

Dr. Georg Risse
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
Raesfeldstraße 15
48149 Münster

Tel.: +49-251-294959

dr.risse@cmd-kfo.de
www.cmd-institut.de

Münster, den 17.02.10

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

Präsident Dr. Klaus Bartling,
Vorstand

Verwerfungen Kieferorthopädie, offizielle Anzeige

Sehr geehrter Herr Bartling,

herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Ernennung zum neuen Präsidenten der Zahnärztekammer Westfalen – Lippe.

Mit diesem Schreiben nehme ich Bezug auf mein Schreiben vom 26.01.10 an den Vorstand der ZÄKWL in Verbindung mit der Veröffentlichung : Dr. Ellie Amm, "Die Spee´sche Kurve – Kieferorthopädie und Realität" in: KN, Kieferorthopädie Nachrichten, Nr. 1 / 2. Jan/Feb. 2010, 8. Jahrgang, S. 1,4,5.:

„Schlussfolgerung: Dieser Beitrag hat das Dilemma zwischen der Kieferorthopädie und den anderen Disziplinen bezüglich der Spee´schen Kurve angesprochen. In der Kieferorthopädie glaubt man, dass ihre Nivellierung eine mechanische Notwendigkeit für den richtigen Verlauf der Therapie darstellt. Jedoch ist klar, dass deren Einhaltung eine anatomische und physiologische Notwendigkeit ist.“

Ich erlaube, mir Sie daran zu erinnern, dass ich die ZÄKWL seit 2004, auch in Verbindung mit dem Anatomischen Institut Münster, nachhaltig über das Grundlagenproblem der Ausrichtung der Okklusion in der Kieferorthopädie aufmerksam gemacht habe.

Diesbezüglich verweise ich u.a. auch auf meine verschiedenen Veröffentlichungen, der Main Lecture „Gnathology Torino 2007 XIX International Congress of AIG, Associazione Italiana Gnatologia / 1st Congress of International Academy of Advanced Interdisciplinary Dentistry, IAAID:“ Funktionelle Anatomie vs. Straight-Wire Anatomie, Orientierung für Diagnose, Behandlung, CMD, Georg Risse, MS,

sowie auf die randomisierte Studie zur Bestätigung der Spee´schen Kurve und der Okklusionsbeschreibung der Funktionellen Anatomie:

“Die Winkelstellung der ersten oberen Molaren zur Okklusionsebene im Fernröntgenbild“, Dr. Georg Risse, Dentofaziale Orthodontie und Kieferorthopädie (UOO),S.38-46, Ausgabe 3-4/2008 auch unter www.cmd-institut.de.

Ich darf erneut daran erinnern, dass die Straight wire Anatomie in Verbindung mit der marktgerechten Straight wire Technik entwickelt wurde - auf der Basis von 120 Gipsmodellen nach Auswahlkriterien der Gipsmodelle von „Gefälligkeit“ und „nice appearance“ .

Nach allen evidenzbasierten Informationen zeigt sich immer wieder, dass die Ausrichtung der Okklusion, wie sie in der Kieferorthopädie gelehrt wird und flächendeckend praktiziert wird, allen wissenschaftlichen Erkenntnissen widerspricht.

Hieraus ist eine flächendeckende Fehlbehandlung abzuleiten und eine flächendeckende Körperverletzung, wenn der Patient nicht über die widersprüchliche Ausrichtung der Zähne aufgeklärt wurde.

Wenn „falsch stehende Zähne“ die wesentliche Ursache für die Entstehung einer Craniomandibulären

Dysfunktion, CMD, ist, muss davon ausgegangen werden, dass CMD flächendeckend von Kieferorthopäden verursacht werden muss bzw. komplexe kompensatorische Verwachsungen des Stomatognathen Systems verursacht werden müssen.

Weiterhin verweise ich auf die Veröffentlichung L. Figgner 1993, Vorbehandlung vor prothetischer Versorgung ein häufiger Streitpunkt, 6 DS 5/93:

„funktionelle Therapien haben grundsätzlich vor der Versorgung mit Zahnersatz zu erfolgen, um so die Voraussetzungen zu schaffen, unter denen eine prothetische Therapie überhaupt Erfolg haben kann.

Aus diesen Urteilsgründen wird auch deutlich, dass bei notwendiger, aber unterlassener Vorbehandlung nicht nur medizinisch-biologisch, sondern auch juristisch alle folgenden zahnärztlichen Leistungen in Frage gestellt werden können, selbst wenn sie für sich genommen hervorragend ausgeführt sein mögen.“

Wenn durch die vorgängige Kieferorthopädie keine physiologische funktionelle Okklusion hergestellt wurde, ist somit die gänzliche nachfolgende Zahnheilkunde Parodontologie(falsche Zahnstellungen, Fehl- und Überbelastungen), Prothetik und Implantologie auch juristisch in Frage zu stellen. Hieraus ist ergänzend zum medizinischen Schicksal des Patienten ein unermesslicher volkswirtschaftlicher Schaden zwingend abzuleiten.

In dem anfänglich zitierten Artikel der KN wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass man in der Kieferorthopädie nicht weiß, wie denn behandlungstechnisch eine funktionelle Okklusion hergestellt werden kann und verweist dann auf Tweed. Hier sind erste Ansätze. Auch auf diesem Bereich der technischen Umsetzung für eine funktionelle Okklusion durch die sog. „Feste Klammer“, Orthodontie, habe ich die ZÄKWL seit nunmehr seit 10 Jahren, seit 2000, hingewiesen, nämlich durch die Biofunktionelle Orthodontie und Biofunktionalität / Systemwissenschaften:

Biofunktionalität [Registriert bei der ZÄKWL seit 2000]

„Biofunktionalität“ ist ein neuer Wissenschaftsbereich für alle Funktionszusammenhänge mit vitalen Systemen, ist diesbezüglich Grundlage und Begründung für neue Ordinarien. Wissenschaftliche Basis: Systemwissenschaften im weitesten Sinne, somit höchste wissenschaftliche Evidenz. Biofunktionalität ist u.a. von Wissenschaftsministerien, der NASA und der Harvard Universität anerkannt, und hat somit auch justitiable Rechtsfähigkeit.

Dr. G. Risse ist der Begründer der Wortkombination Biofunktionalität aus „Bio“ und „Funktion“ und speziell der Gesetzmäßigkeiten der Biofunktion, (Google), und führte die Biofunktionalität als „Biofunktionelle Orthodontie“ international ein. Kieferorthopädische Multibandgeräte müssen danach den Leitlinien der Biofunktionalität und den veröffentlichten Qualitätsleitlinien der Biofunktionellen Orthodontie entsprechen.

Die von den Gesetzlichen Krankenkassen vielfach in Verkehr gebrachten „Festen Klammern“ entsprechen nicht den Richtlinien der Biofunktionalität und können als Körperverletzung eingestuft werden. Die „Feste Klammer“ gilt nach dem Medizinproduktegesetz, MPG, als ein fest im Stomatognathen System inkorporiertes „Aktives Medizinprodukt“ (Maschine, Jarabak 1972) in der höchsten Gefährdungsstufe IIb-III mit entsprechenden Haftungen bei Nichtbeachtung der Leitlinien. Grundlagenfehler der üblichen „Festen Klammer“ sind dem Qualitätssicherungsorgan Zahnärztekammer Westfalen Lippe, ZÄKWL seit 2000 bekannt. [www.cmd-institut.de]

Auch erlaube ich mir die offizielle Anmeldung des Straight Wire Syndroms:

Straight Wire Syndrom:

Ursache: Straight Wire Anatomie als Behandlungsziel in der Kieferorthopädie, welche im Widerspruch zur offiziellen Funktionellen Anatomie steht, durchgeführt meist mit automatisierten, nicht individuell gestaltbaren, geraden (straight) Einheitsbögen und Fertigbögen. Hierdurch kurze „Stuhlzeiten“ (geringe Behandlungszeit pro Sitzung) und leichte Delegation, daher äußerst gewinnträchtig.

Folgen: „Gerade Zähne“, jedoch häufig falsche Funktion:

Mesialkipfung der OK-(Seiten-)Dentition durch Mesialkipfung der oberen ersten Molaren (6-er), Begradigung der vertikalen Spee-Kurve im hinteren Bereich des Oberkiefers nach unten, dadurch zusätzlich zur Mesialkipfung der OK-Seitenzähne, Schwenkung der Kauebene im distalen Bereich nach kaudal (unten), dadurch Vorkontakte der oberen Molaren mit den unteren Molaren mit der Folge von Hebelmomenten für die Kiefergelenke (mit fortschreitenden Diskusluxationen, Arthrosen, schmerzhafter Kapsulitis, Mundöffnungseinschränkung), Muskelverspannungen durch Kompensationsmuster, Parodontalschäden und Alveolarknochenschwund durch unphysiologische Zahnkipstellungen, okklusale Fehlbelastungen, Diagonalbelastungen, unphysiologisches adaptatives (häufig irreversibles) Alveolarknochenwachstum und Schädelwachstum, unnötige Zahnextraktionen „aus kieferorthopädischen Gründen“ durch Mesialkipfungen der oberen Zähne mit häufig weiteren unphysiologischen Zahnkipfungen durch Extraktionstherapie und hierdurch ergänzend Zungenraumeinengungen als Basis

für Zungenfehlfunktionen bei der Schluckmotorik und Artikulation, myogene Kompensationsmuster des gesamten stomatognathen Systems, instabile kieferorthopädische Behandlungsergebnisse, daher auch häufig zusätzlich privat in Rechnung gestellter „Lifetime Retainer“ für die Frontzähne, um „Behandlungsergebnis zu stabilisieren“, damit fixierte, klassische Basis für komplexe Craniomandibuläre Dysfunktion, CMD.

Weitere klinische Folgen: Unerkannte Ursache bedingt interdisziplinäre Odyssee durch alle benachbarten Disziplinen mit meist keinem Dauererfolg, verursacht erhöhte Krankmeldungen, kann bis zur Arbeitsunfähigkeit führen, schließlich auch in die Neurologie und Psychiatrie und Verarmung führen, parodontaler Dauerpatient.

Da Ursache allgemein unbekannt, deuten Neurologen die verbleibenden Schmerzen (Kopfschmerzen, CMD- Symptome) als „*chronifizierte Schmerz*“ als angeblich „eigenständige neurologische Erkrankung durch Verselbständigung des Schmerzes“, nicht ahnend, dass die mechanische Ursache der kontinuierlichen okklusalen Dysfunktion weiter besteht.

Wird auch als „*chronifiziertes, dentogenes Schmerzsyndrom, sekundäre Schmerzfixierung*“ oder schlichtweg als „*Bruxismus*“ auf der Basis von Stress bezeichnet.

Nachfolgende Prothetische Behandlungen können auf einer solchen okklusalen Dysfunktion nach Figgener 1993 rechtlich als Fehlbehandlungen eingestuft werden.

Therapie

Ausgesprochen schwierig, da im Molarenbereich durch die dortige Begradigung der Spee- Kurve meist der Alveolarfortsatz dort vertikal verlängert wurde und die darüber liegende Kieferhöhle nach kaudal, unten vergrößert wurde. Mit der zusätzlichen Mesialkipfung der oberen 6-er sind nicht nur die anterioren Zähne nach mesial gekippt, sondern die 7-er und 8-er des OK sind auch nach mesial - kaudal gewandert und erschweren zusätzlich die notwendige Distalkippung der 6-er für eine physiologische Achsenstellung. Besonders schwierige Verhältnisse liegen häufig bei einer einseitigen Extraktionstherapie von zwei Prämolaren nur im Oberkiefer vor, da dann meist noch Vorkontakte in der Front hinzukommen, zusätzlich zu falschen Kippstellungen der Seitendentition und besonders der OK-Molaren sowie Zungenraumeinengungen, dieses gleichzeitig häufig mit einem Großnasenprofil durch eingefallene Oberlippe infolge einseitiger Extraktion nur im OK, prominenter Unterlippe und fliehendem Unterkiefer.

Hiermit wird die ZÄKWL aufgefordert,

- umgehend die Kollegenschaft über die vorliegende Problematik aufzuklären,
- Die Straight Wire Technik und Straight Wire Anatomie umgehend aus dem Verkehr zu ziehen,
- umgehend Nach- und Umschulungen für die zahnärztliche und kieferorthopädische Kollegenschaft in Verbindung mit dem Anatomischen Institut der Westfälischen Wilhelmsuniversität und dem Institut für Craniomandibuläre Dysfunktion zu organisieren,
- umgehend sicherzustellen, dass der kieferorthopädische Patient vor einer Behandlung über die anatomischen und technischen Verwerfungen aufgeklärt wird,
- sicherzustellen, dass in jedem Qualitätsmanagementprogramm als Voraussetzung für eine Zertifizierung Behandlungsziele und Behandlungstechniken nach den Leitlinien der Funktionellen Anatomie und Biofunktionalität / Biofunktionelle Orthodontie aufgeführt sind, sowie Nachweise einer angemessenen Schulung.

Um eine konstruktive Bearbeitung und Rückmeldung in den nächsten drei Wochen wird gebeten.

Dr. Georg Risse

Münster, den 17.02.10