

DR. GEORG RISSE

FACHZAHNARZT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE, KFO // SPEZIALIST KIEFERORTHOPÄDIE DER UNIV. ZÜRICH, CH.
Institut für: Kiefer- Orthopädie // CMD- KieferOrthopädie, CMD- KFO, www.cmd-kfo.de
Dento-Craniale und Dento-Cervikale Orthopädie u. Neurologie, DCC-ON, www.dcc-on.de
Interdisziplinäre Funktionserkrankungen / Multisystemerkrankungen / Rehabilitation

48149 Münster, Raesfeldstr. 15, Tel.: +49- (0)251- 294959, Fax: +49- (0)251 – 297675



Cranio-Mandibuläre-Cervikale Orthopädie & Neurologie, CMC-O&N.© // CMD-KFO.©

Dr. G. Risse – Raesfeldstr. 15 - 48149 Münster

**Präsidenten, Vorstand der Zahnärztekammer
Westfalen-Lippe
Auf der Horst 29-31
48147 Münster**

Münster, den 31.07.13

An den Präsidenten der
Zahnärztekammer Westfalen - Lippe
Herrn Dr. Klaus Bartling
und an den Vorstand der Zahnärztekammer WL

Offizielle Anmeldung einer neuen interdisziplinären Fachdisziplin im Funktionsbereich des Kauorgans nach Empfehlung des Wissenschaftsrates, WR, 2005:

*Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland:
Wissenschaftsrat, WR, empfiehlt umfassende Reformen für die Zahnmedizin an den Universitäten.*

Die neue Fachdisziplin:

CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO

- KieferOrthopädie im Rahmen der sog. Craniomandibulären Dysfunktion, CMD.
- Dento-Craniale und Dento-Cervikale Orthopädie u. Neurologie, DCC-ON,

Mit der Aufforderung zur Umsetzung in die aktuelle Lehre, Therapie und Praxis und Information der entsprechenden Ministerien der Wissenschaft, der Gesundheit und des Rechts.

Präambel

Die Begründung zur Anmeldung einer neuen Disziplin ergab sich aus dem Studium der Bewertung der Zahnmedizin durch den WR 2005: ***Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland*** und dem Studium der aktuellen interdisziplinären Literatur, der Funktionellen Anatomie und Neurologie mit besonderem Bezug auf seine klinische Relevanz, der Zahnmedizin und Kieferorthopädie speziell auf dem Bereich der Funktion / Dysfunktion des Kau-Schluckorgans sowie aus dem klinischen Bedarf. Unterstützt wird die Anmeldung der neuen Disziplin „CMD-KFO“ durch praktische Erfahrungen und Erkenntnisse wie durch eindeutige therapeutische Erfolge.

Definitionen:**Das Kauorgan**

Das Kauorgan ist neben seiner Aufgabe zum Kauen ein Kau-Schluckorgan. Der Mensch kommt auf die Welt mit einem primären reinen Saug-Schluckorgan, wobei die faciale (spätere mimische) Muskulatur in Verbindung mit der Zunge die primären mechanischen und taktilen Instrumente darstellen.

Aus diesem Saug- Schluckorgan heraus entwickeln sich dann das Kau-Schluckorgan, das Sprechorgan und das mimische und orale Kontaktorgan.

Die knöcherne Struktur und Formgebung sowie die Funktion der lokalen Kieferbereiche wird einerseits durch genetische Vorgaben in Form eines sog. Progenen Wachstumsmusters bzw. eines sog. Deckbisswachstumsmusters und Varianten grob vorgegeben. Die funktionellen sonstigen Formgebungen und Lagebeziehungen werden maßgeblich durch funktionelle Muster der Zunge in Form des ggf. verbleibenden sog. „infantilen Schluckens“ des Saug-Schluckorgans wie durch sog. Habits wie u.a. Daumenlutschen, Dauereinsatz des „Schnullers“, usw., dominiert.

Aus diesem „Konglomerat“ der Strukturentwicklung entstehen dann auch phonetische Probleme durch unphysiologische Formen der Alveolarfortsätze und Fehlbeziehungen des Ober- zum Unterkiefer und deren Hartschubstanz, den Zähnen und deren funktionellen Interdigitation. Alles zusammen ergibt dann möglicherweise eine disproportionale Ästhetik mit Problemen für Sozialkontakte.

Funktionell reicht das Kauorgan vom Cranium zum Unterkiefer mit Integration der Kiefergelenke, nach kaudal zum Zungenbein und von dort zum Brustbein, und über den M. Omohyoideus bis zum Schulterblatt.

Vom Zungenbein bestehen enge muskuläre Funktionsbeziehungen zum dorsalen und caudalen Cranium u.a. über den M. Digastricus und weitere Muskeln wie Sehnen und Bänder. Diese funktionellen Diagonal-Beziehungen stehen mit den dorsalen Cranio-cervikalen Muskelgruppen des Nackens über die Atlasgelenke in einer direkten antagonistischen Funktionsbeziehung.

Dysfunktionen / Verhärtungen insbesondere der Diagonalmuskulatur vom Zungenbein zum Hinterkopf verursachen Fehlbelastungen der Kopf- und –Bänder sowie der oberen Halswirbelsäule mit allen neuronalen und vaskulären Vernetzungen zum oberen Rückenmark nach cranial wie nach caudal.

Die CMD-Kieferorthopädie

Die CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO ist eine neue Disziplin mit interdisziplinärem Charakter in der medizinischen und therapeutischen Ausrichtung, durch seinen Gebietsbereich, welcher sich aus der Organstruktur „Kau-Schluck-Organ“ mit seiner anatomischen, physiologischen und funktionellen Vernetzung ergibt.

Die neue Disziplin CMD-Kieferorthopädie bewirkt über die interdisziplinäre Ausweitung des Funktionsbereiches des Kau-Schluckorgans neue und komplexe interdisziplinäre Diagnostik und – Therapie im Sinne der „Notwendigen Heilbehandlung“.

Eine „Notwendige Heilbehandlung“ setzt auch gleichzeitig die entsprechende wirksame Behandlungsmaßnahme und Behandlungsmethode voraus.

Die klinische Umsetzung der CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO, erfolgt u.a. im Bereich der sog. „Festen Klammer“ auf der Grundlage der „Biofunktionalität“ nach Georg Risse.

Die medizinischen Grundlagen für eine neue interdisziplinäre Fachdisziplin werden in dem Artikel: „Das Behandlungsgebiet des Kieferorthopäden als Orientierung für CMD“, Georg Risse, als wesentliche Grundlage zum Verständnis der neuen Fachdisziplin vorausgesetzt.

Der Artikel „Das Behandlungsgebiet des Kieferorthopäden als Orientierung für CMD“ ist die Veröffentlichung des Vortrags von G. Risse auf dem 6. Kieferorthopädischen Fachsymposiums der KFO-IG, Kieferorthopädische Interessensgemeinschaft, vom 17. März 2012, mit dem Thema: „Die CMD-Therapie- Pro und Contra“. Die Tagung fand unter der fachlichen Begleitung von Prof. Dr. Kubein-Meesenburg statt.

Der Artikel ist erschienen in der Ausgabe 3-4, 2012, Umfassende Dentofaziale Orthodontie und Kieferorthopädie, UOO, S. 94-114. Dieser Artikel ist direkt zu finden auch unter: www.dcc-on.de

Weitere Grundlagen der Literatur zum Verständnis der CMD-KFO als neue Fachdisziplin sind:

- Wissenschaftsrat 2005 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland“, WR, Drs. 6436, 05, Berlin, 28. Januar 2005, S.39 / WR Pressemitteilung 05/2005
- G.H. Schumacher, Die Funktionelle Anatomie des orofazialen Systems, Hüthig Verlag, Heidelberg, 1985
- L. Hupfauf et al., Funktionsstörungen des Kauorgans, Standortbestimmung, Urban & Schwarzenberg, 2. Auflage 1989,
- B. Koeck et al., Funktionsstörungen des Kauorgans, Standortbestimmung, Urban& Schwarzenberg, 3. Auflage 1995]
- Ahlers, Jakstat, Klinische Funktionsanalyse, dentaConcept Verlag GmbH, Hamburg, 2007
- B. Kahl-Nieke, Einführung in die Kieferorthopädie, Urban & Schwarzenberg 1995 //Deutscher Zahnärzte Verlag 2010

.....

Wissenschaftsrat, WR, 2005:

Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland.

Binnenstrukturen und Fächerperspektiven (I.2)

Der Wissenschaftsrat hält es für notwendig, die bestehende Konzeption der Binnenstrukturierung zu überarbeiten.

Die vier bisher etablierten „klassischen“ Lehrstühle in Zahnerhaltung, Zahnärztliche Prothetik, MKG-Chirurgie und Kieferorthopädie sind künftig nur als Minimalanforderung anzusehen. Innerhalb dieser Lehrstühle haben sich bereits heute spezielle Sektionen oder klinische und wissenschaftliche Arbeitsgebiete gebildet, die- wie z.B. die Parodontologie und Kinderzahnheilkunde- auch als eigenständige Prüfungsfächer in der AppO-Z ausgewiesen sind. Eine Ergänzung der traditionellen Lehrstühle ist wegen der anzustrebenden Fortentwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen und klinischen Ansätze in Prävention, Diagnostik und Therapie dringend geboten. Eine neue Fächerstruktur sollte grundsätzlich offen sein für zusätzliche Fachgebiete und Schwerpunktbildungen, die sich aus dem Kanon der Prüfungsfächer der Approbationsordnung, dem ADEE-Papier zum „Profil und den Kompetenzen für den neuen europäischen Zahnarzt“ oder auch pathophysiologisch ableiten lassen. (S.35)

Lehre, (B.II.)

Der geltenden Approbationsordnung für Zahnärzte (AppO-Z) lag zum Zeitpunkt ihrer Entstehung vor über 50 Jahren ein modernes Konzept zugrunde, das den damaligen Erfordernissen entsprach. Um geänderte gesetzliche Vorgaben zu erfüllen, ist sie zwar in den letzten Jahren mehrfach angepasst worden, eine grundlegende Reform wurde jedoch nicht vollzogen. Mittlerweile haben sich jedoch die Anforderungen und das Aufgabenprofil der universitären Zahnmedizin substanziell gewandelt. Die Versuche, die Approbationsordnung entsprechend anzupassen, ohne die bisherigen Inhalte zu reduzieren, haben zu einer Überfrachtung des Curriculums geführt. (S.37)

Neue Approbationsordnung für Zahnärzte (II.1.)

Vor dem Hintergrund der rasanten Weiterentwicklung der Naturwissenschaften ist davon auszugehen, dass sich auch die Verfahren der Medizin grundlegend weiterentwickeln werden. Es reicht daher nicht aus, Human- und Zahnmediziner auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens auszubilden und eine permanente Fortbildung festzuschreiben. (S.38)

*Bei der Neufassung der AppO-Z müssen die Partikularinteressen der einzelnen Fächer zu Gunsten einer substanziellen **Neugewichtung der Ausbildungsinhalte** zurück gestellt werden. Hinter dieser Forderung steht die Vorstellung einer modernen Zahnmedizin als **Querschnittsfach für das Kauorgan**. Der Allgemeinzahnarzt oder Oralmediziner der Zukunft muss in einer synoptischen Betrachtungsweise der Erkrankungen des Zahn- und des Zahnhalteapparates und in möglichen Therapien zur Wiederherstellung der Präventions- und Funktionsfähigkeit ausgebildet werden.*

Eine isolierte Vermittlung der Kariologie, Endodontologie, Prothetik, Parodontologie, Kieferorthopädie sowie Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie ist nicht mehr zeitgemäß.“ [S.39]

Der Wissenschaftsrat sieht das gesamte Kauorgan fachübergreifend als Bindeglied zwischen Zahnmedizin und Medizin für eine neue Form der Medizin.

.....

Gesetzgeberische Vorgaben

GOZ, Gebührenordnung für Zahnärzte, 2012,

In der GOZ 2012 hat der Gesetzgeber für den „Kieferorthopädischen Heil- Und Kostenplan, HKP“, die Darstellung der „Medizinischen Indikation / -Notwendigkeit“ als Grundlage für die Leistungspflicht einer privaten Krankenkasse festgelegt.

Patientenrechtegesetz 2013

Der Gesetzgeber erließ 2013 eine neue Beziehungsstruktur im Rahmen des BGB für die Rechtsbeziehungen im Rahmen einer medizinischen Behandlung in Form eines neuen Patientenrechtegesetzes:

„Mit dem Patientenrechtegesetz stärkt die Bundesregierung die Position der Patientinnen und Patienten gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen.

Das Patientenrechtegesetz verankert das Arzt-Patienten-Verhältnis als eigenen Vertrag im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches und schreibt wesentliche Rechte der Patientinnen und Patienten fest.

Festgelegt wird, dass Patientinnen und Patienten umfassend über alles informiert und aufgeklärt werden müssen, was für die Behandlung wichtig ist. Dazu gehören sämtliche wesentlichen Umstände der Behandlung wie Diagnose, Folgen, Risiken und mögliche Alternativen der Behandlung. Die notwendigen Informationen beziehen sich im Übrigen nicht nur auf medizinische, sondern in bestimmten Fällen auch auf wirtschaftliche Aspekte der Behandlung.“

[Auszug aus Veröffentlichung des BMG, Pressemitteilung 28.02.13]

„Die Notwendigkeit einer medizinischen Heilbehandlung“ und Versicherungsrecht (VersR)

„Die Notwendigkeit einer medizinischen Heilbehandlung“ und Versicherungsrecht (VersR) hängt ab von den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung. Steht danach die Eignung einer Behandlung, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern, nach medizinischen Erkenntnissen fest, folgt daraus grundsätzlich auch die Eintrittspflicht des Versicherers.“ (BGHZ 133 aaO).

Notwendigkeit einer medizinischen Heilbehandlung setzt nach einer Diagnostik einer vorliegenden Krankheit auch eine geeignete Behandlungsmaßnahme / Technik voraus. „Eine Methode, mit der das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, ist überflüssig und sinnlos.“ [u.a. BGH VersR 05 1673,1675]

.....

Zum Bereich (I), Wissenschaftsrat, WR, 2005:

Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland.

Binnenstrukturen und Fächerperspektiven (I.2)

Die Definition des Behandlungsgebietes / Gebietsbezeichnung

Die Definition des Behandlungsgebietes der offiziellen Kieferorthopädie sowie der allgemeinen Zahnmedizin in Relation zum Behandlungsgebiet der CMD-Kieferorthopädie wurde in dem anfangs aufgeführten Artikel: „Das Behandlungsgebiet des Kieferorthopäden als Orientierung für CMD“, G. Risse näher dargestellt.

Auch wurde dort der noch weiter auf die metrische Betrachtung / Auswertung von Zahnbeziehungen reduzierte Gebietsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherungen, GKV, dargestellt.

Therapeutische Gebietsbezeichnungen

Bereich Zahnmedizin

Der Schwerpunkt der allgemeinen Zahnmedizin lag bis 2005 auch nach Darstellung des WR überwiegend im Bereich der sog. Mundgesundheit der Zähne und der Kiefer und ließ überregionale Verbindungen zu Disziplinen der allgemeinen Medizin in der notwendigen Form vermissen. Vorreiter einer interdisziplinären medizinischen Ausrichtung in der Zahnmedizin, speziell der Kaufunktion war im deutschsprachigen Raum in der Prothetik insbesondere die sog. Gnathologie, nach L. Hupfaut, B. Koeck, (Bonn) und R. Slavicek, (Wien).

Die Erforschung der Beziehungen zwischen der Okklusion und den Zahnbeziehungen in der Dynamik zu den Kiefergelenken und speziell die therapeutische Umsetzung in die Praxis war ausgesprochen langwierig und schwierig, insbesondere, weil keine „validen“ Parameter nach Regeln der sog. Evidenz Basierten Medizin, EBM, für diesen Bereich der Komplexität zur Verfügung stehen.

In dieser Phase der Orientierung gab das Gutachten des WR den entscheidenden Impuls zur Neustrukturierung der Zahnmedizin und zur Neustrukturierung der Approbationsordnung der Zahnmedizin 2005.

Auch die DGZMK formierte sich neu mit der Ergänzung der DGFDT, Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und-Therapie.

Wegweisende Orientierung war dann die Buchausgabe: Ahlers, Jakstat: Klinische Funktionsanalyse, Interdisziplinäres Vorgehen; dentaConcept Verlag GmbH, Hamburg, 3. erweiterte Ausgabe 2007 für den rein zahnärztlichen Sektor. Die Fachdisziplin der offiziellen Kieferorthopädie hat sich auf dem medizinisch definierten Bereich bislang noch gar nicht nennenswert artikuliert.

Diese medizinische Orientierungslosigkeit in der konventionellen Kieferorthopädie kommt auch im kieferorthopädischen Beitrag von S. Kopp des Buches von Ahlers / Jakstat: „Ätiologische und pathogenetische Aspekte der cranio-mandibulären Dysfunktion (CMD)“ zum Ausdruck.

Zusammenfassend wurde dort, S. 106 festgestellt, „*dass die Symptomatik ,CMD‘ sehr facettenreich ist. Die CMD kann auch deshalb so leicht durch das diagnostische Sieb fallen, da ein klares Leitsymptom fehlt.*“

Vielmehr spricht vieles dafür, dass die konventionelle Kieferorthopädie, speziell der Festen Klammer ein wesentlicher Verursacher für CMD ist. Hierzu trägt bei der konventionellen Kieferorthopädie ihr

eingeschränkter Gebietsbereich „orofazial“ oder gar rein „dental“ unter Ausschluss der Funktion nach den KIG, Kieferorthopädische Indikations-Gruppen, bei, welche keinerlei Krankheitsdiagnostik- und –Therapie zulassen.

Nicht diagnostizierte Krankheiten können nicht dargestellt werden, und können insbesondere dann auch nicht ursächlich therapiert werden. Auch fehlen der konventionellen Kieferorthopädie notwendige Behandlungsmethoden zur gezielten Therapie von Krankheiten, insbesondere von interdisziplinären „CMD-Krankheiten“.

Auswertung der dentalen CMD-Diagnostik nach Ahlers/Jakstat. (S. 265) und Problemstellung

„Neben der eigentlichen ‚Befunderhebung des stomatognathen Systems‘ liegt eine Vielzahl anamnestischer Informationen und Einzelbefunde vor. Hieraus ergibt sich, dass Sammeldiagnosen, wie die frühere ‚Myoarthropathie‘ (Schulte) oder die aktuelle Bezeichnung als ‚Cranio-Mandibuläre Dysfunktion‘ (Ahlers et al. 2003) zwar sinnvoll sind, jedoch zu unspezifisch sind, um hieraus eine differenzierte, individuelle und zielgerichtete Therapie ableiten zu können (Gray et al. 1995; Okeson 1998; Palla 1998; Pertes u. Baily 1995).“

Diese „Sammeldiagnosen“ und Einzelbefunde genügen kaum den Definitionen der internationalen ICD-Codierung oder der ICD-10 GM- Kodierung. Auch reichen die in den Kapiteln 2.4 und 2.5 empfohlenen Diagnoseschemata der Klinischen Funktionsanalyse nicht aus, um den ICD-Codierungen zu genügen – und zwar sowohl inhaltlich wie ursachenbezogen und interdisziplinär (Gebietsbereich).

Auch die Aufteilung in „Initialdiagnosen“, „Nebendiagnosen“ und „Differentialdiagnosen“ ist verwirrend, wenn dann der Begriff „CMD“ als „Sammelbegriff eine geeignete therapeutische Maßnahme nicht ausreichend differenziert.“

Dieses führt dann zu noch vageren sog. „Nebendiagnosen“ und schließlich zu den noch undifferenzierteren „Differentialdiagnosen“, welche dann nach Ahlers/Jakstat eine „interdisziplinäre Kooperation“ initiiert. Diese „interdisziplinäre Kooperation“ endet dann häufig in einer wenig zielführende Patientenodyssee mit dem Endpunkt Psychiatrie und Pharmazie, wenn die Ursache tatsächlich in der Okklusion zu finden ist.

Definition der Nebendiagnosen nach Ahlers/Jakstat: *„Im Gegensatz zu den Initialdiagnosen beschreiben ‚Nebendiagnosen‘ solche Mechanismen, die an der Funktionsstörung ebenfalls beteiligt, in der Regel jedoch nicht durch zahnärztliche Maßnahmen zu behandeln sind.“*

Sollten allerdings die Ursachen dieser „Nebendiagnosen“ in der okklusalen Dysfunktion liegen, wäre eine ursächliche Therapie in anderen Disziplinen nicht möglich, oder würde zu Fehldiagnosen oder Fehlbehandlungen führen.

Definition der Differenzialdiagnosen nach Ahlers/Jakstat: *„Im Gegensatz zu den im vorigen Abschnitt beschriebenen Nebendiagnosen stehen ‚Differentialdiagnosen‘ nicht in kausalem Zusammenhang mit cranio-mandibulären Dysfunktionen. Sie erfordern daher eine umgehende Überweisung an die diesbezüglich zuständigen Fach- bzw. Gebietsärzte.“*

Wertung:

Grundsätzlich sind interdisziplinäre krankhafte „Phänomene“ einer interdisziplinären Abklärung zuzuführen.

Wird der Gebietsbereich der zahnärztlichen Tätigkeit auf den Bereich „Cranio-Mandibulär“ mit den Zentren Kiefergelenk und Okklusion sowie auf eine einseitige Myopathie des Kauorgans konzentriert, so werden die wesentlichen antagonistisch-funktionellen Diagonal-Beziehungen der Kau-Schluckmuskulatur mit der Nacken-Schultermuskulatur mit dem dorsocaudalen Cranium und dem gelenkigen Zentrum der Atlasgelenke und den oberen HWS-Gelenken mit dem integrierten oberen Rückenmark völlig außer Acht gelassen.

Verhärten in Folge okklusaler Scherkräfte oder Hebelmomente oder Zwangsverlagerungen des Unterkiefers bestimmte Muskelgruppen des direkten Kauorgans, so üben diese unweigerlich

Aktivierungsreaktionen der antagonistischen Funktionsmuskulatur der Craniocervikalen Muskulatur aus, was in aller Regel zu Drehverkantungen der Atlasgelenke führen muss.

Verbleibt die okklusale Ursache / Dysfunktion, so kann man dann keineswegs von einer „Verselbständigung“ des Muskelschmerzes oder sonstiger Schmerzen reden, da die Ursache ja noch in Form von „Bruxismus“, Vor- und Scherkontakten während des Kauens und Schluckens vorhanden ist.

Tritt man im übertragenen Sinn jemandem chronisch vors Schienbein, so kann der Mediziner so lange behandeln wie er will, der Schmerz bleibt oder wird sogar stärker, jedoch hat sich nicht der Schmerz zu einer „Krankheit verselbständigt“, auch ist der Patient nicht psychisch krank, sondern die Ursache, der dauernde Tritt vors Schienbein ist noch immer vorhanden. Der Patient wird höchstens durch die Wunden am Schienbein sekundär psychisch krank. Dieses Beispiel kann man dann auf viele „unerklärliche“ Erkrankungen der Wirbelsäule mit tertiären neurologischen Erkrankungen bzw. Operationen übertragen.

Hier darf zum näheren Verständnis erneut auf den anfangs erwähnten Artikel: Das Behandlungsgebiet des Kieferorthopäden als Orientierung für CMD, G. Risse, www.dcc-on.de verwiesen werden.

Die sog. CMD- Kiefer-Orthopädie oder die DentoCraniale- DentoCervikale Orthopädie und Neurologie, DCC-ON, setzt in besonderer Weise die interdisziplinäre Zielsetzung der Zahnmedizin über das Kauorgan nach Anregung des Wissenschaftsrates von 2005 in Theorie und Praxis in Form der juristisch definierten „Behandlungsnotwendigkeit“ um.

Bezüglich der Bereiche Okklusopathie, Myopathie und Arthropathie besteht somit für den Zahnarzt und insbesondere für den Kieferorthopäden die Orientierung:

Okklusopathie → Myopathie → Arthropathie → Nebendiagnosen → Differenzialdiagnosen bis zu → interdisziplinären ICD-Codierungen mit ursächlicher Therapie. Also die Okklusopathie sollte als primäre Orientierung gelten, aus der dann weitere Formen von Erkrankungen in den anderen Bereichen in unterschiedlicher Form und Variation entstehen können. Diese Richtung scheint auch sehr deutlich im Kap. 3.4 herausgearbeitet zu sein, welche allerdings von den Autoren W.B. Freesmeyer und A. Hugger ausdrücklich als „persönliche Auffassung“, allerdings auch als sog. „Expertenmeinung“ dargestellt wird. (S. 276)

In dem veröffentlichten Artikel: „Das Behandlungsgebiet des Kieferorthopäden als Orientierung für CMD, Craniomandibuläre Dysfunktion“, G. Risse, 6. Kieferorthopädische Fachsymposium der KFO-IG, UOO, 3-4, 2012, S.94 – 114, sind das Kauorgan und seine anatomischen und funktionellen Zusammenhänge mit seinen funktionellen Antagonisten über Gelenkstrukturen der Kiefergelenke und insbesondere der Kopfgelenke als Hebelansatz dargestellt worden.

Auch wurden in diesem Artikel die Entwicklung der Funktionsstörungen in der Zahnmedizin sowie eine Zusammenfassung des sog. Behandlungsgebietes der Zahnmedizin und der allgemeinen Kieferorthopädie dargestellt, und dem realen Wirkungsbereich des Kauorgans, dem realen Behandlungsgebiet, welches in der CMD-KFO in Diagnostik und Therapie umgesetzt wird, gegenübergestellt.

Aus dem aktuellen, und neuen Behandlungsgebiet der CMD-Kieferorthopädie ergeben sich völlig neue interdisziplinäre diagnostische und therapeutische, und vor allem „medizinisch notwendige“ Aufgabenstellungen für die Zahnmedizin, insbesondere für die Kiefer-Orthopädie. [auch abzurufen unter www.dcc-on.de oder unter www.cmd-medizin.de].

Nachfolgend eine kurze Einführung:

Darstellung des Kauorgans und seiner anatomischen funktionellen Antagonisten mit der Halswirbelsäule, HWS über die Atlasgelenke:

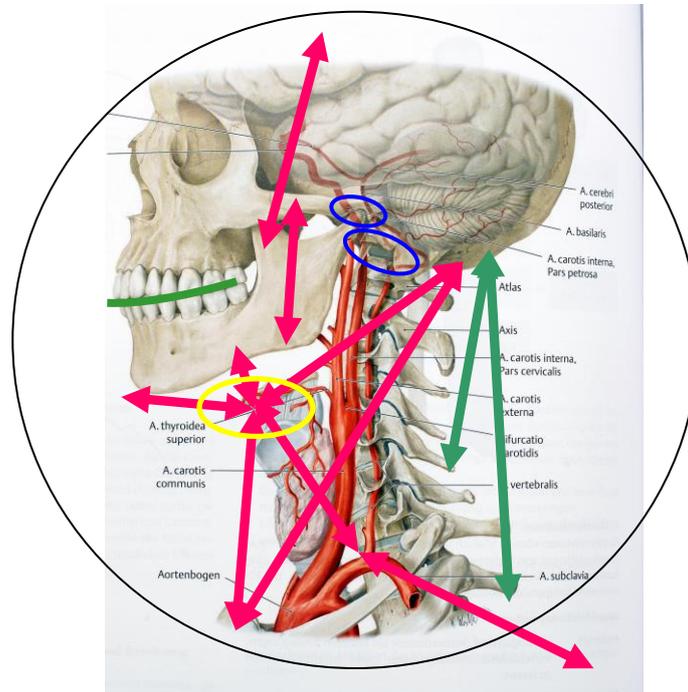


Abb.: 1 Der Funktionelle Gebietsbereich der CMD-Kieferorthopädie: Dento-Cranial und Dento-Cervikal, der gesamte im Kreis befindliche Bereich- entsprechend dem Wirkungsbereich des Kauorgans.

- Funktioneller Gebietsbereich des Kauorgans, schematisierte Muskelzüge (rot)
- Funktionell antagonistischer Gebietsbereich (grün), schematisierte Muskelzüge im Nacken sowie die antagonistische Okklusion.
- Mechanische Hebelansätze: Okklusion (grün), Kiefergelenke, Kopfgelenke (blau),
- Zungenbein: zentrale muskuläre Schaltstelle zwischen anterioren Muskelzügen und HWS-Muskelzügen und zentralem mechanischen Belastungspunkt, den Atlasgelenken.

Erkenntnisse:

- Die Muskulatur des Kauorgans (rot) steht über der Auflage, den Atlasgelenken (blau) mit der schematisiert dargestellten Nackenmuskulatur (grün) in einer funktionell – antagonistischen Beziehung - wie etwa der Unterarm zum Oberarm – nur mit mehr geometrischen Freiheitsgraden.
- Die Atlasgelenke enthalten das obere Rückenmark und die neuronale und vaskuläre Versorgung des Zentralnervensystems.
- Irritationen in diesen Bereichen der Hals-Nackenhalsmuskulatur und der Atlasgelenke haben direkte Folgen über neuronale Netze auf den gesamten Körper funktionell, kognitiv, hormonell und biochemisch – somit im Weitesten Sinn auf seine „Teilhabe am Leben“ und seine „Behinderung“, **Krankheit und insbesondere aktives und positives, sowie leistungsorientiertes Lebensgefühl.**
- Kontinuierliche Irritationen der oberen HWS durch chronische Okklusionsdysfunktionen können einen wesentlich komplexeren und tiefgreifenderen Behinderungsgrad verursachen als eine rein physikalische Gehbehinderung durch lokale Gelenkschäden.

- Die CMD-Kieferorthopädie wird somit zur zentralen und koordinierenden Disziplin aller Einzeldisziplinen sowie für ein positives, dynamisches Lebensgefühl durch Funktion - und im dentofazialen Bereich – durch (funktionelle) Ästhetik.

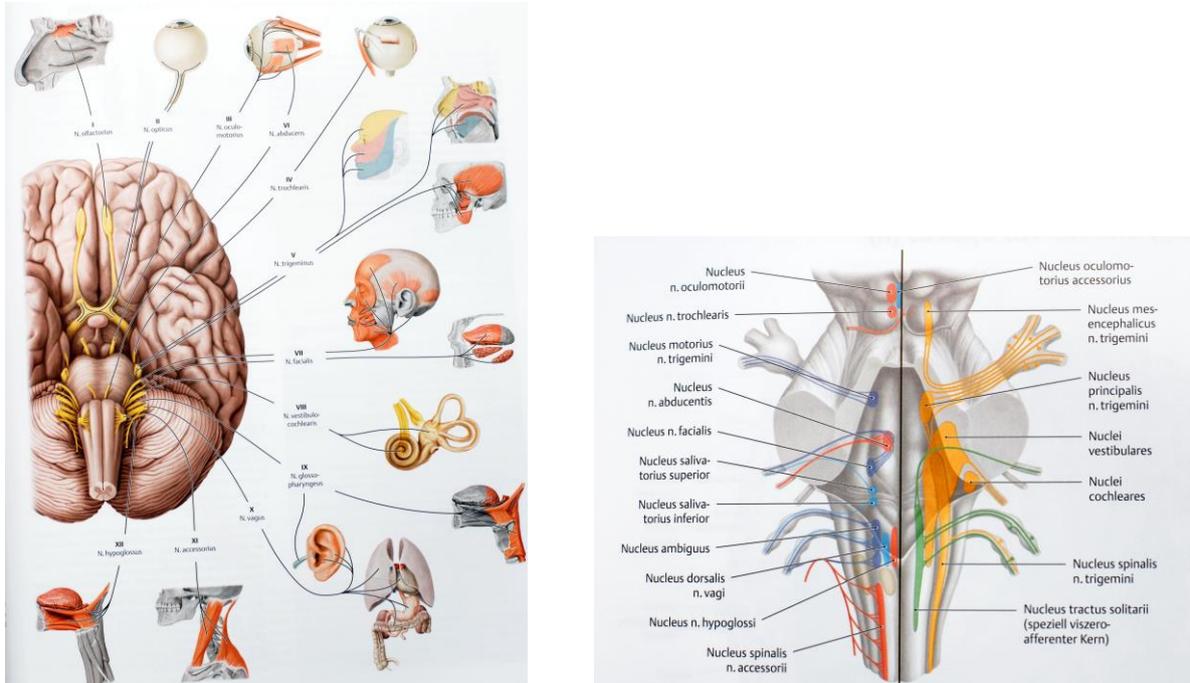


Abb. 2: Im Bild oben links sind die zentralen Verschaltungen zu den einzelnen Gebietsbereichen der Fachmedizin dargestellt. [Lernatlas der Anatomie, Kopf, Hals und Neuroanatomie, M. Schünke, E. Schulte, U. Schumacher, S.97 / 99, 2. Auflage]

Unwiderlegbare Folgerungen

Chronische Störungen, Irritationen, Fehlbelastungen im HWS-Bereich durch okklusale Dysfunktionen können unwiderlegbar zu komplexen Systemerkrankungen in den verschiedensten Fachdisziplinen führen.

Der HWS-Bereich mit der Medulla Oblongata ist der „Schaltkasten“ des ganzen Körpers. (Abb.: 2) Bekannteste Beispiele sind die Syndrome der Kopfgelenkeinstabilität, des Art. Vertebralisyndroms, des Barre´-Lieou-Syndroms, welche allesamt überwiegend auf eine chronische Okklusionsdysfunktion neben akuten Traumen als Ursache zurückzuführen sind. Auch sind unerklärliche Reizungen vom Vagus und Sympathikus über die dysfunktionelle Kette der Muskulatur des Kauorgans abzuleiten.

Das Spektrum der Schädigungen führt vom Spannungskopfschmerz über die Migräne (Trigeminocervikale Konvergenz), über die verschiedensten Bandscheibenvorfälle und Gelenkschäden, Skoliose, Schwindelattacken, schwankendes unscharfes Sehen bis hin zu plötzlichen Ohnmachtsanfällen und Demenz.

Eine akute Abklemmung der Art. Vertebralis bei einer Kopfgelenkeinstabilität bei gleichzeitiger Arthrose der Kopfgelenke kann sogar zum plötzlichen Tod führen.

Folgerungen speziell:

Die Vielfältigkeit der Beschwerden, welche in die Zuständigkeit der verschiedenen Disziplinen fällt, ist nur durch eine Irritation an einer zentralen Stelle erklärbar. Diese liegt eindeutig im Bereich der Zentralen Schaltstelle im oberen HWS-Bereich. Die Ursache der dortigen Reizungen ist unwiderlegbar auf die funktionelle Verkettung des Kauorgans mit der HWS-Muskulatur über die Atlasgelenke gegeben.

Die Aufteilung und Entscheidung der Zuständigkeit der Behandlungsdisziplinen liegt keinesfalls in den Händen einer Versicherung, sondern bei dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung, welche die Notwendigkeit einer Behandlung klar definiert hat.

Der Wissenschaftsrat hat die starre Begrenzung auf Gebietsbereiche der Zahnmedizin bereits 2005 als überholt dargestellt. Der Gesetzgeber definiert die Behandlungsnotwendigkeit.

.....

Grundlagen der Behandlungstechnik der CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO als Voraussetzung der Umsetzung einer „Behandlungsnotwendigkeit“ im juristischen Sinn.**Biofunktionalität, Biofunktionelle Kieferorthopädie / -Orthodontie**

Primär wurde die Biofunktionalität durch eine international patentierte Behandlungstechnik, „Fixed, Functional Orthodontics“, FFO, vor 22 Jahren eingeführt, bei der insbesondere mit einer deutlich verringerten Dimension der Slotgrößen und der Drahtstärken der orthodontischen Drähte (u.a. Kraftreduktion in der 4. Potenz) eine individuelle Programmierung der orthodontischen Maschine auf den wissenschaftlichen Grundlagen der Steuerung der Zahnbewegungen durch „Unschärfe“ durchgeführt wurde. – sog. Fuzzy Set Theory nach Lotfi Zadeh.

Diese Form der Steuerung komplexer (vitaler) Systeme nach der Wissenschaft der „Unschärfe“ ist zwischenzeitlich Standard in Parallelwissenschaften. Diese „Fixed Functional Orthodontics“, FFO wurde 1999 erstmals als Biofunktionelle Orthodontie, BFO, zur Wissenschaftlichen Jahrestagung der DGKFO, Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie eingereicht.

Biofunktionalität ist sowohl eine neue Wortschöpfung durch G. Risse, als auch eine neue Wissenschaftsstruktur im biologisch-funktionellen Bereich als Ergänzung zur Biomechanik, entsprechend zur „Biocompatibilität“ im Bereich der Biochemie und Toxikologie.

Während die Biomechanik mehr eine deskriptive Wissenschaft von physikalischen Gesetzmäßigkeiten im biologischen Bereich beinhaltet, beinhaltet die Biofunktionalität sowohl die Grundlagen der Biomechanik, allerdings in der klinisch wertenden Betrachtung der Optimierung, als auch der Schädigung von funktionellen Beziehungen und therapeutischen Maßnahmen.

Auch beinhaltet die Biofunktionalität die Wissenschaft der Funktionalität von Zellen und Zellsystemen auf äußere Einflüsse. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Biofunktionalität sind u.a. die Systemwissenschaften / Systemphysik / Systemtheorie, Komplexitätslehre, Offene- Geschlossene Systeme, Fließgleichgewicht und Selbstorganisation, Kybernetik, Emergenz, biologischen Zeitbegriffen einer „actio“ und der Reihenfolge von Aktionen im biologischen Raum (während und nach dem Wachstum), biologische Rückkoppelungen / - Vernetzungen; Qualität und Wirkung von „Kraft“, „Impuls“ / Zeit- Zeitpunkt in Relation zum Zeitpunkt: Alter, und ihren biologischen Antworten in Anlehnung an Prigogine, „Das Paradox der Zeit“.

Die Biofunktionalität ist zwischenzeitliche eine neue Grundlage für neue staatlich geförderte Ordinarate und Ordinarien (Google), wie u.a. „Biofunktionalität der Lebensmittelinhaltsstoffe.“ Die Biofunktionalität wurde in Form der Biofunktionellen Orthodontie / Kieferorthopädie 1999 erstmalig zur wissenschaftlichen Jahrestagung der DGKFO, Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie angemeldet.

Die DGKFO wie die Hochschullehrerschaft der Kieferorthopädie verhinderten die Umsetzung der Biofunktionalität in die Kieferorthopädie aktiv bis heute, und verharnt einerseits im Bereich der sog. „Festen Klammer“ an der direkten Umsetzung der klassischen Physik von actio=reactio im biologisch-vitalen Raum, und unterstützt andererseits im Bereich der Festen Klammer automatisierte Fertigrähte u.a. der NiTi- Legierungen für jegliche kieferorthopädische Problemstellung, obwohl im einschlägigen Lehrbuch Kieferorthopädie (I), Orofaziale Entwicklung und Diagnostik, P. Diedrich et al., Urban & Fischer, 2000, im Kapitel: „Die heutige Kieferorthopädie- Standortbestimmung und Zukunftsperspektiven“, S. 10 - die Straight Wire Technik grundlegend in Frage gestellt wird:

„ Andererseits wird klar, daß die rezente Straight-Wire-Mechanik mit vorprogrammierten Brackets nicht den individuellen funktionellen und parodontalen Anforderungen gerecht werden kann, denn die orthodontische Biomechanik ist ein äußerst komplexes Gebiet. Die Grundprobleme herkömmlicher Straight Wire Techniken bestehen in: unkontrollierter Nivellierung, unkontrollierbarer Friktion, unzureichender Kontrolle über individuellen Torque, Intrusion, Verankerung.“

Die offizielle Definition der „Festen Klammer“ wurde 1972 durch Jarabak festgelegt. Dieser bezeichnete das orthodontische Gerät als: "Arbeit verrichtende Maschine, welche über Wochen und Monate Arbeit verrichtet". "The appliances used by the orthodontist are machines for doing work in the physical sense during a period of weeks or months." - [Jarabak, J.R., Fizzell, J.A., Technique and treatment with Light - Wire Edgewise Appliances, Mosby Company 1972]

Die „Feste Klammer“ ist somit eine im Kopfbereich implantierte Maschine, welche mit Spannenergie geladen ist, und nach ihrer Programmierung selbständig Arbeit verrichtet und komplexe Strukturen und Funktionszusammenhänge im Kopfbereich während des Wachstums und danach nachhaltig verändert. Die Feste Klammer rangiert somit nach dem Medizinproduktegesetz in der höchsten Risikostufe.

Diese Straight Wire Technik ist mit Unterstützung der Hochschullehrerschaft der Kieferorthopädie und der DGKFO Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, GKV, für Vertragszahnärzte und Versicherte der GKV nach SGB V. Die offensichtliche Begründung scheint zu sein: Der Einsatz von einheitlichen Fertighbögen ist angeblich wirtschaftlich.

„Die Notwendigkeit einer medizinischen Heilbehandlung“ und Versicherungsrecht (VersR) hängt ab von den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung. Steht danach die Eignung einer Behandlung, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern, nach medizinischen Erkenntnissen fest, folgt daraus grundsätzlich auch die Eintrittspflicht des Versicherers.“ [BGHZ 133 aaO].

Die Krankheiten sind in den jeweiligen Heil- und Kostenplänen, HKP, der CMD-Kieferorthopädie dargestellt.

Die „Behandlungsnotwendigkeit“ der Therapie der diagnostizierten Krankheiten im Rahmen der CMD-Kieferorthopädie sowie inklusive die Eignung der Behandlungsmethode wurden durch ein Gutachten der Zahnärztekammer Westf. Lippe vom 08.04.2013 bestätigt.

Hierbei ist zu beachten, dass die Behandlungsnotwendigkeit der CMD-Kieferorthopädie als Zweit- und Korrekturbehandlung einer ca. 6-jährigen Vorbehandlung durch einen Lehrkörper der Universitätszahnklinik Münster auf der Basis der konventionellen Kieferorthopädie und der Straight Wire Technik erkannt wurde.

Dieser Fall ist ein Beispiel einer flächendeckenden Fehlentwicklung speziell in der konventionellen Kieferorthopädie, deren Behandlungsgebiet sich überwiegend auf den „orofazialen Bereich“ des Craniums reduziert. Eine Behandlungsnotwendigkeit ergibt sich in der konventionellen Kieferorthopädie nicht nach Krankheitsbefunden, sondern überwiegend nach metrischen Messungen

in Relation zu theoretischen Normwerten von Zahnstellungen und Okklusionsbeziehungen, bei den Gesetzlichen Krankenkassen sogar nur nach den sog. KIG, Kieferorthopädischen Indikationsgruppen unter Ausschluss von „funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen“ (§28 SGB V).

Diese Grundstruktur der gelehrten und praktizierten Kieferorthopädie widerspricht grundsätzlich den Erwartungen des Wissenschaftsrats 2005, und hat konsequenterweise zur Folge, dass in dieser Disziplin der aktuellen Kieferorthopädie keine (wesentlichen) Krankheiten erkannt werden können, und somit zwingend auch keine Krankheiten therapiert werden können, da sie nicht einmal diagnostiziert werden können.

Diese Fehlentwicklung wird zusätzlich durch die extreme Einschränkung des Behandlungsgebietes auf das orofaziale Gebiet verstärkt, wobei nach aktuellem Stand der Wissenschaft dysfunktionelle Zahnstellungen über die Ausdehnung des Kauorgans direkte Auswirkungen auf die Atlasgelenke und die HWS, sowie auf die neuronale Steuerung des gesamten Organismus haben.

Man weiß somit in der gelehrten Kieferorthopädie nicht, was man andernorts medizinisch bewirkt bzw. anrichtet.

Noch dramatischer wird die Situation, wenn man erkennt, dass nach der offiziellen Kieferorthopädie [Kahl-Nieke, Lehrbuch: Einführung in die Kieferorthopädie, S. 45, Deutscher Zahnärzteverlag, und als Präsidentin der DGKFO, Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie] als „Eugnathie Zahnstellungen“ die Zahnstellungen nach den sechs Schlüsseln der Straight Wire Technik nach Andrews definiert werden, welche eindeutig nicht nach den Kriterien der Eugnathie erstellt wurden, sondern überwiegend nach Gipsmodellen in einer Angle Kl. (I) nach den Kriterien von „nice appearance“. [Andrews, L. F., The six keys to normal occlusion; Amer. J. Orthodont. 62:296, 1972]

Diese Werte der Zahnstellungen nach Kahl-Nieke und der Straight Wire Anatomie widersprechen den Werten der Funktionellen Anatomie nach G.H. Schumacher in wesentlichen Bereichen diametral. [Schumacher, G. H., Funktionelle Anatomie des oro-fazialen Systems, Hüthig Verlag 1985, S. 85]

Die Ausrichtung der Okklusion nach der Funktionellen Anatomie (G.H. Schumacher), nach der jeder Zahnmediziner und Mediziner in der Anatomie ausgebildet wird, wird in der Kieferorthopädie speziell im Lehrbuch von Frau Prof. Dr. B. Kahl-Nieke der fachlichen Öffentlichkeit und damit wahrscheinlich auch von manch einem Sachverständigen vor Gericht verschwiegen, obwohl die DGKFO seit 2004 nachhaltig über diese Grundlagenfehler der Kieferorthopädie aufgeklärt wurde.

Die Ausrichtung der Zähne nach der Straight Wire Technik in der offiziellen Kieferorthopädie wird vom Anatomischen Institut der Westfälischen Wilhelmsuniversität „als Behandlungsfehler im juristischen Sinn“ bezeichnet. [Die vier Faktoren der Fehlregulation, U. Stratmann, Dental Tribune, Austrian Edition, 12/2010, S. 7]

Zusammenfassend muss festgehalten werden:

Die konventionelle, gelehrte und praktizierte Kieferorthopädie

- beinhaltet mit der Gebietsausrichtung „orofazial“ einen kleinen Teilbereich des Wirkungsbereiches des Kau-Schluckorgans mit überwiegend ästhetischer Ausrichtung in Diagnostik und Therapie.
- Die Indikationsstellungen der konventionellen Kieferorthopädie für eine Behandlungsnotwendigkeit sind überwiegend auf den metrischen Bereich des orofazialen Gebietsbereichs ausgerichtet. Es werden somit überwiegend metrische Vermessungen von Zahnstellungen und Okklusionsbeziehungen im Vergleich zu metrischen Idealdefinitionen als wesentliche Behandlungsnotwendigkeit definiert. Es werden somit keine (bzw. nur geringfügige) Krankheitsbilder oder krankhafte Dysfunktionen als Grundlage einer speziellen Therapie dieser Symptome aufgeführt.
- Noch weniger wird eine spezielle Therapie benannt, mit der man eine bestimmte Krankheit individuell therapieren will oder kann.- Außer der „globalen“ und nichtssagenden Therapiemaßnahme „Kieferorthopädische Maßnahme“.

- Der lokale und extrem eingeschränkte Gebietsbereich der konventionellen Kieferorthopädie und insbesondere der der KIG, Kieferorthopädische Indikationsgruppen, KIG, der Gesetzlichen Krankenkassen erlaubt keine (ausreichende) Definition einer lokalen Krankheit und noch weit weniger einer interdisziplinären Krankheit.
- Mit der Straight Wire Anatomie und deren technische Umsetzung der Straight Wire Technik werden falsche diagnostische Weichenstellungen eingeleitet und völlig falsche Behandlungsziele angestrebt, welche offiziell „als Behandlungsfehler im juristischen Sinn“ bezeichnet werden.
- Auch kann ein Einheitsbogen der Straight Wire –NiTi- Gruppe wegen seiner unzureichenden individuellen Gestaltbarkeit / Programmierung keinerlei individuelle Funktionstherapie ermöglichen. Er bewirkt somit einerseits nur eine ästhetische Ausrichtung / Begradigung der Zähne an einem „geraden“, uniformierten Fertigbogen
- Die Ausrichtung der Okklusion nach dieser Technik stellt medizinisch eine Körperverletzung dar, dieses insbesondere bei unzureichender Aufklärung nach dem Patientenrechtgesetz 2013.
- Auch kann nach dem Patientenrechtgesetz keine ausreichende Aufklärung über den Krankheitsbefund, Therapieaufklärung und insbesondere über eine Risikoaufklärung der Behandlungsmaßnahmen und der möglichen Krankheitsgefährdungen speziell im überregionalen Wirkungsbereich des Kauorgans abgegeben werden.
- Schlichtweg, die konventionelle Kieferorthopädie und insbesondere die GKV-KFO können die Forderungen des Gesetzgebers nach der GOZ 2012 und dem Patientenrechtgesetz 2013 sowie Grundlagen der Rechtsprechung und angemessener Krankheitsbehandlung in absolut keiner Weise erfüllen.

Notwendigkeit einer medizinischen Heilbehandlung setzt nach einer Diagnostik einer vorliegenden Krankheit auch eine geeignete Behandlungsmaßnahme / Technik voraus. „Eine Methode, mit der das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, ist überflüssig und sinnlos.“ [u.a. BGH VersR 05 1673,1675]

In der Kieferorthopädie wird überwiegend die Straight Wire Technik angewandt. Diese wurde wegen der nicht individuell gestaltbaren NiTi-Drähte im Lehrbuch P. Diedrich, [Kieferorthopädie (I), Urban und Fischer, 2000, S. 10] als „unzureichend kontrollierbar“ dargestellt, „welche mit den vorprogrammierten Brackets nicht den individuellen funktionellen und parodontalen Anforderungen gerecht werden kann.“

Zusammenfassende Orientierung

Veränderungen im Okklusionsbereich im Ausmaß von einem μ bewirken nachhaltige Reaktionen im Kauorgan.

Die Kieferorthopädie verändert mit ihren verschiedenen Techniken okklusale Beziehungen sowohl dental wie skelettal im Bereich von mehreren Millimetern in allen Dimensionen des Raums.

Die Veränderungen können durch Zahnangulationen / Zahnwinkelstellungen sowie durch Höhenveränderungen bewirkt werden. Es können asymmetrische Bogenformen in der sog. Kl. (I) Beziehung bestehen. Auch kann in einer idealen Angle Kl. (I)- Verzahnung eine komplexe Dysfunktion mit Diskusluxation beider oder eines Kiefergelenkes mit Kieferklemme bestehen.

Die Herstellung eines geglenksbezogenen, funktionellen Gleichgewichts der Okklusion ist anzustreben.

Die anatomische Ausrichtung muss danach nach der Funktionellen Anatomie (G. H. Schumacher) und der altersentsprechenden Angulation nach G. Risse erfolgen.

Die technische Umsetzung des Erreichens einer funktionellen Okklusion erfolgt im festsitzenden Bereich der Behandlungsmethode nur mit dem Einhalten der Gesetzmäßigkeiten der Biofunktionalität, sowie der Beachtung der Qualitätsleitlinien Kieferorthopädie / Orthodontie.

Das Kauorgan hat direkte Einwirkungen über funktionelle Vernetzungen auf die Atlasgelenke und dortiges Rückenmark, somit wegen der dortigen Verschaltungen auf alle allgemeinmedizinische Fachbereiche.

Der Allgemeinzahnarzt steht mit seiner Therapie in Abhängigkeit zu den Vorgaben des Kieferorthopäden. Die Herstellung eines funktionellen Gleichgewichts der Okklusion zu den Gelenken ist weniger dadurch zu erreichen, dass man die Kiefergelenke durch Vermessungen versucht in ihre funktionelle Position zu bringen, als vielmehr durch Korrektur der Zahnachsenstellungen und Asymmetrien der Zahnbogenformen. In sehr vielen Fällen liegt die untere Front funktionell sagt. in Höhe der Schneidekante oder sogar vor der Schneidekante der oberen Frontzähne. In dieser Position passen dann aber sämtliche Breitenrelationen im Seitenzahnbereich nicht mehr zueinander. Auch passen in dieser Positionen sagt. nicht mehr die Höckerpositionen zueinander. Diese Problematik kann in der Tat nur mit **individuellen** kieferorthopädischen Mitteln korrigiert werden.

Okklusale Scherkontakte verursachen in aller Regel eine Zwangsverlagerung des Unterkiefers in distaler Richtung oder distolateraler Rotationsverlagerung in Folge von Zahnfehlstellungen oder asymmetrischen Zahnbogenformen mit komplexen interdisziplinären Folgeerkrankungen. Eine rein zahnärztliche Therapie mit Aufbissschiene und anschließender Prothetik, selbst mit aufwendiger instrumenteller Vermessung ist als sehr bedenklich einzustufen.

Die Behandlung dieser Krankheitsbilder ist auch nicht durch Verlagerung der Therapie in Nachbardisziplinen der Allgemeinmedizin zu empfehlen, wenn die Ursache in Zahnfehlstellungen zu sehen ist.

Die definitive Therapie besteht folgerichtig nur in der funktionellen individuellen Korrektur der ursächlichen Zahnfehlstellungen. Dieses ist z. Zt. nur durch die Funktionelle Feste Klammer der Biofunktionellen Orthodontie umzusetzen. Erst nach einer solchen vorgängigen Therapie mit Reduktion der interdisziplinären Krankheitsbilder ist eine sinnvolle Prothetik und Implantologie zu empfehlen.

Versicherungstechnischer Ausblick

Patienten mit CMD sind bereits mit den verschiedensten interdisziplinären Erkrankungen bei den Versicherern codiert. Sie gelten als „Risikopatienten“, und haben dadurch bereits erhebliche Probleme, normale Versicherungsverträge in allen benachbarten Bereichen zu bekommen, oder müssen Risikoaufschläge hinnehmen.

Auch ist eine Verbeamtung mit dem Allgemeinbegriff CMD nicht mehr möglich. Das Finanzamt stellt Bewerber mit CMD nicht mehr ein. Ein Richter mit CMD kann seine Urteilsfähigkeit in Frage gestellt bekommen. Berufskraftfahrer mit CMD und u.a. Schwindelattacken stellen eine lebensgefährdende Problematik dar, wie jeder Kraftfahrer.

Ganz sicher ist: Die zurzeit gelehrte und praktizierte Kieferorthopädie stellt eine allgemeine Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung dar. Sie ist auch volkswirtschaftlich unververtretbar. Die von den gesetzlichen Krankenkassen verbindlich verordnete Kieferorthopädie erfüllt keineswegs die Auflagen des Gesetzgebers GOZ 2012 nach einer medizinischen Indikation und ganz sicher auch nicht die Vorschriften des Patientenrechtegesetzes speziell der differenzierten Aufklärung. Unzureichende oder sog. ggf. falsche Aufklärung über Risiken oder Behandlungsmaßnahmen stellen bereits juristisch eine Körperverletzung dar. Somit kann man davon ausgehen, dass die Kieferorthopädie der gesetzlichen Krankenversicherungen als Pflichtleistung gegen das Grundgesetz Art.2 verstößt.

Die Ausrichtung der Zähne nach der Straight Wire Anatomie ist als Körperverletzung einzustufen, insbesondere dann, wenn der Patient nicht über die Alternativen und die Risiken aufgeklärt wurde.

Die Weiterbildung für eine CMD-Kieferorthopädie erfordert eine komplexe Neuorientierung der üblichen Kieferorthopädie.

Die CMD-Kieferorthopädie erfüllt nicht nur die interdisziplinäre medizinische und technische Neuorientierung, sondern erfüllt auch abrechnungstechnisch eine Einordnung in die internationale und pflichtgemäße Codierung nach ICD-10 Codierung 2012 /WHO.



Krankheitsbilder nach DMDI- ICD-10 - Code 2012 / WHO, welche im Rahmen der CMD-Kieferorthopädie zur ursächlichen Therapie anstehen und im Rahmen der CMD-Kieferorthopädie diagnostiziert werden, und erfolgreich behandelt wurden, bzw. welche prophylaktisch in der Entstehung verhindert wurden :

Kieferbereich:

- K00.0 Anodontie, Hypodontie
- K03.1 Abrasion der Zähne,
- F45.8 Bruxismus, Zähneknirschen
- K05.2 Akute Parodontitis
- K006 Störungen des Zahndurchbruchs ohne Abnorme Stellung der Nachbarzähne
- K06.0 Gingivaretraktion, Krankheiten des Parodonts durch Über- und Fehlbelastung (Okklusales Trauma)
- K04.2 Pulpadegeneration durch okklusales Trauma, Wurzelresorptionen
- K07.1 Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses, transversale und vertikale Asymmetrie
- K07.2 Anomalien des Zahnbogenverhältnisses, Schwenkung des Bisses, zwanghafte Verschiebung der Mittellinie
- K07.3 Zahnstellungsanomalien, Rotationen, Kippungen, impaktierte oder retinierte Zähne mit abnormer Stellung derselben oder der benachbarten Zähne.
- K07.4 Fehlerhafte Okklusion, nicht näher bezeichnet, Okklusaler Zwangsbiss, traumatische Okklusionsabweichung, Zahnextraktion
- K07.5 Funktionelle dentofaziale Anomalien, Abnormer Kieferschluss, Fehlerhafte Okklusion durch asymmetrischen Höhenverlust in der Seitendentition mit Distalrotation des UK nach re und Vorkontakten speziell im linken Frontzahnbereich und zwanghaftem abnormen Schluckakt.
- K07.6 Krankheiten des Kiefergelenks, „Costensyndrom“ / CMD, Craniomandibuläre Dysfunktion, KG-Kacken (Exklus. S 03.0)
- K07.8 Sonstige dentofaziale Anomalien, Bruxismus durch Vorkontakt
- K08.8 Krankheiten des Zahnhalteapparates: Irregulärer Alveolarfortsatz, Retraktion des Alveolarfortsatzes durch okklusales Trauma,
- S03.0 Akute Kieferluxation.
- S03.4 Akute Verstauchung und Zerrung beider Kiefergelenke.
- M99.1 Subluxation der Kiefergelenke, Biomechanische Funktionsstörung
- M19.9 Arthrose der Kiefergelenke

Cranio Vertebraler Bereich, CVD:

- M31.5 Arteriitis Temporalis / Horton-Krankheit / Arteriitis Cranialis / Riesenzellarteriitis
- M41.1 Okzipito-Atlanto-Axialbereich, sekundäre Skoliose, funktionsbedingt
- M41.2 Skoliose Zervikalbereich, sekundäre Skoliose, funktionsbedingt
- M41.3 Skoliose Zervikothorakalbereich, sekundäre Skoliose, funktionsbedingt
- M41.4 Skoliose Thorakalbereich, sekundäre Skoliose, funktionsbedingt
- M41.5 Skoliose Thorakolumbalbereich, sekundäre Skoliose, funktionsbedingt
- M42.0 Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule inkl. M. Scheuermann
- M43.3 Habituelle atlanto-axiale Subluxation mit Myelopathie
- M43.11, Spondylolisthesis: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
- M43.12, Spondylolisthesis: Zervikalbereich
- M43.13, Spondylolisthesis: Zervikothorakalbereich
- M47.0, Art-vertebralis-Kompressionssyndrom (+), G99.2
- M50.1 Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie / Zervikalsyndrom
- M53.0, Akutes Zervikozephalisches Syndrom, Barre´- Lieou- Syndrom
- M53.1 Cervicobrachialgie, (Schmerzen von der HWS ausgehend Bandscheibenvorf., oder Spinalkanaleinengung)
- M54.1, Radikulopathie, Wurzelneuritis, vertebra gener Kopfschmerz / -Rückenschmerz
- M75.4 Impingementsyndrom der Schulter
- M62.8 sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten, Muskelhartspann, HWS-Myogelose
- M77.8 Schmerzhafte muskuläre Verspannung der HWS-Muskulatur

- M79.19 Myalgie der Wirbelsäule
- M79.7, Fibromyalgie auf der Grundlage von HWS-Dysfunktion, Zervikozepale Dysfunktion
- M95.3 Erworbene Deformität des Halses
- M99.0, Biomechanische Funktionsstörungen, Kopfbereich, Okzipitozervikal
- M99.1, Biomechanische Funktionsstörungen, Zervikalbereich, Zervikothorakal Subluxation (der Wirbelsäule)

Interdisziplinär

- G31.81 Mitochondriale Zytopathie / erworben u.a. durch Kopfgelenke-Instabilitäts-Syndrom
- G40.8 Sonstige Epilepsien
- G43.0 Migräne ohne Aura
- G43.1 Migräne mit Aura
- G44.0 Clusterkopfschmerz
- G44.2, Kopfschmerzen vom Spannungstyp / Spannungskopfschmerz
- G45.0, Art. Vertebralissyndrom
- G46.3 Vertebrobasiläre Durchblutungsstörungen
- G47.0 Parasomnie, Ein- und Durchschlafstörungen
- G50.0 Trigeminusneuralgie
- G50.1 Atypischer Gesichtsschmerz
- G50.8 Sonstige Krankheiten des N. Trigeminus
- G52. Krankheiten des N. Vagus [X]
- G52.3 Krankheiten des N. hypoglossus [XII]
- G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom
- G99.2 Myelopathie bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- F32.1 Depressive Episode, mittelgradig
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- H53.1 subjektive Sehstörungen
- H81.0 Morbus Menière
- H81.1 benigner paroxysmaler Schwindel
- H81.9 Zervikogener Schwindel
- E87.2, Nitrosativer Stress durch Nervenreizung, Zervikalsyndrom
- H93.1 Tinnitus
- I 60.5, Subarachnoidalblutung, von der Arteria Vertebralis ausgehend
- R55 Synkope und Kollaps vasovagal / cerebrovaskulär
- R11 Nausea
- R42 Schwindel und Taumel
- IM17:2.3.1.4 Herzrhythmusstörung
- K51,0 Colitis ulcerosa,(chronisch) durch inflammatorische und neurologische Dysfunktion,

Diese Liste ist sicherlich noch unvollständig und unterliegt einer stetigen Bearbeitung.

Dr. Georg Risse



Ergänzend folgen noch wichtige „Abrechnungstechnische Grundlagen“ zur Therapie der CMD-Erkrankungen im Rahmen eines Heil-und Kostenplans.

Es ist zu bemerken, dass praktisch alle privaten Krankenkassen zwischenzeitlich die Abrechnung nach der CMD-Kieferorthopädie in vollem Umfang akzeptiert haben. Dieses geht auch auf die positiven Rückmeldungen der abgeschlossenen und laufenden Behandlungen mit der CMD-KFO zurück. Auch werden ehemalige CMD-Krankheitskodierungen nach erfolgreicher CMD-KFO-Behandlung in der Erfassung bei Krankenkassen gestrichen, sodass der Makel „Risikopatient“ für weitere Versicherungen, Verbeamtung oder auch für andere berufliche Aussichten gestrichen ist.

Wichtige Allgemeininformationen zum Heil- und Kostenplan, HKP, nach der Dento-Cranialen- und Dento-Cervikalen Orthopädie & Neurologie, DCC-O&N / „CMD- Kieferorthopädie“.

Die DCC-O&N ist eine neue Disziplin im Bereich der Zahnmedizin.

Die DCC-O&N ist eine neue Disziplin des Kauorgans und seiner systemischen Zusammenhänge insbesondere mit der Halswirbelsäule und den Kopf Gelenken sowie mit ihrem Inhalt, dem oberen Rückenmark. Sie befasst sich mit der Verhütung, Entstehung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation angeborener oder erworbener Form- oder / und Funktionsfehler des Kau-Schluckorgans, also der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen mit dem über den Atlas in antagonistischer Beziehung stehenden Craniocervikalen und Craniovertebralen Funktionsbereich und ihren neuronalen und vaskulären Beziehungen zum Rückenmark und Stammhirn.

Die aktuelle Kieferorthopädie, speziell die GKV-Kieferorthopädie ist auf den dento-fazialen Bereich beschränkt und kann mit dieser Gebietsausrichtung die wesentlichen Dysfunktionen / Krankheiten des Kauorgans und durch das Kauorgan nicht erfassen, nicht therapieren und keine ausreichende „Sicherungsaufklärung“ nach BGH VI ZR 328 / 03 und dem „Patientenrechtegesetz“ 2013, §630 a-h BGB gewährleisten. Nähere Informationen zur DCC-O unter: www.cmd-medizin.de

Gesetzgeber

01.01.2012, Private Gebührenordnung, GOZ: Mit der GOZ 2012 verfügte der Gesetzgeber und der Rechtsverordnungsgeber, das Bundesministerium für Gesundheit, BMG, eine medizinisch definierte Kieferorthopädie in der Erstellung des Heil- und Kostenplans, HKP, der Diagnostik, Indikation und Therapie im Sinne der seit langem gesetzlich verordneten DIMDI-ICD-Codierung / WHO und der Empfehlung des Wissenschaftsrates 2005 (Gutachten: Zahnmedizin) sowie den langjährigen Bemühungen der Biofunktionellen Orthodontie, BFO und der CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO / DCC-Orthopädie.

01.01.2013, Patientenrechtegesetz: U.a. Umsetzung von BGH-Urteilen / BGB 630 a-h.:

BGH 16.11.2994: VI ZR 328 / 03: „Eine Verletzung der Pflicht des behandelnden Arztes zur therapeutischen Aufklärung (Sicherungsaufklärung), die als grober Behandlungsfehler zu werten ist, führt regelmäßig zu einer Umkehr der objektiven Beweislast.“ www.cmd-institut.de Aktuelles vom 07.01.13

Vertragsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen, GKV

Die kieferorthopädischen Richtlinien des G-BA, des Gemeinsamen Bundesausschusses für das Leistungsangebot der GKV widersprechen den Vorgaben des Gesetzgebers und denen des Rechtsverordnungsgebers, des BMG, Bundesministerium für Gesundheit grundlegend und sind auch haftungsrechtlich von erheblicher Bedeutung im Sinne des „Groben Behandlungsfehlers“ der „Therapeutischen Aufklärung“, „Risiko aufklärung“:

- Die KIG, Kieferorthopädische Indikationsgruppen, definieren keine medizinische Indikation, sondern beruhen überwiegend nur auf metrischen Vermessungen, welche keinerlei Krankheitsdefinition beinhalten können: *fehlen der Risiko aufklärung.*
- Die KIG folgen auch nicht den gesetzlichen Vorschriften der ICD-Codierung / -DIMDI / WHO.
- Die vertraglichen Leistungen der GKV werden durch die HTA-Studie 2008 des Bundesministeriums für Gesundheit, BMG, dem Rechtsverordnungsgeber für den G-BA und die GKV, „*Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen*“, W. Frank et al. und durch die neue GOZ 2012 des Gesetzgebers grundlegend in Frage gestellt: *„Die KIG der gesetzlichen Krankenversicherungen sind dem Patienten gegenüber aus ethischen, dem Sozialversicherungssystem aus finanziellen Gründen nicht vertretbar. Sie geben dem Behandler keine ausreichende Legitimation zur Behandlung.“*
- Die vom G-BA und von der GKV vorgeschriebenen Richtlinien für die „Feste Klammer“ in Form der „Straight Wire Apparatur“ beinhaltet „unkontrollierbare, gerade Fertigbögen“ [P. Diedrich, Kieferorthopädie I, Urb. & Schwarzenberg 2000], und eine Ausrichtung der Zahnstellungen, welche nach U. Stratmann „als Fehlbehandlung im juristischen Sinn bezeichnet werden muss.“ [12/2010, Dental Tribune, Austr.]: beides „Grobe Behandlungsfehler“

§13(2), (3) SGB V Kostenerstattung durch gesetzliche Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen können mit ihren oben dargestellten kieferorthopädischen Vertragsleistungen den international vorgeschriebenen wissenschaftlichen Fortschritt und damit den Stand der CMD- Kieferorthopädie bzw. der DCC-O&N nicht zur Verfügung stellen. **Das bedeutet für den Kassenpatienten:**

Medizinisch notwendige Leistungen, welche nicht von der GKV zur Verfügung gestellt werden können, dürfen vom GKV-Patienten privat besorgt werden, und müssen nach §13(2), (3) SGB V von der GKV erstattet werden.

Informationen zum HKP der CMD-Kieferorthopädie / DCC-Orthopädie & Neurologie / Analogpositionen (*) / Steigerungsfaktor (**)

- Analogpositionen (*), § 6 Abs. 1 GOZ 2012:

Durch die von der Natur gegebenen Einflussbereiche des Kauorgans auf das Cranium, den Hals, den Nacken, die Wirbelsäule, die Atlasgelenke und auf das dort integrierte obere Rückenmark / Medulla Oblongata und vaskulärer Versorgung des Gehirns, überschreitet das Behandlungsgebiet der CMD-KFO / DCC-O&N das orofaziale / dentale Behandlungsgebiet der konventionellen Kieferorthopädie bzw. der GKV-Kassenkieferorthopädie in dem Ausmaß, dass bei der CMD-Kieferorthopädie von einer neuen Disziplin gesprochen werden muss.

Systemische Erkrankungen / „Multisystemerkrankungen“ des Kau- Schluckorgans in Verbindung mit den Kopfgelenken und dem oberen Rückenmark im Rahmen der DCC-ON sind nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ 2012 definiert, und können somit auch nur über Analogpositionen dargestellt, und nach §6 (1) analog berechnet werden. Diese Analogpositionen wären somit im Sinne „Krankheitsbedingter Aufwendungen“ auch „Beihilfeberechtigt“.

Somit werden in der CMD-KFO die GOZ-Positionen der „üblichen“ Kieferorthopädie zur Beschreibung der CMD-KFO überwiegend als Analogpositionen herangezogen, um die völlig anderen Leistungsinhalte der CMD-KFO gebührenmäßig zu beschreiben. Auch ergeben sich vielfach Steigerungsfaktoren der gebührenmäßigen Bemessung.

- **Berechnungsfaktor / Steigerungsfaktor (**):**

Berechnungsfaktor: Der Faktor 1.8 in der Privatgebührenordnung entspricht dem normalen 1-fach - Kassensatz der gesetzlichen Krankenversicherungen, GKV. Der Faktor 2.3 ist der normale Regelsatz der Privatgebührenordnung und liegt somit um den Faktor 0.5 höher als der Einzelsatz der gesetzlichen Krankenkasse. Die Positionen, welche höher als 2.3 gesetzt werden, müssen begründet werden und sind mit (**) „Steigerungsfaktor“ gekennzeichnet.

Ein **Steigerungsfaktor (**) / Gebührenrahmen nach §5, Abs. 2, GOZ., Bemessungskriterien:**

1. Schwierigkeit der einzelnen Leistung
2. Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie
3. Umstände der Ausführung
4. Schwierigkeit- auch Schwierigkeit des Krankheitsfalls, Gefährdung anatomischer Nachbarstrukturen.
5. Durch die CMD-KFO ergeben sich neben einer neuen Diagnostik auch „neue“ Krankheitsbilder, die ursächlich mit der CMD-KFO behandelt werden.
6. Die spezielle Behandlungsmethode der CMD-Kieferorthopädie beruht im Bereich der „Festen Klammer“ auf der Grundlage der Biofunktionalität (G. Risse) ,seinen Gesetzmäßigkeiten, technischen Umsetzung und Qualitätsleitlinien.
7. Aus (5) und (6) ergibt sich die Eintrittspflicht des Versicherers zur Kostenerstattung der „medizinisch notwendigen Heilbehandlung“ (GHHZ 133 aaO).

- **Behandlungsbögen, GOZ 6150, 6140 (*), (**):**

Die in der CMD-KFO / DCC-Orthopädie & Neurologie eingesetzten Behandlungsbögen werden grundsätzlich individuell je nach komplexer Aufgabenstellung gebogen. Die individuellen Biegungen sollen „traumatisierende Zahnwinkelstellungen“ beheben, um systemische Erkrankungen zu beheben, oder zu verhindern.

Die in der CMD-KFO / DCC-Orthopädie eingesetzten Behandlungsdrähte / - Bögen sind Spezialanfertigungen nach Risse. So entwickelt der dünnste rechteckige Stahldraht der üblichen „Festen Klammer“ ca. die 5-fache Kraft gegenüber dem dünnsten rechteckigen Stahldraht nach Risse. Die individuelle Programmierung der dünnen Risse-Drähte / Risse-Technik, ermöglicht auf der Basis der Gesetzmäßigkeiten der Biofunktionalität völlig neue intraorale Verankerungs- und Steuerungskonzepte sowie funktionelle, individuelle und medizinische Behandlungen komplexer funktioneller Systemerkrankungen. Hierdurch werden zusätzlich komplizierte Zusatzapparate / Hilfsmittel eingespart.

- **Organische Funktionsanalyse(*), (**), GOZ 8000:** Die „Klinische Funktionsanalyse“ (8000) beinhaltet die „Befunderhebung des Stomatognathen Systems“. Die Organische Funktionsanalyse beinhaltet darüber hinaus die klinische Funktionsanalyse des Kauorgans mit seinen funktionellen Antagonisten im Kopf-Halswirbel- HWS-Bereich.

- **Individuelles Nachjustieren(*), „Reaktivieren(*)(**), GOZ 6150:** Das individuelle Nachjustieren eines Bogens bedeutet ein komplexes Neuprogrammieren des Behandlungsbogens. Im Verbund mit den Brackets wird die Apparatur mit systemischer und lokaler Spannenergie für weitere Aufgaben neu aktiviert. Diese Programmierung stellt ein wesentliches Moment der Therapie dar, und kann je nach Phase der Behandlung sehr zeitintensiv sein. Für diese wesentliche klinische Maßnahme der Reaktivierung / Neuprogrammierung eines Bogens kann nach aktueller Gebührenordnung die Position eines neuen Bogens berechnet werden. Hieraus ergibt sich eine höhere Zahl an Behandlungsbögen insgesamt.

- **Individuelle Befestigung des Behandlungsbogens (*)(**), GOÄ 2702:**

Die Behandlungsbögen müssen in die Brackets eingesetzt und verbunden werden. Die Risse-Technik / CMD-KFO sieht eine individuelle Form des Einbindens mit unterschiedlichen, individuellen Kraftmomenten vor, um auch hierüber jeweils individuell verschiedene Bewegungsmuster zu erzielen. Hierzu werden auch verschieden starke / elastische „Ketten“ aus elastischem Material differenziert eingesetzt. Dieses ist eine separate medizinische Leistung, und erfordert dann je Sitzung unterschiedliche Bewertungen vom 1-fachen Satz bis hin zum 2.3-Fach-Satz, ggf. auch bis zum 3.5-fach Satz.

- **Verlaufskontrolle(*):** (Analogposition GOZ- Position 6210)

Diese Position ist zur Abklärung des Krankheitsverlaufs und zur Orientierung der weiteren Behandlungsschritte erforderlich und ist somit keine „alleinige Leistung“. Diese medizinische Abklärung fehlt in der üblichen Kieferorthopädie, da diese nur eine morphologische / metrische Korrektur von Zahnstellungen (nach zudem „falschen“ Zahnstellungen) beinhaltet.

- **Intraorale Verankerung(*):** Die intraorale Verankerung der Biofunktionellen Orthodontie ermöglicht eine individuelle funktionelle Steuerung bestimmter Zahnbewegungen und Wachstumsprozesse. Sie beruht auf Grundlagen der Systemphysik und Fuzzy-Technologien und ist in dieser Form nur mit der Biofunktionellen Orthodontie möglich (siehe: Qualitätsleitlinien). Sie erspart komplizierte Zusatzapparate, welche die erforderliche (biologische) Feinjustierung im µ-Bereich nicht aufweisen können.

- **Reminder(*)**, Analogposition GOZ- Position (6100 A) im OK zur Reflexsteuerung der Zungenmotorik werden separat als Bracketpositionen berechnet. Reminder nach Risse steuern die Fehlfunktion und Fehlpositionierung der Zunge besonders während des Schlafes insbesondere bei frontoffenen Bissen.

- **Retainer(*)(**)**: Beinhaltet eine Form der Retention durch einen individuellen Teilbogen, meist auf der Lingualseite der Frontzähne im UK. Er wird bei der CMD-KFO / DCC-O&N nach funktionellen Konzepten eingesetzt. Er erfordert eine Fixierung, welche mit der Pos.: 6100 pro integriertem Zahn berechnet wird, erspart jedoch vielfach ein in der Regel teureres herausnehmbares Retentionsgerät.

- **Abschlagspositionen(*)**: Die Abschlagspositionen 6030 bis 6080 / 6090 der GOZ erfassen üblicherweise eine Abrechnung der einzelnen Bereiche des Oberkiefers, des Unterkiefers und der Lage der Kiefer zueinander nach metrischen Kriterien. Diese Positionen werden üblicherweise anteilig zur Behandlungslänge am Ende eines Quartals in Form eines Teilabschlags unabhängig von einem bestimmten Behandlungstermin berechnet.

Funktionserkrankungen des Kau-Schluckorgans und interdisziplinärer Funktionserkrankungen des erweiterten Behandlungsgebietes der DCC-O&N werden mit Analogpositionen in Form analoger Abschlagsposition über die Positionen der Lagekorrektur 6060 -6080 A/ B(*), (**), dargestellt.

Die aufgeführten Leistungen ergeben sich aus „der medizinischen Notwendigkeit objektiverer medizinischer Befunde und Erkenntnisse zur Heilung oder Linderung von einer Krankheit (von Krankheiten) im Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung. Steht danach die Eignung einer Behandlung, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern nach medizinischen Erkenntnissen fest, folgt daraus grundsätzlich auch die Eintrittspflicht des Versicherers (BGHZ 133 aaO).“ (BGH IV ZR 131/05.)

Dr. Georg Risse

