

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 Zahnkipstellungen 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.

„CMD- Kieferorthopädie“, CMD- KFO [Registriert bei der ZÄKWL]

Die „CMD-Kieferorthopädie“, CMD-KFO, beinhaltet die Diagnostik der Erkrankungen des stomatognathen Systems, welche als Craniomandibuläre Dysfunktion, CMD, offiziell anerkannt ist, auf der Basis von Dysfunktionen der Okklusion, der Kaufunktion, Sprech- und Schluckmotorik.

Die Therapie der CMD-Erkrankungen erfolgt auf der Basis der Gesetzmäßigkeiten der Biofunktionalität, der Biofunktionellen Kieferorthopädie und Orthodontie nach definierten Leitlinien / Richtlinien der Biofunktionellen Kieferorthopädie / Orthodontie.

Biofunktionalität [Registriert bei der ZÄKWL seit 2000]

„Biofunktionalität“ ist ein neuer Wissenschaftsbereich für neue Ordinarien auf der Basis von Systemwissenschaften. Biofunktionalität ist von Wissenschaftsministerien, der NASA und der Harvard Universität anerkannt, und hat somit justitiable Rechtsfähigkeit. Dr. G. Risse ist der Begründer der Biofunktionalität und deren Gesetzmäßigkeit, (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 Gefährdungstufe 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]

Dr. Georg Risse