

Institut für  
Cranio Mandibuläre Dysfunktion  
und  
Craniomandibuläre Kieferorthopädie

41. Jahrestagung der DGFDT 2008 orientiert sich auch in Richtung Kieferorthopädie:

Funktionstherapie – Schiene und was kommt dann?

Bericht von Priv.-Doz. M. O. Ahlers [zm 99,Nr7 A,1.4.2009, (916) ,S68-70]

## **Auszüge**

„So etwas hat man in Bad Homburg noch nie gesehen: Obwohl die diesjährige Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und –therapie als nicht kommerzieller Kongress sehr zurückhaltend beworben wurde, erlebten die Veranstalter einen wahren Besucherrekord.

452 Teilnehmer kamen nach Bad Homburg, um den aktuellen Stand der Funktionstherapie zu erfahren und zu diskutieren.“

## **Kernaussagen für die Craniomandibuläre Kieferorthopädie**

- „Im Hinblick auf die verschiedenen Schientypen berichtete Prof. Dr.Karl-Heinz Utz, dass offensichtlich der Schwerpunkt in der Stabilisation der Unterkieferposition besteht.“
- „Die langfristige Stabilisierung in veränderter Kieferposition erfolgte traditionell mittels restaurativer Verfahren. Eine Alternative könnten allerdings kieferorthopädische Maßnahmen darstellen. Über diese Möglichkeiten einer kieferorthopädischen Stabilisierungsbehandlung bei cranio-mandibulären Dysfunktionen berichtete im dritten Hauptreferat Prof. Dr. Axel Bumann. In seinem Vortrag erläuterte er, dass eine der Möglichkeiten moderner Kieferorthopädie darin besteht, simultan mit der Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen im Vorfeld diagnostizierte Dysfunktionen mitzubehandeln.“

## Einordnung

In diesem Zusammenhang muss allerdings auf das Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit, BMG 2008, siehe HTA-Studie / DIMDI -Verlag verwiesen werden, welcher die z.Zt. gelehrte offizielle Kieferorthopädie der Hochschulen grundsätzlich in Frage stellt und zur Bewältigung dieser Problemstellung eine „Feste Klammer“ auf funktioneller Basis einfordert.“

**Technische wie therapeutische Voraussetzungen zur Therapie von CMD-Erkrankungen mit kieferorthopädischen Mitteln sind ausschließlich in den Regeln / Leitlinien oder Qualitätsrichtlinien der Biofunktionellen Orthodontie, BFO und ihrer Umsetzung in der CMD-KFO, Kieferorthopädie zur Verhütung und Therapie der Craniomandibulären Dysfunktion, CMD zu finden.**

Um einer völligen Desorientierung vorzubeugen, wird hier in aller Deutlichkeit darauf hingewiesen, dass die DGKFO, Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie, die Richtungsweisende Organisation für die Kieferorthopädie bis zum Erscheinen der ZM 99, 1.4.2009 die Okklusionsdefinition der DGFDT und der DGZMK nicht anerkennt und dagegen Okklusionskonzepte anstrebt, welche denen der DGZMK und der DGFDT grundsätzlich widersprechen, und dort als Zahnstellungen beschrieben sind, welche eben gerade okklusal bedingte CMD-Erkrankungen verursachen können, siehe:

[www.cmd-institut.de](http://www.cmd-institut.de) unter „Aktuelles“ Turinvortrag, Qualitätsleitlinien, HTA-Studie und „Die Winkelstellung der ersten oberen Molaren zur Okklusionsebene im Fernröntgenseitenbild.“, G. Risse

## **Bisherige Vorbehalte der allgemeinen Zahnmedizin zur Kieferorthopädie und in Übereinstimmung mit der HTA- Studie des Bundesministeriums für Gesundheit 2008 und der CMD-KFO:**

### Falscher Biss mit fatalen Folgen (V)

[CMD-Clinic, [www.cmd-academie.de](http://www.cmd-academie.de) / ORTOpress 3/ 2005, S. 16-16]

“Fehlstellungen zwischen Schädel und Unterkiefer führen häufig zu den genannten Symptomen der CMD. Ursache sind meist Veränderungen im Gebiss, entweder (selten) durch angeborene Fehlstellungen oder (sehr häufig) durch zahnärztliche oder kieferorthopädische Maßnahmen.

### **Kopfschmerzen als späte Folge von Zahnstellungskorrekturen**

Nicht selten wird schon bei Kindern im Alter von etwa 10-12 Jahren festgestellt, es sei zu wenig Platz im Kiefer und man müsse einige bleibende Zähne ziehen. Statt das Kieferwachstum, das in diesem Alter gerade erst einsetzt, über den gesamten Wachstumszeitraum unterstützend zu lenken und eine Dehnung der Kiefer zu erzielen, wird durch die Extraktionen das Gegenteil bewirkt: die Kiefer bleiben zu eng und formen sich nicht richtig aus.

Besonders problematisch wird es, wenn z.B. nur im Oberkiefer Zähne gezogen oder nur einseitig ein Zahn entfernt wird: Durch die entstehende Seitenungleichheit ist eine erhebliche Bissverschiebung vorprogrammiert.

Meist kommt es erst Monate oder Jahre nach Abschluss der Klammerbehandlung zu Beschwerden:

Die Kiefergelenke beginnen zu knacken, es entstehen Spannungskopfschmerzen und chronische Nackenverspannungen. Durch zusätzlichen Stress mit Zähneknirschen oder Zähnepressen werden die Symptome weiterhin verstärkt.“

### **Folgen**

**Ab diesem Zeitpunkt, dem Ende kieferorthopädischer Behandlung nach obigem Muster oder falscher Ausrichtung der Zähne durch die offizielle Lehre der DGKFO folgt dann eine Odyssee von CMD-Patienten durch alle nur möglichen Disziplinen – bis zu einem Zahnarzt, welcher sich auf CMD spezialisiert hat. Dieser Zahnarzt versucht dann mit aufwendigsten Diagnoseapparaten, auf völlig falsch stehenden und falsch gewinkelten / angulierten Zähnen und Zahnbogenformen durch Beschleifen und Kronenkonstruktionen ein funktionelles Gebiss herzustellen.**

- Hier kann man nur fassungslos den Kopf schütteln -

**Der nun von der DGFDT eingeschlagene Weg, die Kieferorthopädie in die Pflicht zu nehmen, allerdings unter Berücksichtigung des Gutachtens der BMG / HTA-Studie 2008 und den Qualitätsleitlinien der Biofunktionellen Orthodontie, BFO, ist der einzig richtige und- mögliche Weg.**