

Sind Zahnspangen der Kieferorthopädie „Geldverschwendung“, FAZ, oder „Böse Abzocke“, Bild? – Reaktion der Presse auf Prüfungsergebnisse des Bundesrechnungshofes 2018 von 1 Mrd. Schaden durch Kieferorthopädie.

Die fachliche Recherche ergibt einen mehrfachen oder mehrstelligen Mrd.-Schaden durch konventionelle Kieferorthopädie, die Grundlage für den Einsatz der CMD-Kieferorthopädie.

G. Risse

Wesentliche Ursache der Schäden durch konventionelle Kieferorthopädie sind:

- **Keine medizinische Diagnostik (ICD-10-GM), Diagnostik nach Millimetern, GKV: Ausschluss der „Klinischen Funktionsdiagnostik“**
- **keine funktionelle Ausrichtung der Zahnbeziehungen und Kiefergelenke speziell durch die Feste Klammer („Positivliste“ der GKV)**
- **Einsatz von Materialien und „Techniken“, welche eine individuelle / funktionelle Behandlung ausschließen (u.a. Straight Wire Techniken)**
- **Begrenzung auf den orofazialen Bereich mit „schönem Lächeln“, und Ausschluss des direkten Wirkungsbereichs des Kauorgans auf die Wirbelsäule mit mechanischen, vaskulären und neuronalen Folgen in Diagnostik und Therapie.**

Bereits 2001 monierte Rüdiger Säckel, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit die Erfolgsquote der Kieferorthopädie. Seitdem reißen die Beschwerden der Öffentlichkeit über die konventionelle Kieferorthopädie nicht ab. Im Gegenteil, die öffentlichen und amtlichen Beschwerden über die konventionelle Kieferorthopädie nehmen in Regelmäßigkeit und Deutlichkeit zu.

Das CMD-Institut verfolgt diese Entwicklung mit großer Sorge und inhaltlicher Nachhaltigkeit durch Forschung und wissenschaftliche Aktivitäten.

Es ist nicht zu verkennen, dass die konventionelle Kieferorthopädie gravierende Grundlagenfehler in Theorie und Praxis beinhaltet. Die „Richtungsweisenden Organe“ speziell der DGKFO, Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie, reagieren jedoch mit „Totschweigen“ - und sogar teilweise mit Desinformation:

http://www.cmd-institut.de/files/GKV_Spitzenverband_KFO_Aufklaerung_1.pdf

Nach den in dem folgenden Artikel aufgeführten Ergebnissen steht der vom Bundesrechnungshof thematisierte Schaden von „über 1 Mrd. Euro“ zur Diskussion, welcher das Bundesministerium für Gesundheit zu klären hat.

Betrachtet man die wissenschaftlichen Grundlagen, welche in diesem Artikel aufgeführt sind, muss angenommen werden, dass dieser Betrag von 1 Mrd. Euro um ein Vielfaches überschritten werden muss, wenn man die lokalen und interdisziplinären Folgeschäden durch konventionelle Kieferorthopädie, insbesondere der Festen Spange in Betracht zieht. Diese medizinischen Folgeschäden sind bis in die Bereiche „Schulunfähigkeit“ und „Arbeitsunfähigkeit“ durch Kieferorthopädie zu verfolgen – abgesehen von den persönlichen und tragischen Schicksalen und Zukunftsperspektiven der Betroffenen.

018 PRESSEMITTEILUNG 03 - BEMERKUNGEN 2017-ERGÄNZUNGSBAND

PRESSEMITTEILUNG

Aktuelle Prüfungsergebnisse

- Gesundheit, Steuern, Bundeswehr, Straßenbau -

Als Ergänzung zu seinen Bemerkungen 2017 veröffentlicht der Bundesrechnungshof weitere Prüfungsergebnisse. „Mit den heute veröffentlichten Prüfungsergebnissen aktualisieren wir die Grundlage für das laufende parlamentarische Entlastungsverfahren. Dadurch können wir unsere Feststellungen und Empfehlungen kurzfristig einbringen und so dazu beitragen, dass Fehlentwicklungen und unwirtschaftliches Verhalten in der Bundesverwaltung schneller korrigiert werden“, sagte der Präsident des Bundesrechnungshofes Kay Scheller anlässlich der Veröffentlichung des Ergänzungsbandes. Der Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages berät diese Prüfungsergebnisse bis zur parlamentarischen Sommerpause.

Die aktuelle Ergänzung zu den Bemerkungen 2017 umfasst u. a. folgende Beiträge, in denen die Bundesverwaltung den Empfehlungen des Bundesrechnungshofes nicht gefolgt ist.

GESUNDHEIT

[NUTZEN KIEFERORTHOPÄDISCHER BEHANDLUNG ERFORSCHEN, NACHWEISEN UND BEWERTEN \(NR. 9\)](#)

Die Krankenkassen wenden jährlich über 1 Mrd. Euro für kieferorthopädische Behandlungen auf, obwohl deren medizinischer Nutzen nur unzureichend erforscht ist. Dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Krankenkassen fehlen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über Wirkung und Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen. Zudem haben sie keinen Überblick mit welchen kieferorthopädischen Leistungen die Bevölkerung konkret versorgt wird. Es fehlen bundesweite Daten, z. B. über Art, Dauer und Erfolg der Behandlung oder der zugrundeliegenden Diagnosen. Hinweisen auf diesen Missstand - auch aus seinem eigenen Geschäftsbereich - ist das BMG seit Jahren nicht nachgegangen. BMG und Krankenkassen sollten daher die kieferorthopädische Behandlung der Bevölkerung wissenschaftlich untersuchen (Versorgungslage, Behandlungsnotwendigkeiten und -ziele sowie Qualitätsindikatoren und -kontrollen).

Darin sollten auch Selbstzahlerleistungen einbezogen werden. Denn dem BMG ist auch nicht bekannt, welche Selbstzahlerleistungen Versicherte in Anspruch nehmen. Hier fehlt es an wissenschaftlich gesicherten und verständlichen Angaben über ihre Vor- und Nachteile.

Presse

Die Frankfurter Allgemeine, FAZ und die Bildzeitung nahmen die Pressemitteilung des Bundesrechnungshofs 2018 / 03 – Bemerkungen 2017 Ergänzungsband zum Thema „Kieferorthopädie“ in ihren aktuellen Ausgaben.

<http://m.faz.net/aktuell/wirtschaft/geldverschwendung-bundesrechnungshof-gegen-zahnspangen-15556592.html>

<https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/abzocke-mit-nutzlosen-zahnspangen-55482674.bild.html>

Während die FAZ ihren Artikel von Manfred Schäfers, Berlin mit: „Bundesrechnungshof kritisiert: Sind Zahnspangen Geldverschwendung?“ titulierte, schreibt die Bild:

Kai Weise: „Rechnungshof prangert an: Böse Abzocke mit unnützen Zahnspangen“

Bezugsquelle des Bundesrechnungshofs u.a.:

- Grundsätzlich bezieht sich der Bundesrechnungshof im Wesentlichen auf die sog. HTA-Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von 2008 bezüglich Kieferorthopädie und speziell bezüglich der sog. Festen Klammer, Multiband:

Der aktuelle Text ist auch im Archiv vom CMD-Institut nebst Kommentaren aufgeführt:

http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta205_bericht_de.pdf

Hierüber berichtete das CMD-Institut zeitnah 2008, siehe **Archiv** www.cmd-institut.de.

- Zuvor ist im Archiv des CMD-Instituts die Bewertung der aktuellen Zahnmedizin vom Wissenschaftsrat 2005 aufgeführt, welche umgehend eine interdisziplinäre Neuausrichtung der Zahnmedizin forderte:

<http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/6436-05.pdf>

Veröffentlichungen bezüglich Grundlagenfehler der konventionellen Kieferorthopädie:

Archiv CMD-Institut 2007:

2007 Veröffentlichung des Vortrags von Dr. G. Risse als Main Lecture des XIX International Congress of AIG, Associazione Italiana Gnatologia, und des „1st Congress of International Academy of Advanced Interdisciplinary Dentistry, IAAID - Torino:

Funktionelle Anatomie vs. Straight-Wire Anatomie, Orientierung für Diagnose, Behandlung, CMD, Craniomandibuläre Dysfunktion.

http://www.cmd-institut.de/files/all_Gnathology_Turin_2007_Deutsche_Fassung_02_11_07.pdf

Ergebnisse:

„Funktionelle Anatomie vs. Straight Wire Anatomie“, Main Lecture 2007 G. Risse

Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus den Abschnitten I, II, III und IV

Anwendung der Funktionellen Anatomie

Die Anwendung der Funktionellen Anatomie für Diagnose und Behandlungsziele öffnet die orthodontische / kieferorthopädische Disziplin für medizinische Behandlungen und Prävention von schweren Erkrankungen der Craniomandibulären Dysfunktion, CMD.

Zwei CMD – Behandlungstechniken

Es gibt nur zwei orthodontische Vierkanttechniken, welche den Richtlinien der Funktionellen Anatomie entsprechen.

Komplexe zusätzliche Ausbildung

Beide Techniken erfordern eine komplexe zusätzliche Schulung und Ausbildung über erweiterte Diagnostik, Behandlung und Behandlungsprozesse sowie profunde interdisziplinäre Kenntnisse von klassischer Mechanik, Quantenmechanik, Bio-Kybernetik, Fuzzy-Logic, Navigation und funktioneller Ingenieurwissenschaft.

CMD - Orthodontie, eine neue Disziplin und Gebietsbezeichnung

CMD Orthodontie, Orthodontie unter Berücksichtigung der Craniomandibulären Dysfunktion, CMD, wird die medizinische Definition der zukünftigen Orthodontie und Kieferorthopädie sein. Durch diese ausgeweitete Gebietsbeschreibung der kieferorthopädischen Behandlungsziele – von dem Gebiet der Zahnkorrekturen auf das Gebiet der Therapie von Funktionsstörungen des gesamten Kopf-Schulterbereichs – mit Hilfe von neuen funktionellen orthodontischen Konstruktionsweisen der Multibandgeräte und neuer Navigation von Zähnen, ist CMD-Orthodontie eine neue Disziplin.

Orthodontische Medizin

Orthodontie verändert sich von mehr ästhetischer Betrachtungsweise und nur „gerade Zähne“ zu einer Basisdisziplin für individuelle medizinische Betreuung von schweren Erkrankungen des Kopf-Schulterbereichs durch die Erstellung einer individuellen funktionellen Okklusion.

Die CMD-Orthodontie eine Basisdisziplin

Die CMD-Orthodontie stellt eine basale Unterstützung für die allgemeine Zahnmedizin, Parodontologie, Gnathologie, Prothetik und Implantologie dar. CMD-Orthodontie ist eine interdisziplinär definierte Medizin durch Kooperation mit allen benachbarten Disziplinen wie allgemeine Medizin, Orthopädie, Neurologie, Physiotherapie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

Richtlinie 1 Anatomie

Ausschließlich nur die Richtlinien der offiziellen Funktionellen Anatomie und Evolution gelten für die Definition orthodontischer / kieferorthopädischer Behandlungsziele als Vorbedingung und Voraussetzung für eine reibungslose interdisziplinäre Zahnmedizin und Medizin.

Richtlinie 2 Zentrum der Funktionellen Okklusion

Die Angulation / Winkelstellung der ersten oberen permanenten Molaren (6er) ist die Schlüsselstellung der okklusalen Entwicklung mit Dominoeffekt für eine funktionelle Okklusion, für eine orthodontische Diagnose und orthodontische Behandlungsziele.

Richtlinie 3 Voraussetzung für eine individuelle Behandlung

Um eine individuelle Angulation und eine individuelle Spee'sche Kurve zu erzielen, sind Grundlagen der Bio-Funktionellen Orthodontie, BFO, Kenntnisse von Systemwissenschaften, Fuzzy-Logic und Bio-Kybernetik basale Voraussetzungen.

Richtlinie 4 Voraussetzung für orthodontisches Engineering

Grundvoraussetzungen für eine CMD-Orthodontie sind Grundlagen von differenzieller, biofunktioneller Konstruktion von Multibandgeräten.

Richtlinie 5 Fehlbehandlung durch Straight wire Orthodontie

Die zurzeit übliche, rezente, Orthodontie / Multibandtechnik auf der Basis der Straight-Wire-Anatomie und Straight-Wire-Technik bedeutet komplexe Falschbehandlung und eine weit verbreitete medizinische Katastrophe:

Durch das Lehren der Straight-wire Orthodontie lehren offizielle Lehrkörper Voraussetzungen für Fehlbehandlungen:

Die Straight-wire Anatomie, und damit auch die Anatomie der offiziellen Kieferorthopädie / Orthodontie steht in wesentlichen Bereichen im Widerspruch zu Richtlinien der offiziellen Funktionellen Anatomie, Evolution und Richtlinien der allgemeinen Zahnheilkunde.

Hierdurch werden durch die Straight-wire Anatomie falsche Zahnangulationen, eine falsche Form der Okklusionsebene und deren Winkelstellung, eine Mesialdrift der oberen Dentition, falsches und irreversibles vertikales Alveolarknochenwachstum unter Missbrauch des Wachstums hervorgerufen. Dieses führt häufig zu skelettalen Notoperationen, oder zu schweren Gelenkschäden, TMD, oder zu komplexer Craniomandibulärer Dysfunktion, CMD, Parodontalerkrankungen durch Diagonalbelastung der Wurzeln und zu okklusalem Stress durch lokale Frühkontakte.

Die Mesialdrift der oberen Dentition durch die Mesialdrehmomente von der Straight-wire Orthodontie führt sehr häufig zu unnötigen Zahnextraktionen im Oberkiefer. Eine Retraktion der oberen Frontzähne führt dann häufig zu Vorkontakten der Frontzähne mit Folgen wie: Gelenkschädigungen, TMD, Tinnitus, Schwindel und CMD, Craniomandibuläre Dysfunktion – neben einem nachteiligen Profil.

Die durch die Straight - wire Orthodontie nach mesial und unten gerichtete Drift der oberen Molarendentition verursacht falsches und irreversibles Alveolarwachstum mit folgender falscher Knochenstatik und –Funktion des Kauorgans und der Wirbelsäule. Folgeerscheinungen sind dann häufig: offene Bisse, TMD, CMD und chirurgische Eingriffe, um orthodontische Fehlbehandlungen zu reparieren.

Straight-wire Orthodontie missbraucht die natürliche Adaptationsfähigkeit und Kompensationsfähigkeit, insbesondere das Wachstum.

Superelastische Nickel-Titan-Drähte, NiTi-Drähte der Straight-wire Orthodontie sind unzureichend kontrollierbar, haben wegen ihrer kontinuierlichen Dauerbelastung 140% größeres Risiko für Wurzelschäden, und beinhalten bis zu 50% Nickel.

Die Straight-wire Orthodontie missbraucht Drähte, um die Zähne auf einen geraden Draht aufzuhängen, anstatt die Drähte durch individuelles Gestalten für eine individuelle Ausrichtung der Zähne zu nutzen.

Straight-wire Orthodontie beinhaltet ein komplexes Fehlen von Wissen und Erfahrung über individuelles Drahtbiegen oder individuelle Gerätekonstruktion und Zahnnavigation auf biofunktioneller Basis mit Drahtstärken von .010 x .020 Inch und Slotstärken von .016 x .020 Inch.

Der Hauptvorteil der Straight-wire Orthodontie ist leichte und schnelle Anwendung oder Delegation, was die sog. Stuhlzeit reduziert und schnellen Profit verspricht. – der optimale Nährboden für einen Stillstand in der Orthodontie und für ein Totschweigen aller Nachteile und schweren Formen von Fehlbehandlungen.

Durch die schweren Defizite in der kieferorthopädischen Ausbildung und durch falsche Ausbildung, ist eine sofortige komplexe und umfassende Neuausrichtung und Nachschulung erforderlich, um weitergehende Fehlbehandlungen auf breiter Basis zu verhindern.

Richtlinie 6 Körperverletzung

Die Behandlung eines unzureichend aufgeklärten Patienten bedeutet juristisch Körperverletzung.

Die Umsetzung der Straight-wire Anatomie, die Anwendung unzureichend kontrollierbarer Drähte (NiTi) und unzureichend beherrschbarer Biomechanik kann zu rechtlichen Auseinandersetzungen führen, wobei der Kieferorthopäde dann erklären muss, warum er nicht die Funktionelle Anatomie angewandt hat, den Patienten nicht darüber aufgeklärt hat, und warum er es vorzog, unzureichend kontrollierbare Drähte anzuwenden.

Der Orthodont / Kieferorthopäde muss dann in der Lage sein, zu erklären, wie er es schafft, mit unzureichend kontrollierbaren Drähten und falscher Anatomie, eine kontrollierte Behandlung durchzuführen.

Archiv CMD-Institut 2008:

2008 „Randomisierte Studie über die Winkelstellung der oberen ersten Molaren als Grundlage einer funktionellen Okklusion.“ G. Risse

http://www.cmd-institut.de/files/KFO_Studie_2008.pdf

Schlussfolgerungen

- Die ersten oberen Molaren, (6-er), definieren als erste durchbrechende bleibende Zähne mit ihrer Angulation / Winkelstellung / Kippstellung mesiodistal auch zwingend die Angulation / Winkelstellung / Kippstellung aller später davor und dahinter durchbrechenden Zähne und damit die gesamte Okklusionsentwicklung, Gelenkentwicklung, Knochenstatik und Muskelmotorik des Kopf-Schulterbereichs.
- Die Risse-Achse (Risse-axis) ist in Verbindung mit der Okklusionsebene zur Definition der kieferorthopädischen Angulation der oberen Molaren eine zentrale Orientierung für die Diagnostik und Therapie von Patienten.
- Die Risse-Achse ist klinisch leicht darstellbar und verlässlich.
- Die physiologische Achsenneigung, Angulation der oberen 6-er ist die Basis der gesamten kieferorthopädischen Therapie craniomandibulärer Dysfunktionen und damit Basis einer medizinisch definierten Kieferorthopädie / Orthodontie.
- Die vorliegende randomisierte Studie über die Angulation der oberen ersten Molaren bestätigt die Funktionelle Anatomie nach G.H. Schumacher und der Evolutionslehre.

- Gleichzeitig widerlegt diese Studie die Ergebnisse von Andrews der Schlüssel: **I, II, und VI** grundsätzlich, sodass eine Straight-Wire-Technik wie Straight-Wire-Anatomie grundsätzlich als komplexe Körperverletzung anzusehen ist.
- Diagnostische Computerprogramme müssen auf die Vermessung der Winkelstellung der oberen (ersten) und ggf. auch der unteren Molaren mit der Risse-Achse erweitert werden.
- Da die z. Zt. aktuellen Lehrbücher der Kieferorthopädie auf der Straight-Wire-Anatomie und in ihrem Gefolge auf der Straight-Wire-Technik aufbauen, muss von einer komplexen Fehlorientierung der Kieferorthopädie ausgegangen werden, zumal alle anderen Disziplinen sich an den Grundlagen der offiziellen Funktionellen Anatomie nach G.H. Schumacher orientieren.
- Die vorliegende randomisierte Studie bestätigt die offizielle Funktionelle Anatomie nach G.H. Schumacher und erweitert sie auf die altersentsprechende Angulation nach G. Risse und der Biofunktionellen Kieferorthopädie / Orthodontie.
- Sämtliche Lehrbücher der Kieferorthopädie müssen korrigiert werden auf die Funktionelle Anatomie nach G.H. Schumacher sowie auf die Biofunktionelle Kieferorthopädie / Orthodontie in Diagnostik und Mechanik nach Maßgabe der Leitlinien der Biofunktionellen Orthodontie (www.cmd-institut.de).

Archiv CMD-Institut 2010:

Die vier Faktoren der Fehlregulation, U. Stratmann, Dental Tribune, Austrian Edition, Nr. 12/2010 S. 7

http://www.cmd-institut.de/files/4_Faktoren_Fehlregulationen_idmojltm.pdf

Ergebnisse

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

Archiv CMD-Institut 2012:

Das Behandlungsgebiet des Kieferorthopäden als Orientierung für CMD, Craniomandibuläre Dysfunktion / Vortrag zum 6. Fachsymposium der KFO-IG, 17.März 2012:

http://www.dcc-on.de/files/kfo_ig_art_3_2.pdf

Schlussfolgerungen:

Die zurzeit gelehrt und praktizierte Kieferorthopädie insbesondere der metrischen Kieferorthopädie der gesetzlichen Krankenversicherungen in Form des KIG und der Straight Wire Technik mit Beschränkung auf den dentofazialen Bereich in Diagnostik und Therapie stellt eine komplexe Gefährdung der Bevölkerung dar, und verursacht neben persönlichen

Schicksalen einen erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden. Betroffene Patienten irren vielfach ergebnislos in den verschiedenen Fachdisziplinen herum mit dem vielfachen Ergebnis einer abschließenden irrigen Diagnostik, dass der Patient psychisch krank sei. In den allermeisten Fällen erkrankt das betroffene Patientengut sekundär psychisch durch die Orientierungslosigkeit in den einzelnen Fachdisziplinen, welche die oben dargestellten funktionellen Beziehungen nicht kennen können, und auf die Kompetenz der offiziellen Kieferorthopädie vertrauen.

Die CMD-Kieferorthopädie auf der Grundlage der Biofunktionellen Orthodontie und deren Leitlinien ist die prinzipielle Grundlage zur Erstellung einer funktionellen Okklusion auf der Basis eines funktionellen muskulären Gleichgewichtes. Dieses ist schwerlich durch Kiefergelenksvermessungen erfassbar.

Das Fach Kieferorthopädie in der rezenten Ausgestaltung ist einem Paradigmenwechsel zu unterziehen wie es auch der Wissenschaftsrat 2005 gefordert hat.

Die KieferOrthopädie wird zum Grundlagenfach der allgemeinen Zahnmedizin und zum „interdisziplinären Querschnittsfach“ nach Forderung des Wissenschaftsrates 2005.

Archiv CMD-Institut 2013:

http://www.cmd-institut.de/files/Neue_Fachdisziplin_Interne_2013t.pdf

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.

Archiv CMD-Institut 2015:

28.06.15 Systemversagen offiziell: Wissenschaft warnt vor KIG - Kieferorthopädie der GKV als möglichen „groben Behandlungsfehler“

http://www.cmd-institut.de/files/Systemversagen_offiziell_Grober_Beh-Fehler_Internet_28.06.15.pdf

Schlussfolgerungen

Die Befunderhebung zur Indikation einer kieferorthopädischen Behandlung nach den KIG, Kieferorthopädische Indikations-Gruppen der gesetzlichen Krankenversicherungen nach Vorschrift des G-BA erfüllt nicht den rechtlich gebotenen medizinischen Standard.

Metrische Vermessungen der KIG definieren keine oder nur ansatzweise Dysfunktion / Krankheit und somit keine ausreichende Behandlungsindikation.

Nicht diagnostizierte Dysfunktionen können auch nicht therapiert werden.

Behandlungen auf der Grundlage der KIG unter Ausschluss einer Klinischen Funktionsanalyse sind keine Krankenbehandlung, widersprechen dem Paragraphen 1 SGB V, und dürfen von der Sozialversicherung nicht finanziert werden.

Kieferorthopädische Behandlungen haben zum Ziel, Cranio-Mandibuläre Dysfunktionen, CMD nicht nur zu diagnostizieren, sondern auch ursächlich zu therapieren bzw. – noch wichtiger, zu verhindern.

Die CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO, geht noch weiter, und bezieht den Craniocervikalen Nacken- und Atlasbereich wegen der Funktionseinheit des Kau-Schluckorgans mit der Nacken-Schultermuskulatur über die Atlasgelenke und deren Inhalt, dem Rückenmark und der Medulla oblongata in Folge neuronaler und vaskulärer Versorgung mit ein: www.dcc-on.de

Bei der Therapie von diagnostizierten Dysfunktionen sind die Behandlungsziele einer Funktionellen Okklusion, der Gestaltung der gelenksbezogenen Okklusionsbeziehungen und der Ausrichtung der Zahnwinkelstellung der einzelnen Zähne nach der Funktionellen Anatomie (G.H. Schumacher) und der altersentsprechenden Winkelstellungen (G. Risse) als grundlegende Orientierung heranzuziehen.

Beim Einsatz von speziell feststehenden Behandlungsgeräten muss eine Eignung zur individuellen funktionellen Gestaltbarkeit der Apparatur und der Behandlungsbögen definiert sein, wie es bei der sog. Biofunktionellen Orthodontie, BFO / Fixed Functional Orthodontics, FFO, (Internet. Pat) und den kieferorthopädischen Qualitätsleitlinien (I, II, III) dargelegt und international veröffentlicht wurde.

Die Winkelstellungen der Zähne nach der sog. Straight Wire Anatomie widersprechen den Vorgaben der Anatomie diametral, und werden von Seiten der Anatomie bei klinischer Umsetzung „als Behandlungsfehler im juristischen Sinn“ bezeichnet. Auch wird in diesem Artikel durch die Ausrichtung der Okklusion nach der Straight wire Anatomie auf komplexe Verwachsungen bei Jugendlichen nachhaltig hingewiesen. Daraus ergibt sich eine weitere Steigerung der Gefährdung

durch Kieferorthopädie, deren Folgen (durch Verwachsungen) erst im Erwachsenenalter durch interdisziplinäre Dysfunktionen und Krankheitsbilder offenkundig werden, woraus sich dann vielfach eine Odyssee der Patienten durch die verschiedensten Fachdisziplinen ergibt. [U. Stratmann, Die vier Faktoren der Fehlregulationen, Dental Tribune, Austrian Edition Nr. 12/2010 S. 7]

Über obige Inhalte ist der Patient nach den aktuellen Patientenrechtsgesetzen aufzuklären.
Nähere Informationen sind im Archiv der Seite www.cmd-institut.de nachzulesen.

Archiv CMD-Institut 2016:

26.09.2016 Kieferorthopädie Aufklärung wie bei Dieselgate?

GKV-Spitzenverband untersucht KFO-Aufklärung „Feste Klammer“

- Behandlungsdrähte - G. Risse

http://www.cmd-institut.de/files/GKV_Spitzenverband_KFO_Aufklaerung_1.pdf

Schlussfolgerungen

Die wissenschaftlichen Fachverbände und Berufsverbände, KZBV, BDK, DGKFO und DGZMK klärten den GKV-Spitzenverband nicht darüber auf, dass prinzipiell bezüglich des Schädigungspotentials des Patienten das Gegenteil von der allgemeinen Aufklärung des Patienten richtig ist, dass nämlich der

Einsatz eines angeblich schonenden Hochelastischen (NiTi-) Drahts eine wesentlich höhere Schädigungsquote beinhaltet als der Einsatz eines Edelstahldrahts der Kassenleistung der Gesetzlichen Krankenversicherungen – und dieses „regelhaft“.

Hochelastische Drähte der NiTi-Gruppen bergen im Gegensatz zu Stahldrähten eine regelhaft vorliegende Gefahr der Wurzelschädigung. Hochelastische Drähte der NiTi-Gruppen der Straight wire Technik ergeben somit keine medizinische Indikation.

Auch wurde der GKV-Spitzenverband in der vorliegenden Form nicht darüber aufgeklärt, dass die „regelhafte“ Schädigung des Patienten durch den Hochelastischen Draht (der NiTi-Gruppe) durch seine komplexe unzureichende Kontrollierbarkeit (individuelle Gestaltbarkeit durch den Kieferorthopäden) verstärkt wird.

Auch wird verschwiegen, dass durch die unzureichende individuelle Gestaltbarkeit der Hochelastischen (NiTi-) Bögen durch den Kieferorthopäden keine individuelle Behandlung des Patienten möglich ist, somit auch keine individuelle Lösung einer individuellen Problemstellung möglich ist.

Auch wird der GKV-Spitzenverband nicht darüber aufgeklärt, dass mit der vorgeprägten (vorprogrammierten) Form des Hochelastischen (NiTi) – Drahtes jeder Patient dieser, der von der Firma programmierten Bogenform uniform – etwa in Form einer „Euronorm“ – unterworfen ist. Dieser Umstand kann eine Fehlbehandlung in Form einer Extraktionstherapie zur Folge haben, oder ein wesentlicher Grund für Rezidive sein, da vielfach kein individuelles und kein funktionelles Behandlungsziel erreicht werden kann.

Hierzu J. Dapprich, Interdisziplinäre Funktionstherapie, Kiefergelenk und Wirbelsäule, Deutscher Zahnärzte Verlag S. 45-48, 2016,

„Nach einer KFO-Behandlung mit einer ‘Festen Klammer’ erscheinen die Zähne meistens wunderschön wie auf einer Perlenkette aufgereiht, aber die ‘Perlen’ erfüllen durch die Mechanik ihrer Anordnung nur ästhetische Ansprüche und weniger funktionelle. Beides ist allerdings notwendig, wobei eine funktionelle Aufstellung der Zähne auch immer die ästhetischen Bedingungen erfüllt. Hierzu hat die DGFDT funktionelle Richtlinien in Diagnose und Therapie entwickelt. Die können aber mit der derzeitigen offiziellen KFO-Behandlung nicht eingehalten oder erfüllt werden.“

„Der Wissenschaftlichen Kieferorthopädie ist es bis heute nicht gelungen, den Nachweis ihrer Wirksamkeit zu erbringen (HTA 205 Studie von 2008 des DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). Das kann ihr auch nur mit einem Paradigmenwechsel hin zur funktionellen-ganzheitlichen KFO gelingen, so wie dies G. Risse in seinen Qualitätsleitlinien der BFO, I, II und III (Bio-Funktionelle Orthodontie) bereits erarbeitet hat.“

Um ein „Rezidiv“ zumindest eines Engstandes in der Front- zu vermeiden, wird dann vielfach ein fester, sog. Life-Time-Retainer hinter den oberen und unteren Frontzähnen zum Schluss der Behandlung eingesetzt. Der Life-Time-Retainer im Oberkiefer ist dann vielfach die Ursache für Vorkontakte in der Front mit den unteren Frontzähnen, wodurch vielfach komplexe CMD-Erkrankungen die Folge sind. (Cranio-mandibuläre Dysfunktionen).

[J. Dapprich, Interdisziplinäre Funktionstherapie, Kiefergelenk und Wirbelsäule S. 45-48, 2016, Deutscher Zahnärzte Verlag]

Die aktuelle Antwort der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Fach- und Berufsverbände auf die Anfrage des GKV-Spitzenverbandes zur Klärung der Schädigung durch verschiedene Drahtlegierungen in der Kieferorthopädie muss somit in der vorliegenden Form als irreführend gewertet werden.

Der Anreiz zum Einsatz der hochelastischen Behandlungsdrähte (der NiTi-Legierungen) ergibt sich durch eine sog. kurze Stuhlzeit pro Sitzung, da man ja keine individuellen Gestaltungen bei diesen Hochelastischen Bögen durchführen kann, jedoch schnell Zähne „gerade“ ausrichten kann. Die sog. „kurze Stuhlzeit“ mit Delegationsmöglichkeiten ermöglicht eine Massenabfertigung von Patienten mit großem Profit.

Das Behandlungsergebnis einer kieferorthopädischen Behandlung ist grundsätzlich die Basis für eine Cranio-mandibuläre Funktion und Basis für jede zukünftige allgemein-zahnärztliche Behandlung eines Patienten, und Basis für mögliche kostenträchtige Behandlungen für Krankenkassen.

Patientenrechtegesetz

Der Patient muss über die hohe Schädigungsquote und über die unzureichende Kontrollierbarkeit der Nickel-Titandrähte / Hochelastische Behandlungsdrähte sowie ihre Folgen aufgeklärt werden.

Auch Berufs- und Fachverbände, sowie wissenschaftliche Verbände unterliegen diesem Patientenrechtegesetz.

Münster, den 30.04.18