

Dr. Georg Risse  
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie  
Raesfeldstr. 15  
48147 Münster

Tel.: +49-251-3220037  
Fax.: +49-251-3220038  
[dr.risse@cmd-kfo.de](mailto:dr.risse@cmd-kfo.de)  
[www.cmd-institut.de](http://www.cmd-institut.de)

Münster, den 12.11.11

Dr. G. Risse, Raesfeldstr. 15 // 48147 Münster

Zahnärztekammer Westfalen – Lippe  
Auf der Horst 29/31  
48147 Münster

Präsident Dr. Klaus Bartling,  
Vorstand

Mein Schreiben an Sie vom 17.02.10  
Verwerfungen Kieferorthopädie / Zahnmedizin / Sachverständige

Sehr geehrter Herr Dr. Bartling,

Mit Schreiben vom 17.02.10 informierte ich Sie über grundlegende Verwerfungen in der Kieferorthopädie. Bislang sind noch keine diesbezüglichen konstruktive Aktivitäten der Zahnärztekammer erkennbar.

In meinem obigen Schreiben informierte ich Sie über grundlegende Verwerfungen in der Kieferorthopädie, wonach die Ausrichtung der Okklusion und der Zahnachsenstellungen / Zahnangulationen in der Kieferorthopädie der offiziellen Funktionellen Anatomie nach G. H. Schumacher und auch der Lehrmeinung der allgemeinen Zahnmedizin / DGZMK sowie der Lehrmeinung des zahnärztlichen Vorstandes der ZÄK-WL grundsätzlich widerspricht.

Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um die Straight Wire Anatomie, (SWA), welche mit der Straight Wire Technik, Straight Wire Appliance, SWA, eingeführt und umgesetzt wird, speziell der Schlüssel (I), (II) und (VI) nach Andrews.

Die SWA in Anatomie und Appliance ist von den gesetzlichen Krankenversicherungen, GKV, verbindlich als Kassenleistung vorgeschrieben.

Damit wird die Ausrichtung der Zähne und der Okklusion nach SWA durch die Kieferorthopädie flächendeckend umgesetzt.

Die Ausrichtung der Okklusion durch den Kieferorthopäden wiederum ist dann die Basis / Grundlage aller weiteren Tätigkeiten durch den Allgemeinzahnarzt.

Im Rahmen der immer aktueller werdenden sog. Craniomandibulären Dysfunktion, CMD rücken die Okklusionsbeziehungen und damit die Zahnangulationen in Relation zu den Kiefergelenken und dem Cranium und darüber hinaus zu den Kopf Gelenken mit samt dem Inhalt des Rückenmarks und den dort befindlichen lebenswichtigen Zentren in den zentralen Fokus der Zahnmedizin.

Stellungnahme durch das Anatomische Institut der Westfälischen Wilhelmsuniversität Münster:

U. Stratmann:

„Die Einebnung der Spee'schen Kurve muss, wie sie bei der Straight- Wire- Technik angestrebt wird, im juristischen Sinn als Behandlungsfehler angesehen werden.“

Im Einzelnen:

„Zahnärztliche Eingriffe während des Kiefer- und Muskelwachstums der beiden Dentitionen können wegen der biologischen Formanpassungsfähigkeit des sich entwickelnden Organismus wesentlich weitreichendere Schäden verursachen als entsprechende Behandlungen beim Erwachsenen, dessen Knochen- und Muskelgewebe nur noch begrenzt umbaubar ist. Das Problem des iatrogenen, kieferorthopädischen Therapiefehlers liegt in der Beeinflussung der natürlichen Zahnangulationen. Dabei stellen Korrekturen der Achsenlage des oberen ersten Molaren den größten Risikofaktor einer dentookklusalen Störung dar, weil der 6-Jahrmolar die Angulationen aller nach ihm durchbrechenden Ersatz- und Zuwachszähne mit Ausnahme der Frontzähne beeinflusst. Somit muss die Einebnung der Spee'schen Kurve, wie sie bei der Straight-Wire-Technik angestrebt wird, im juristischen Sinn als Behandlungsfehler angesehen werden.“

Der Befund einer fehl- oder überbelasteten Kaumuskulatur wird immer bei der Diagnose des Krankheitsbildes der Craniomandibulären Dysfunktion, (CMD) erhoben. Bei den betroffenen Patienten /-innen wird aber häufig auch eine Überbelastung der Nacken-, Hals- und seltener auch der Rückenmuskulatur festgestellt. Nach heutigem Erkenntnisstand muss daher die CMD um Funktionsstörungen bzw. Schädigungen der Hals-, Nacken- und (mit Einschränkungen) Rückenmuskulatur sowie der zugehörigen Wirbelsäulengelenke erweitert werden.“

- [Die vier Faktoren der Fehlregulationen, U. Stratmann, Dental Tribune, Austrian Edition Nr. 12/2010, International Science, S. 7]
- [siehe auch Randomisierte Studie:  
„Dominoeffekt des Zahnwechsels nach G. Risse in: Die Winkelstellung der ersten oberen Molaren zur Okklusionsebene im Fernröntgenseitenbild, J. Compr. Orthod. u. Orthop., 3-4 2008 KFO-IG]

Traumatische Okklusion, T.O. [Wörterbuch Zahnmedizin, Ernst Lautenbach 1992]:

„T. O., bei der die Belastung einzelner Zähne oder Zahngruppen zu pathologischen Veränderungen in Parodontien, Kieferkammgeweben u. Kiefergelenken geführt hat; es finden sich mikroskopische oder submikroskopische Veränderungen der parodontalen Stützgewebe, die sich in einer Erhöhung der Zahnbeweglichkeit manifestieren.“

Dabei ist nicht so sehr die Größe der einwirkenden Kraft, als vielmehr ihre Richtung ausschlaggebend. Jede nicht axiale Belastung des Zahnes, wie z.B. Balancekontakte oder vorzeitige Kontakte einzelner Zähne bei der Okklusion, sog. Frühkontakte, können zur traumatischen Okklusion führen.“

Zwischenbilanz :

- Die Ausrichtung der Zahnachsen und der Okklusion stellt die Basis der gesamten weiterführenden Zahnheilkunde dar.
- Ist diese falsch wie durch die Straight Wire Technik der GKV, ist eine nachfolgende geordnete Zahnheilkunde nicht möglich.
- Es sind flächendeckende Folgeschäden vorprogrammiert.
- Die zahnärztliche Therapie und Implantologie ist durch die falsche Okklusionsgestaltung und die falsche Zahnachsenausrichtung nach GKV- KFO in ihren Grundlagen in Frage zu stellen.
- Direkte funktionelle Beziehungen zu den Atlasgelenken in Form antagonistischer Wipp- / Waage – Beziehung stellt die Zahnmedizin zwingend vor lebensbedrohliche und lebenserhaltende Aufgabenstellungen. (siehe U. Stratmann und auch nachfolgende Bildardarstellung)

Die Zahnärztekammer versteht sich als Qualitätssicherndes Organ. In diesem Rahmen stellt die Zahnärztekammer sog. amtlich bestellte Sachverständige.

- Diese Sachverständigen der Zahnärztekammer sind in aller Regel Vertragszahnärzte der Gesetzlichen Krankenversicherungen, GKV. Dieses bedeutet wiederum, dass diese Sachverständigen vertraglich gebunden sind, die Vorschriften der GKV – und damit die Straight Wire Anatomie und Straight Wire Appliance, SWA, in ihrer eigenen Praxis umzusetzen.
- Sind die gerichtlich zugelassen Sachverständigen Professoren, so lehren diese wiederum die Straight Wire Anatomie und Straight Wire Appliance, SWA.
- Der Tätigkeitsbereich der Kieferorthopädie wird mit dem „Orofazialen Bereich“ definiert:

Eine kieferorthopädische Behandlung ist nach Definition der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie und der Wissenschaft:

„Für Gebissanomalie wird der Terminus Dysgnathie verwendet. Er beinhaltet alle morphologischen und funktionellen Abwegigkeiten im Bereich des *orofazialen Systems*.  
*Kieferorthopädie* ist die Lehre von der Erkennung, Verhütung und Behandlung von Dysgnathien. Konservierende und parodontale Maßnahmen sind ebenso wie die Beseitigung von Schmerzzuständen einer kieferorthopädischen Behandlung voranzustellen.“

[Einführung in die Kieferorthopädie, B. Kahl-Nieke, Deutscher Zahnärzteverlag, 3. Auflage 2009, S 3/4.]

Aus dieser Definition ist abzuleiten:

1. dass das Behandlungsgebiet der vertraglich definierten Kieferorthopädie auf den orofazialen Bereich / Mund-Gesichtsbereich beschränkt ist,
2. dass die Beseitigung von Schmerzzuständen „einer kieferorthopädischen Behandlung voranzustellen“ ist, somit keine Leistung der amtlichen Kieferorthopädie ist,
3. die amtliche Kieferorthopädie nicht für die Erkrankungen im Rahmen der CMD und schon gar nicht für Dysfunktionen der Kopfgelenke mit neurologischen Folgeschäden zuständig ist.

Die HTA-Studie des Bundesministeriums für Gesundheit, BMG, verwirft die gelehrte und in der GKV umgesetzte und vorgeschriebene Kieferorthopädie so grundlegend wie es in der Geschichte der Medizin als einmalig zu bezeichnen ist:

- Indikation der Kieferorthopädie:  
„Die entsprechenden Indikationen der Kieferorthopädie würden nicht auf ausreichender wissenschaftlicher Basis gestellt. Damit können sie aber nicht ausreichend begründet werden: weder ethisch gegenüber dem Patienten, noch ökonomisch gegenüber dem Sozialversicherungssystem.“
- Wissenschaft der Kieferorthopädie:  
“Die Veröffentlichung von methodisch völlig unverwertbaren oder mit zahlreichen offensichtlichen Fehlern behafteten Studien ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts vor dem Hintergrund der evidenzbasierten Medizin, der allgemein bekannten Methodenlage und der angespannten Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems inakzeptabel.“

[Frank W, Pfaller K, Konta B: HTA205 des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen 2008]

Vorwürfe eines gerichtlich zugelassenen zahnärztlichen Sachverständigen:

„Ganzheitliche Vorbehandlung bei kranio-mandibulärer Dysfunktion und prothetischen Rekonstruktionen“, Jürgen Dapprich:

*„Das größte Problem für uns Zahnärzte besteht darin, Orthopäden zu finden, die bereit sind mit uns **interdisziplinär** zusammenzuarbeiten. Ähnliche Probleme haben wir mit den Kieferorthopäden, da es nur wenige gibt, die ihre Patienten funktionell und ganzheitlich behandeln. Der wissenschaftlichen Kieferorthopädie ist es bis heute nicht gelungen, den Nachweis ihrer Wirksamkeit zu erbringen (HTA 205) [13] und die kann auch ohne einen Paradigmenwechsel hin zur funktionellen-ganzheitlichen KFO nicht gelingen. Dabei hat die Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden Qualitätsleitlinien der BFO, Biofunktionellen Orthodontie, I, II und III (G. Risse) erarbeitet, deren Wirksamkeit schon vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) anerkannt wurde.“*

- [Ganzheitliche Vorbehandlung bei kranio-mandibulärer Dysfunktion und prothetischen Rekonstruktionen“, GZM – Praxis und Wissenschaft- 14.Jg. 1/2009, S. 2]
- [Qualitätsleitlinien Kieferorthopädie: [www.cmd-institut.de](http://www.cmd-institut.de)]

## Das realistische Behandlungsgebiet der Kieferorthopädie nach der CMD- Kieferorthopädie – als orthopädische Disziplin der Kiefer

Die muskuläre Ausweitung des Kau- Schluckorgans ist das gesamte anteriore Cranium zur Mandibula, zum Zungenbein und von dort zum anterioren Schultergürtel sowie zu den Schulterblättern und zum dorsalen und caudalen Cranium distal der Kopfelenke. Der anteriore Muskelstrang des Kauorgans ist ein natürlicher Funktionsantagonist zur dorsalen Nackenmuskulatur.

Die Atlasgelenke wirken wie das Zentrum einer Waage auf Nickbewegung und Rotationsbewegungen in antagonistischer oder / und kompensatorischer Symbiose mit der Kau- Schluckmuskulatur.

Jede Aktivität der Kau- Schluckmotorik spiegelt sich antagonistisch mit der dorsalen craniocervikalen und craniovertebralen Muskulatur. Das bedeutet wiederum, dass alle Aktivitäten über die Okklusion direkte Einwirkung auf das Rückenmark und die zentrale nervale und vaskuläre Versorgung dieser Region und des Zentralhirns hat.

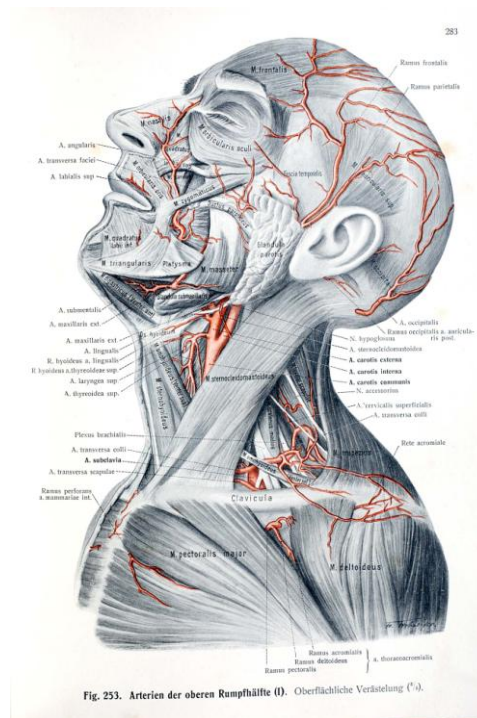


Abb. 1: Seitenansicht der antagonistischen Muskulatur des Kauorgans zur Nackenmuskulatur

In der Veröffentlichung des Vortrags: „Ein falscher Biss macht Schmerzen“ unter Aktuelles vom 23.05.2011 der Seite [www.cmd-institut.de](http://www.cmd-institut.de), Funktionskongress der Netzwerkmedizin Düsseldorf vom 06. / 07. Mai 2011 konnte nachgewiesen werden, dass ein zwanghafter Versatz des Unterkiefers durch einen Vorkontakt im Eckzahnbereich um 1 mm einen geometrischen Versatz der Kopfelenke um ca. 1,2 cm bedingt, welches enorme kompensatorische Kräfte auf die obere Halswirbelsäule bedingt. Auch konnte nachgewiesen werden, dass der craniale Ansatz des M. Digastricus ein Drehmoment von 6 cm auf den Atlas bewirkt.

Aus diesen vielfältigen Dreh- und Hebelmomenten durch die Kau- Schluckmuskulatur auf den Atlas können sehr leicht verschiedenste Erkrankungen wie sie unter der sog. „Kopfgelenkeinstabilität“, Radikulitis, Spondylolisthesis, Art. Vertebralissyndrom, Skoliose, Migräne, Schwindel und diversen Systemerkrankungen erklärt werden, und wie sie im Buch: „Das HWS-Trauma“ von Bodo Kuklinski mit nachfolgendem Nitrosativem Stress und Mitochondriopathie und Vererbbarkeit erworbener Erkrankungen / Martin Pall New York beschrieben werden.

Folgeschäden durch okklusale Traumata treffen somit nicht nur die Gesundheit der gegenwärtigen Generation, sondern können über die Mitochondriopathie vererbbar sein.

**Schematische Darstellung nach Brodie  
Funktionszusammenhänge 1969  
Seitenansicht**

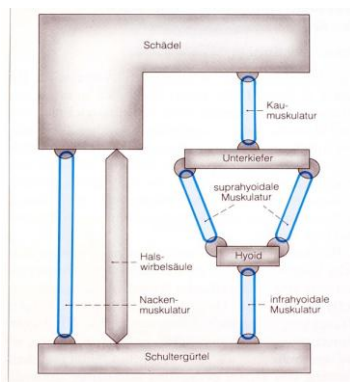
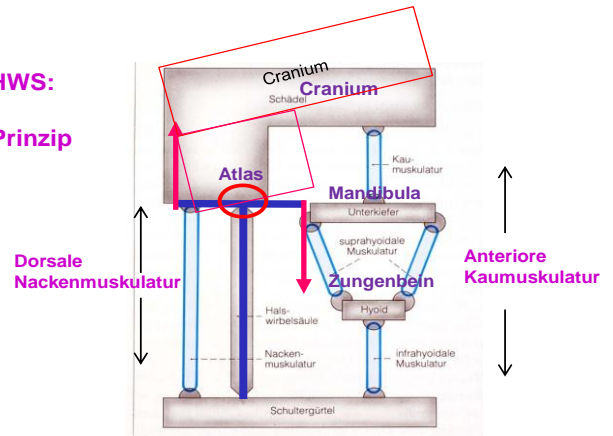


Abb. 7 Schematische Darstellung der Stabilisierung des Schädels und des Unterkiefers über die Muskulatur nach BRODIE.

**A**

**Funktionsstörungen des Kauorgans,  
B. Koeck, Urban und Schwarzenberg 1995,  
S. 29: K Götz, N. Reuling,,:  
Symptomatologie und  
Differenzialdiagnostik von Gesichts- Und  
Kopfschmerzen**

**Mechanische Auswertung der grob  
vereinfachten anterioren und  
posterioren Funktionsbeziehungen**



© 2010 CMD-Institut, Dr. G. Risse

Abb. 7 Schematische Darstellung der Stabilisierung des Schädels und des Unterkiefers über die Muskulatur nach BRODIE.

**B**

**Funktionsbeziehungen des Kauorgans  
Nackennuskulatur und Kaumuskulatur  
als  
funktionelle Antagonisten  
über  
den Atlas**

Abb. 2: Schematische Darstellung der Funktionszusammenhänge zwischen Nacken- und Kaumuskulatur anhand internationaler Literatur

Schlussfolgerungen

- Die Zahnärztekammer vertritt nach offiziellen wissenschaftlichen Erkenntnissen eine lebensbedrohliche Kieferorthopädie, welche flächendeckend Anwendung findet.
- Kieferorthopädische Sachverständige der Zahnärztekammer können nach evidenter Literatur als befangen gelten.
- Kieferorthopädische Sachverständige der Zahnärztekammer sind nach Definition der offiziellen Kieferorthopädie für das Behandlungsgebiet der CMD nicht zuständig.
- Professoren der Kieferorthopädie lehren Okklusionskonzepte, welche der offiziellen Lehrmeinung der Funktionellen Anatomie widersprechen und der Lehrmeinung der DGZMK sowie der Lehrmeinung des zahnärztlichen Vorstands der Zahnärztekammer selber widersprechen.
- Insgesamt ist danach von einem komplexen Systemversagen auszugehen.

Welche konstruktiven Maßnahmen gedenkt die Zahnärztekammer WL zu unternehmen?

Dr. Georg Risse