

Klinische Vorgehensweise für die CMD, Craniomandibuläre Dysfunktion

Der klinische Weg Schritt für Schritt, CMD Kassenleistung:

- CMD ist seit Anfang 2005 offiziell von der DGZMK, Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde als Krankheit anerkannt worden und als überwiegend von falsch stehenden Zähnen und deren Dysfunktion verursachtes Krankheitsbild definiert worden.
- Damit erweiterte die DGZMK die Zahnheilkunde von einer Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf die Systemtherapie des Kopf- Schulterbereichs, der Heilkunde des Craniomandibulären Systems, der sog. Craniomandibulären Dysfunktion, CMD.
- Wegen des vielfach chronischen und sich verschlechternden Verlaufs, mit weitreichenden explodierenden Kosten, ist die Prophylaxe und Therapie eine zwingende medizinische Leistung, welche somit in den Leistungsbereich der Krankenkassen fällt.

Schritt I - Klinische Funktionsdiagnostik, klinischer Funktionsstatus, Formblatt

- Erfassen der Vorgeschichte, Symptome, Art der Symptome, Lokalisation, Zeitverlauf, Zeitpunkt, Zahnbefund, Muskelbefund, Nervenbefund.
- Systemuntersuchung des Kopf-Unterkieferbereichs (cranio-mandibulär) und seine Verbindung mit dem Nacken- Schulterbereich.
- Systemuntersuchung der Verzahnung der Zahnstellungen, Zahnbogenformen, Koordination und ihrer dynamischen Verzahnung, Abgleitbewegungen, Zwangsbissführung und Abrasion, Feststellung der muskulären Lage des Unterkiefers und seine Bewegung in den Schlussbiss.
- Untersuchung der Craniomandibulären Funktionszusammenhänge insgesamt.

Schritt II - Dokumentation

a) Einfache Dokumentation

Abdrücke, Panoramaröntgenaufnahme, Mundfotos, Profilfotos ggf. Fernröntgenaufnahme.

b) Erweiterte Dokumentation

Es können die verschiedensten bildgebenden Verfahren zur Dokumentation der Muskel- und Nervendysfunktion bzw. der Gelenkdysfunktion vorgenommen werden.

Keinesfalls darf jedoch die Darstellung einer dieser Dysfunktionen der Muskeln, Nerven oder Gelenke auf eine Behandlung des Einzelbereichs Muskel, Nerv oder Gelenk reduziert werden, wobei der ursächliche Zusammenhang vernachlässigt wird.

Eine bildliche Darstellung und Lokalisation von Muskelverhärtungen etwa oder Schmerzen, bedeutet nicht, dass die Massage dieser Bereiche oder Schmerzmittel eine ursächliche und alleinige Therapie zur Beseitigung der Probleme sind. Muskeln, Nerven und Kiefergelenke sind Teilbereiche des Craniomandibulären Systems und werden zur Dysfunktion bzw. Fehlbelastung durch eine Dysfunktion der Hartsubstanz der Zähne in der Schlussbissphase gezwungen.

Schritt III – Differentialdiagnose, Weg zur ursächlichen Therapie, die Aufbissschiene

- Die Aufbissschiene dient zur klinischen Differentialdiagnose. Eine Entlastung der verschiedenen Symptome oder einiger Symptome oder auch eine Verschlechterung durch den Einsatz der Aufbissschiene bedeutet, dass die Verzahnung eine wesentliche Ursache der Symptome darstellt.
Eine Dauertherapie mit der Aufbissschiene, also die Aufbissschiene als Endgerät, ist nicht Aufgabe der Aufbissschiene.
- Mit der Aufbissschiene sollte möglichst auch eine nähere Fokussierung der dentalen Ursache vorgenommen werden (Schwerpunktbildung) .

Schritt IV – Therapeutische Schritte

Ist die Dysfunktion der Zähne und bestimmte Schwerpunkte als wesentliche Ursache der CMD festgestellt, erfolgt die zahnärztliche Therapie:

Möglichkeiten:

- a) Einschleifen der Zähne
- b) Zahnärztliche Okklusionsgestaltung durch Füllungen, Prothetik
- c) Kieferorthopädische Behandlung / Orthodontie (Multibandbehandlung)
Korrektur der okklusalen Dysfunktion durch gezielte Zahnstellungskorrekturen und Korrekturen der Zahnbogenformen.

Schritt V - Einhalten von Grundregeln

Hauptregel jeglicher Therapie:

- a) Orientierung in Anamnese, Diagnostik nach „Funktioneller Anatomie“
 - b) Von minimal invasiver zu einer invasiveren Ursachentherapie
 - c) reversible Maßnahmen gelten als geringer invasiv, nichtreversible Maßnahmen gelten als stark invasiv.
- Nach entspannter Muskulatur können leichte Einschleifmaßnahmen punktuell „angetestet“ werden.
 - Umfassende Einschleifmaßnahmen der Okklusion nach vorhergehender instrumenteller Registratdokumentation ist ein höchst invasiver Eingriff und kann dann als Fehlbehandlung gewertet werden, wenn gravierende Fehlstellungen der Zähne und Zahnbogenformen vorliegen, welche durch eine kieferorthopädische Diagnostik nach „Funktioneller Anatomie“ (Zahnachsenausrichtung der Zähne und Okklusionsgestaltung der offiziellen Anatomie, G. H. Schumacher) definiert werden.

- Eine Therapie der CMD-Symptomatik mit aufwendiger Prothetik (komplexe Beschleifungen), auch in Verbindung mit aufwendiger instrumenteller Diagnostik, ohne vorhergehende kieferorthopädische Ausrichtung / Abklärung der Zähne nach offizieller „Funktioneller Anatomie“ nach G.H. Schumacher kann als Behandlungsfehler angesehen werden, wenn die Regeln der Invasivität und der ursächlichen Therapie missachtet wurden.
Sind nämlich die CMD-Symptome nach einer solchen im höchsten Maße invasiven Therapie nicht behoben bzw. sogar noch verschlechtert, ist eine Situation eingetreten, welche man als dramatisch oder noch eher als Katastrophe bezeichnen muss. Mit Brücken ist dann eine kieferorthopädische Behandlung nicht mehr möglich, oder alle Brücken müssen wieder entfernt werden, um Zahnbewegungen oder Formgebung der Zahnbögen bzw. der Okklusionskurven wieder zu ermöglichen.
- Ein Fehlschlagen der prothetischen CMD-Therapie mit höchster Invasivität dann auf psychische Probleme des Patienten als Ursache zu reduzieren, auch wenn vorher eine psychologische Begleitung erfolgte, rechtfertigt keineswegs eine Unterlassung einer vorhergehenden kieferorthopädischen / orthodontischen Therapie nach Funktionaler Anatomie.
- CMD-Probleme können in der Kieferorthopädie nicht mit automatisierten geraden Fertiggbögen individuell behandelt werden.
- Ein Patient mit erfolgloser Prothetik kann dann zum Dauerpatienten des Psychiaters werden – ohne große Aussicht auf Erfolg – mit Dauermedikation und seelischer Verzweiflung, da diese Therapie nur eine symptomatische Therapie ist.
- Prothetische Kosten, welche bis zu 40.000 € ausmachen können, haben häufig die finanziellen Reserven und die Motivation für eine neue zahnärztliche / kieferorthopädische Therapie zusätzlich aufgezehrt. Hier kann dann häufig nur noch juristischer Rat helfen.
- Prothetik oder okklusale Einschleifmaßnahmen ersetzen keinesfalls eine individuelle Kieferorthopädie / Orthodontie nach funktioneller Anatomie (Biofunktionelle Orthodontie, BFO).
- Vor jeder invasiven zahnärztlichen Therapie ist grundsätzlich vorab eine weniger invasive Kieferorthopädie / Orthodontie oder entsprechende Abklärung indiziert.

Schritt VI - Funktionelle Behandlung oder Vorbehandlung durch kieferorthopädische Zahnstellungskorrekturen

Liegen schief stehende Zähne oder Okklusionsverformungen mit Zwangsbissführungen, Scherkräften und Frühkontakten ggf. mit Hebelwirkung vor, so ist eine kieferorthopädische Behandlung vor jeder prothetischen Versorgung in der Regel zwingend erforderlich. Diese kieferorthopädische Vorbehandlung ist jedoch nur nach den Standards und Richtlinien der Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden, KFO-IG, und des Instituts für Bio-Funktionelle Orthodontie, IBO, und nach offizieller Anatomie sinnvoll.

Eine kieferorthopädische Behandlung nach Vorgabe der DGKFO, Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie ist wegen gravierender Defizite, Grundlagenfehler und Orientierungslosigkeit,

wie vom Wissenschaftsrat und vom Institut für Bio-Funktionelle Orthodontie dargestellt, nicht sinnvoll und kann sogar Ursache der CMD-Erkrankung sein.

Der Wissenschaftsrat hat den Hochschulen einen Zeitrahmen zur Aufarbeitung ihrer Defizite bis 2010 gesetzt, um den Stand der CMD – Kieferorthopädie nach den Qualitätsrichtlinien der Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden, KFO-IG und des Instituts für Bio-Funktionelle Orthodontie / CMD-Institut zu erreichen.

Schritt VII - Prothetische Folgebehandlung

Nach Erstellen einer funktionellen Okklusion nach den Standards der Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden, KFO-IG, und des Instituts für Bio-Funktionelle Orthodontie, IBO, kann dann ggf. eine prothetische / zahnärztliche Schlussbehandlung erfolgen, wenn Lücken zu versorgen sind, oder starke Abrasionen wieder aufgebaut werden müssen. Die Bio-Funktionelle Orthodontie (Multibandbehandlung) stellt somit häufig eine ergänzende funktionelle Vorbehandlung vor prothetischen Maßnahmen dar.

Schritt VIII - Begleitbetreuung des Patienten

Neben den zahnärztlichen/kieferorthopädischen Leistungen sollten je nach Situation Disziplinen der jeweils betroffenen Organe in begleitendem therapeutischen Kontakt stehen, bzw. organspezifische Ursachen ausgeschlossen werden.

Schritt IX - CMD- Kassenleistung

Es ist ein Gebot der Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen, ursächliche Therapieverfahren von Krankheitsbildern oder Syndromen finanziell zu unterstützen und weniger nur ihre Symptome.

Durch die neue Weichenstellung zur Therapie der CMD durch die DGZMK ergibt sich zwingend eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen, CMD-Erkrankungen ursächlich finanziell zu unterstützen.

- Es können durch diesen neuen Therapieansatz der richtungsweisenden DGZMK, Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Bio-Funktionellen Kieferorthopädie/Orthodontie, BFO, mehrstellige Millionenbeträge eingespart werden.
- Nicht unberücksichtigt sollte die Verantwortung für akute Auswirkungen der CMD-Erkrankung mit Bewegungseinschränkung und Schwindelanfällen im Autoverkehr bleiben.
- Auch der volkswirtschaftliche Schaden durch Arbeitsausfall durch CMD und Belastungen anderer Sozialsysteme durch Krankmeldungen und Arbeitsunfähigkeit sind Grund genug, die ursächliche CMD-Therapie nach Vorgabe der DGZMK und der Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden, KFO-IG, und des Instituts für Craniomandibuläre Dysfunktion, ICMD, durch die Krankenkassen zu unterstützen.

Es ist ein Gebot der Wirtschaftlichkeit.

- Eine weitere Nichtfinanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen kann als Unterlassung gewertet werden, da durch eine finanzielle Unterstützung der CMD-Therapie durch zahnärztliche / Bio-Funktionelle Orthodontie den gesetzlichen Krankenkassen mehrstellige Millionenbeträge eingespart werden können.
- **Für eine unwirtschaftliche Verwaltung der Kassenbeiträge von pflichtversicherten Patienten durch gesetzliche Krankenkassen haften Krankenkassen nach Beschluss**

des BGH vom 25. Nov. 2003, BGH 4 STR 239/03 über die Vermögensbetreuungspflicht persönlich.

Der bequeme Rückzug auf veraltete Richtlinien nach Prinzipien der Planwirtschaft dürfte dann ein schnelles Ende finden, wenn der Patient sich selber aktiv einschaltet.

- **Eine Pauschale von 2000,- Euro für eine CMD-Kieferorthopädie würde den betroffenen CMD - Patienten eine große Hilfe sein, und die Krankenkassen massiv entlasten.**
- Weitere Kosten könnten dann je nach Schwierigkeit des Falles und des Aufwandes privat mit dem Patienten abgesprochen werden.

Schritt X - Krankenkassen informieren

Gesetzliche Krankenkassen sind große Verbände. Sie sind auf medizinische Informationen angewiesen und haben Dienstvorschriften. Über die Bedeutung der CMD - Craniomandibulären Dysfunktion, sind die Krankenkassen offensichtlich unzureichend bzw. im Fall der DGKFO, Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie, weitestgehend falsch informiert. Dieses beginnt bereits nach den Einstufungen der „Kieferorthopädischen Indikationsgruppen“, „KIG“, welche keine medizinische Einstufung sind.

Die DGZMK, die KFO-IG und das Institut für Bio-Funktionelle Orthodontie, BFO, bemühen sich (siehe oben) intensiv um Aufklärung der Fachkollegen und der Landesorganisationen, welche für die Verträge mit Krankenkassen zuständig sind. Die kieferorthopädische Vorbehandlung und Ausrichtung ist jedoch in der Regel eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Prothetik und zahnärztliche Leistung.

Damit der Patient nicht zu kurz kommt und auf den Kosten privat sitzen bleibt, muss auch der Patient, in welcher Form auch immer, selber seine Interessen anmelden, sonst setzen sich mehr die Interessen oder ggf. Rückständigkeit von einzelnen Vertragspartnern durch.

Der online aufgeklärte Patient sollte seine Informationen nutzen. Damit werden Verbände zunehmend online kontrolliert.

Schritt XI - Fortbildung

Der Wissenschaftsrat, oberstes Qualitätskontrollorgan der Hochschulen, hat in einem umfangreichen Gutachten Anfang 2005 festgestellt, dass die kieferorthopädischen Hochschulen einer dringenden fundamentalen Neuausrichtung (Paradigmawechsel) in Wissenschaft, Lehre und Praxis bedürfen. Seit 2000 erfüllt das Ausbildungs- und Lehrprogramm des Instituts für Bio-Funktionellen Orthodontie, IBO, in Verbindung mit der Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden, KFO-IG, die Anforderungen des Wissenschaftsrates.

Weiterbildung auf dem Sektor Biofunktionalität der Kieferorthopädie und der CMD-Kieferorthopädie werden vom Institut für CMD-KFO und der Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden, KFO-IG und des IBO organisiert. Für unzureichende Aufklärung des Patienten haftet der Behandler.