiner Behandlung den im Wachstum befindlichen Patienten betreute, und die sog. CMD in diesem Altersabschnitt aus den verschiedensten Gründen nicht deutlich erkennbar war. Daher hatte man viele initiale Symptome nicht zur „CMD“ gehörig empfunden, und deshalb auch nicht registriert.

Aber auch heute noch tut sich die konventionelle / rezente Kieferorthopädie ausgesprochen schwer, das Thema CMD in den Griff zu bekommen, bzw. diese gezielt zu behandeln; oder besser gesagt: Man hat keine ausreichenden Perspektiven, CMD mit dem aktuellen Wissensstand - und ggf. auch mit den aktuellen sog. „Techniken“ effektiv zu behandeln oder behandeln zu können.

In diesem Zusammenhang muss auch auf die offiziellen Gutachten über die rezente Kieferorthopädie von 2001 Rüdiger Saekel, 2008, W. Frank et al. und 2018 BRH und BMG hingewiesen werden.

Eine interne Bewertung der Kieferorthopädie / Orthodontie wurde zur Jahrhundertwende 2000 von P.M. Sinclair erstellt:

*„Zukünftige Herausforderungen für die Wissenschaft von morgen.“ AJO Vol. 117, Nr. 5, S. 551 – 552:*

*„Würden Eduard Angle und Calvin Case heute noch leben, und würden auf das zurückschauen und sehen, was das letzte Jahrhundert für die Wissenschaft der Orthodontie gebracht hat, so würden ihre Reaktionen eine Art Mischung aus Freude und Frustration sein, da viele der Kernprobleme, welche sie damals bereits frustriert hatten, als dieses Spezialfach noch in seiner Babyphase (infancy) war, auch heute noch vorliegen, und zwar ungelöst.“*

Auf dieser Basis dürfte deutlich werden, dass die rezente Kieferorthopädie nicht der Aufgabe gewachsen ist, die medizinischen Probleme im Rahmen der CMD lösen zu können:

Bislang war bei „CMD“ nach S. Kopp die Devise für Kieferorthopäden:

*„Solange nicht geklärt ist, welche Wirkung kieferorthopädische Behandlungen auf das Kiefergelenk haben, sollten Kieferorthopäden allein schon aus forensischen Gründen vorsichtig sein.*

*Bereits bei diskreten Dysfunktionszeichen oder -befunden sollte sichergestellt werden, dass sich unter einer kieferorthopädischen Behandlung nicht das Vollbild einer kranio-mandibulären Dysfunktion entwickelt.“*

[Kopp et al., Kranio-mandibuläre Dysfunktion, Kieferorthop. 17:323-334m 2003]

Bereits im letzteren Satz wird deutlich, dass auch durch „Kieferorthopädie“ CMD sich verstärken kann, somit auch verursacht werden kann.

S. Kopp in: Ahlers und Jakstat: Klinische Funktionsanalyse S. 116:

*„Ätiologische und pathogenetische Aspekte der cranio-mandibulären Dysfunktion (CMD)“* sieht Kopp in der Zusammenfassung - CMD - unter folgender Perspektive:

*„Was ist nun eine CMD(CCD) – Eine Zusammenfassung:*

*Es wurde dargestellt, dass die Symptomatik „CMD“ sehr facettenreich ist. Deshalb kann sie auch so leicht durch das „diagnostische Sieb“ fallen.*

*- Es fehlt ein klares Leitsymptom! -“*

Zum besseren Verständnis der komplexen Zusammenhänge der CMD wurde ein Modell entwickelt. Dieses Modell wurde im richtungsweisenden Buch: „Klinische Funktionsanalyse“, M. O. Ahlers / H. A. Jakstat von S. Kopp vorgestellt.

Allerdings wird durch dieses Modell das Verständnis für die sog. CMD eher nicht verbessert, da Grundlagenfehler in diesem Modell festzustellen sind. Bei dem Modell mit den 6 Beinen befinden sich das linke Beinpaar hinter einem Vorhang. Dieses linke Beinpaar stellt die beiden Kiefergelenke dar, welche man nicht sehen kann, und daher mit einer sog. Manuellen Strukturanalyse erforschen muss.

Vor der rechten Seite fehlt aber die gesamte Front mit den Eckzähnen, sodass die Scherkräfte der Front gar nicht erscheinen – und zumindest ebenfalls hinter einen Vorhang „gestellt“ werden müssen.

Hieraus ist abzuleiten, dass praktisch alle wesentlichen zu bearbeitenden Bereiche sich hinter „Vorhängen“ befinden, und nur die A, B, C,- Kontakte „übrig“ bleiben.

Es dürfte daher nachvollziehbar sein, dass man aus der Perspektive der verbleibenden ABC- Kontakte das überregionale Problem „CMD“ nicht lösen kann.

Ähnliches gilt für die sog. Manuelle Strukturanalyse, mit der man mit dem Unterkiefer per Hand die Gelenke hinter dem Vorhang „spielerisch“ abtastet, um den sog. „Belastungsvektor“ nach manueller „Spielart“ auszumachen.

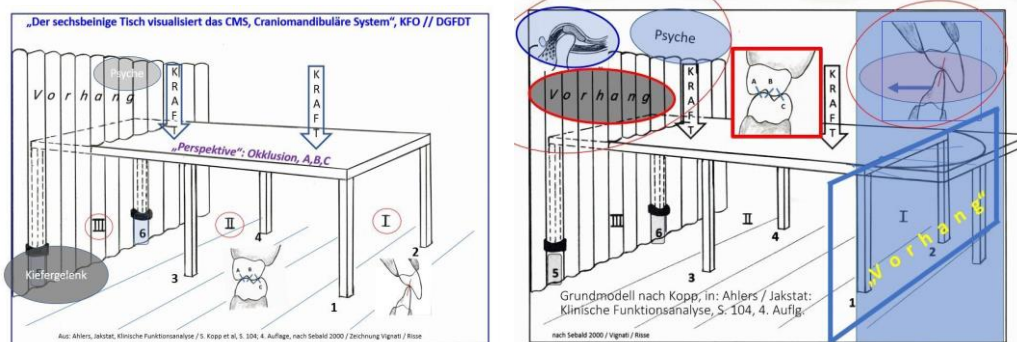


Abb.: Der gesamte Front-Eckzahnbereich fehlt, und ist somit hinter dem sog. Vorhang.

## Standortbestimmung Zahnmedizin (CMD)

### CMD und (eingeschränkte) therapeutische zahnärztliche Möglichkeiten (DGFDT)

- „Klassische zahnärztliche Mittel beinhalten beispielsweise jedoch keine Verfahren, mit denen Muskel- oder Gelenkerkrankungen - direkt - beeinflussbar sind.“ [Ahlers/Jakstat, S. 391]
- Therapeutische zahnärztliche Hilfsmittel:
  - Klinische Funktionsanalyse,
  - 'instrumentelle Untersuchungstechniken'
  - Manuelle Strukturanalyse der KG, „Belastungsvektor“
  - Aufbisschienen
- Zusätzliche Maßnahmen: 'Physikalische Anwendungen, Physiotherapie, psychosomatisch wirkende Aufklärungs- und Beratungsgespräche' [Ahlers / Jakstat: Klinische Funktionsanalyse; 4. Auflage, DentaConcept Verlag, S. 392]

## Die zentrale Aufgabenstellung der Zahnmedizin und Kieferorthopädie ist somit:

- die CMD prophylaktisch verhindern zu können, und
- therapeutisch beherrschen zu können.
- Der Kieferorthopädie hat hier eine zentrale Aufgabenstellung, da die Möglichkeiten einer erfolgreichen prothetischen Versorgung eines CMD-Patienten allein durch den Zahnarzt und seinen (offiziell dargestellten) geringen Möglichkeiten auch verschwindend gering sind.

## Standortbestimmung Kieferorthopädie (CMD)

### Bedeutung für den Zahnarzt und den Patienten:

- I. Das Behandlungsergebnis des Kieferorthopäden ist die Grundlage für jegliche weitere zahnärztliche Tätigkeit -zeitlebens.
- II. Die Kieferorthopädie beeinflusst während des Wachstums:
  - alle Zahnstellungen und - Winkelstellungen je Kiefer,
  - alle dentalen Zahnbeziehungen in der Okklusion,
  - alle Belastungsvektoren der Okklusion und der Kiefergelenke, KG / (Thema: „Zwangsbiss“ / Scherkontakte)
  - alle strukturellen, funktionellen und skelettalen Beziehungen der Kiefer und des Schädels durch
    - (a) adaptative Umbauvorgänge und
    - (b) zusätzlich durch Wachstumsvorgänge.
- III. nach Ende des Wachstums, WT. verändert die KFO adaptativ „nur“ noch Zahnstellungen und Zahnbogenformen in 3D. [Neu: CMD-KFO]

### Fazit:

- Die KFO mit Wachstum, WT ist extrem „nachhaltig“, (invasiv) (im Positiven wie im Negativen)
- Die KFO definiert den funktionellen Zustand des Kauorgans als Basis für alle nachfolgenden Tätigkeiten des Zahnarztes zeitlebens.
- Kieferorthopädie hat den höchsten Grad an Invasivität in der Medizin und ist Schicksal bestimmend.

### Die Umsetzung:

Bei zunehmender Konkurrenzlage und sparsameren Haushalten wird nur die Praxis angemessen bestehen oder sich erweitern können, welche die nachhaltigsten diagnostischen Kenntnisse und Behandlungsmaßnahmen mit entsprechenden (nachhaltigen) Behandlungstechniken anbieten kann.

Für den kieferorthopädischen Bereich wird das jene Praxis sein, welche nicht nur „gerade Zähne“ möglichst unsichtbar oder „schnell“ herstellt, sondern die Praxis, welche funktionelle Okklusionskonzepte des Kauorgans mit entsprechenden funktionellen Behandlungstechniken individuell verfolgt:

Nur hierdurch ist es möglich, die aktuelle Volkskrankheit CMD, Craniomandibuläre Dysfunktion

- a. gezielt zu verhindern,
- b. CMD und komplexe Verwachsungen nicht durch Kieferorthopädie zu verursachen,
- c. CMD gezielt und ursächlich therapieren zu können,
- d. und damit Vorleistungen ermöglicht, gezielt prothetische und implantologische Maßnahmen ohne CMD durchführen zu können, was zur Zufriedenheit auch der kooperierenden Zahnarztpraxis und deren Patienten führt.
- e. Schlussendlich werden dann auch nur medizinisch erfolgreiche oder erfolgsversprechende Leistungen vom BRH, Bundesrechnungshof und der Beihilfe honoriert.

In den letzten 10 Jahren hat sich eine diesbezügliche CMD-KFO entwickelt, welche zu den obigen Problemstellungen richtungsweisende Lösungen anbietet:

*CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO: 31.07.13 ZÄKWL: „Anmeldung einer neuen Fachdisziplin im Funktionsbereich des Kauorgans nach Empfehlung des Wissenschaftsrats, WR 2005*

[http://www.cmd-institut.de/files/Neue\\_Fachdisziplin\\_Interne\\_2013t.pdf](http://www.cmd-institut.de/files/Neue_Fachdisziplin_Interne_2013t.pdf)

[http://www.cmd-institut.de/files/KFO\\_Studie\\_2008.pdf](http://www.cmd-institut.de/files/KFO_Studie_2008.pdf)

Zahnheilkundegesetz §1 Abs. 3

[https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwir\\_735mMPmAhVbilwKHV\\_aAuAQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fwww.gesetze-im-internet.de%2Fzhg%2FBJNR002210952.html&usg=AOvVaw3wiisAdx5\\_oJS\\_vjXXMaBf](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwir_735mMPmAhVbilwKHV_aAuAQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fwww.gesetze-im-internet.de%2Fzhg%2FBJNR002210952.html&usg=AOvVaw3wiisAdx5_oJS_vjXXMaBf)

Dr. G. Risse, Münster, den 20.12.19