

CMD- Kieferorthopädie, CMD-KFO, als Kassenleistung Dr. Georg Risse

Die Struktur der Gesetzlichen Krankenversicherungen, GKV, wie ihre Leistungen werden vermehrt in Frage gestellt. Dennoch bietet die gesetzliche Grundlage der GKV Leistungsmöglichkeiten für das pflichtversicherte Kassenmitglied zu generieren, welche den Patienten selber erheblich unterstützen, aber auch die Krankenkassen in ihrem Gebot der Wirtschaftlichkeit nachhaltig unterstützen.

Auch kann die Volkswirtschaft aus neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Kosten in mehrstelligen Milliardenbeträgen einsparen.

Der pflichtversicherte Patient ist nur aufgerufen, seiner Krankenkasse die neuen Entwicklungen nachhaltig darzulegen. Auch Arbeitgeber könnten im eigenen Interesse aktiv werden, speziell bei der akuten Personalknappheit, den Krankenstand und Ausfall von Mitarbeitern durch ursächliche Therapie von CMD-Erkrankungen nachhaltig zu reduzieren und Sozialkosten zu senken.

Allgemeine Orientierung: Das Kauorgan und seine Einflussbereiche

Über den direkten oralen Bereich der Zähne und der Kiefermuskulatur – auch als *Stomatognathes System* bezeichnet - hinaus gehören zum Funktionsbereich des Kau- Schluckorgans: das Zungenbein, das Brustbein, die Schulterblätter, der distale und caudale Bereich des Craniums, sowie die Kopfgelenke / Atlas, Halswirbelsäule und ihre neuronalen und vaskulären Inhalte und Vernetzungen von Pons, Stammhirn, Kleinhirn und neuronalen Vernetzungen, die Blutversorgung der Muskulatur und des neuronalen Netzwerkes des Craniums.

Es konnte nachgewiesen werden, dass eine pathologische Zwangsbissführung z.B. an den Eckzähnen nach lateral-distal um 1mm über die Kau- und Schluckmuskulatur Drehmomente und Scherkräfte auf die Kopfgelenke / Atlas von ca. 1,1 cm verursacht. (www.cmd-institut.de Aktuelles, 23.05.2011, „Ein falscher Biss macht Schmerzen“)

Wurden Symptome der CMD-Erkrankung primär als Costensyndrom 1935 als Folge einer mechanischen Irritation eines Ganglions im Bereich der Kiefergelenke gedeutet, so werden die CMD-Symptome heute primär auf Zahnfehlstellungen und aus deren Zwangsbissführung heraus auf die zwanghafte Fehlposition der Kiefergelenke zurückgeführt.

[interdisziplinäre Lit. u.a. auch: Thilo Prochno: „Tinnitus aus Sicht der Zahnmedizin“, Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 7,14. Februar 1997(45) A-377]

Die CMD-Kieferorthopädie bezieht sich demzufolge auf die anatomische Ausdehnung des gesamten Kau- und Schluckorgans sowie auf ihre Motorik und Dreh- und Scherkräfte.

Durch diese anatomisch zwingende Öffnung der Sichtweise auf das gesamte Ausdehnungsgebiet des Kau- und Schluckorgans mit direkter Wirkung auch auf die Kopfgelenke und Halswirbelsäule können bisher nicht näher erklärbare und wissenschaftlich nicht darstellbare Phänomene recht einfach erfasst und erklärt werden und klare Ursachen von Krankheiten herstellen, die bislang in dieser Form nicht bekannt waren und in aller Regel dann symptomatisch in den einzelnen Fachdisziplinen der Medizin behandelt wurden.

Krankheitsbilder

Kiefergelenksknacken, Kiefergelenksschmerzen, Kieferklemme, Kopfschmerzen, Migräne, Tinnitus, Schwindel, Sehschwankungen, Augendruck, Schluckbeschwerden, Mundbodenschmerzen, Atemnot, Hinterkopfschmerzen, dumpfer Hinterhauptschmerz, Nackenschmerzen, Schulterschmerzen, Brustverspannungen, HWS-Verspannungen, Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfälle, Skoliose, Kopfgelenkeinstabilität, Zervikalsyndrome, Arteria Vertebralis-Syndrom, allgemeine Schwäche, chronische Müdigkeit, Kribbeln in den Händen, Taubheitsgefühle in den Armen / Händen, Übelkeit, Erbrechen, Motivationslosigkeit, Konzentrationsstörungen, Koordinationsstörungen, Verlieren von taktiler Koordination / Taktilität, Nervosität, Angstgefühle, Depressionen, Suizidgefährdung.

Krankheitsverlauf, Patientenodyssee, Patientenschicksale, Kostenexplosion

Die Aussichtslosigkeit der Heilung und bisherige Therapien in den verschiedensten Disziplinen durch die bislang unzureichenden Kenntnisse der Ursache obiger Erkrankungen führte nach aktuellen Krankengeschichten im fortgeschrittenen Stadium vielfach in wirtschaftliche Verarmung durch

Einschränkung der Arbeitsleistung mit nachfolgender Arbeitslosigkeit, menschliche und psychische Isolation durch Nichtanerkennung des jeweiligen Krankheitsbildes und endete vielfach in einer neurologischen Dauermedikation.

Die Darstellung der Symptome der Kopfgelenkeinstabilität und der Arteria Vertebralis Syndrome bzw. der Zervikalsyndrome decken sich in vielen Bereichen mit den Symptomen der CMD oder treten fast regelmäßig bei fortgeschrittener CMD auf.

Der nähere Krankheitsverlauf bezüglich der Kopfgelenkeinstabilitätssyndrome und Arteria Vertebralis Syndrome werden auf der gemeinnützigen Internetseite www.kopfgelenke.de unter "Physiologie der Symptome bei HWS- Instabilitäten, Beschwerden die durch instabile Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule ausgelöst werden können und deren physiologischen Korrelate" sehr treffend dargestellt:

„Eine gezielte Diagnostik auf HWS- Instabilitäten führte nach Claussen erst nach 12,49 Voruntersuchungsbefunden zur richtigen Diagnose“ (Kopfgelenkeinstabilität, Arteria Vertebralis Syndrom).

Ein Patient musste hierbei insgesamt 56 Voruntersuchungen (bei einer Standardabweichung von 11,41) über sich ergehen lassen, bevor die richtige Diagnose gestellt werden konnte. Die verschiedenen Disziplinen in der Reihe der Konsultationshäufigkeit:

HNO, Orthopädischer Chirurg, Neurologe, Röntgenologe, Orthopäde, Psychiater, Internist, Unfallchirurg, Allgemeinmediziner, Neurochirurg, Augenarzt, Kardiologe, Gefäßchirurg.

Die heterotropen Symptome, die aus den verschiedensten Fachdisziplinen stammen, unterwandern regelmäßig die Glaubwürdigkeit der Patienten.

Doch gerade bei wiederholter passagerer Durchblutungsstörung oder mechanischen Irritationen im Bereich des Hirnstamms ist für dergestalt Leiden bezeichnend, dass kein objektivierbarer Beweis erbracht werden kann. Die meisten Untersuchungsmethoden (in den oben dargestellten Bereichen der Allgemeinmedizin) bleiben regelmäßig ohne Befund.“

Das Behandlungsgebiet der CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO

Die CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO ist eine Kieferorthopädie zur Therapie und Prophylaxe von Erkrankungen im Funktionsbereich des Craniums und der Mandibula bzw. des Kau- und Schluckorgans.

Zum Funktionsbereich des Kau- Schluckorgans gehören: das Zungenbein, das Brustbein, die Schulterblätter, der distale und caudale Bereich des Craniums, sowie die Kopfgelenke / Atlas, Halswirbelsäule und ihre neuronalen und vaskulären Inhalte und Vernetzungen von Pons, Stammhirn, Kleinhirn und neuronalen Vernetzungen , die Blutversorgung der Muskulatur und des neuronalen Netzwerkes des Craniums.

Behandlungsgebiet der CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO

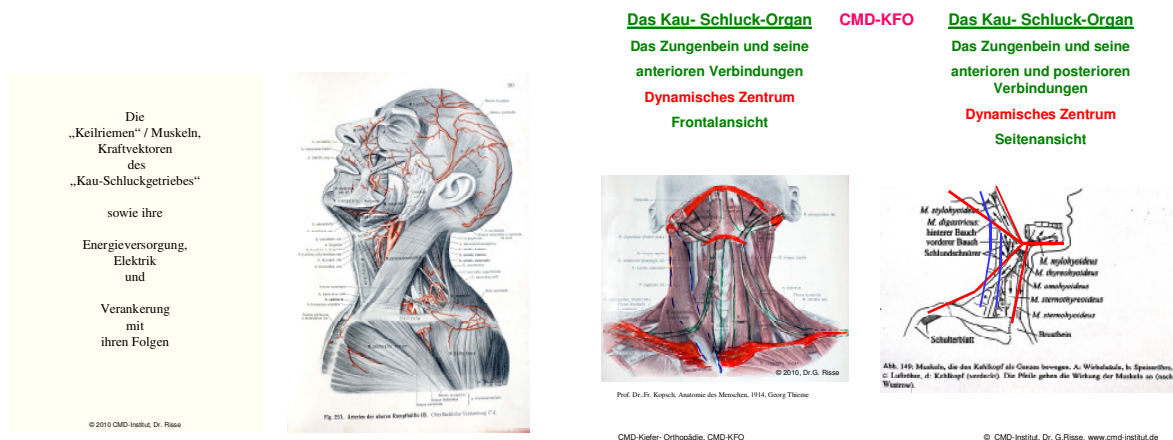
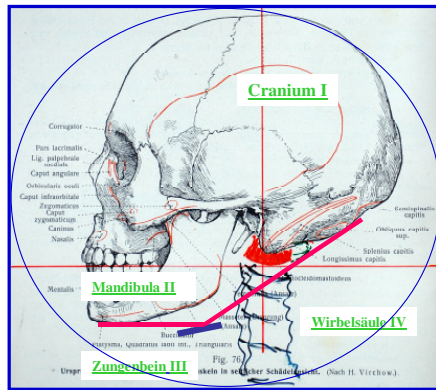


Abb.: 1 Allgemeine Übersicht

Cranio – Mandibuläre Kiefer- Orthopädie nach Dr. Georg Risse



„Player“:

Knochenbereiche

- I: Cranium
- II: Mandibula
- III: Zungenbein
- IV: Wirbelsäule

Gelenke

- I: „Okklusion“
- II: Kiefergelenke
- III: Kopfgelenke
- III a: Wirbelgelenke

Gebietsbereich der offiziellen Kieferorthopädie:
 • „oro-fazial“ / „dento-facial“
 • Krankheitsbilder:
 - Morphologische Okklusion,
 - „Gerade Zähne“, „Schönes Lächeln“
 - Ästhetik

Gebietsbereich der CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO
 Gebietsbereiche: I, II, III, IV
 Sowie in diesen Bereichen:
 • „Funktionen / Dysfunktionen“
 • Krankheitsbilder

Abb.: 2 Schematische Darstellung der anatomischen Funktionsbereiche: „Player“

Offizielle Lehrmeinung
 Falsche und irreführende Darstellung
 Craniomandibulärer
 Funktionszusammenhänge

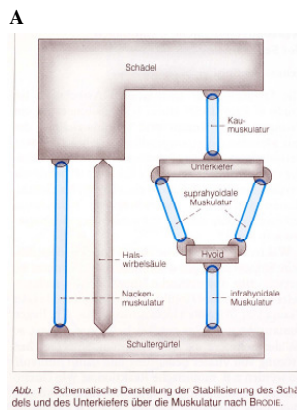
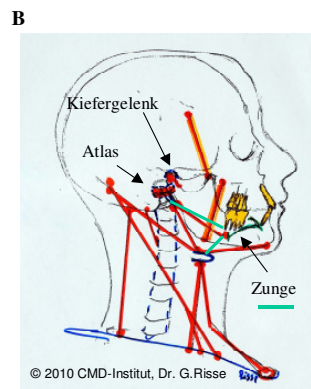


Abb. 1 Schematische Darstellung der Stabilisierung des Schädels und des Unterkiefers über die Muskulatur nach Brodie.

Funktionsstörungen des Kauorgans,
 B. Koeck, Urban und Schwarzenberg 1995,
 S. 29: K Götz, N.Reuling:
 Symptomatologie und Differenzialdiagnostik
 von Gesichts- und Kopfschmerzen

CMD-Kieferorthopädie, CMD –KFO
 Neudefinition
 Der Vektoren und Drehmomente des
 Kau- und Schluckorgans



Funktionsbeziehung des Kauorgans
 - der Kiefergelenke,
 - der Kopfgelenke, der Wirbelsäule, des Rückenmarks,
 - des Stammhirns, Kleinhirns und
 - Hieraus ableitbarer Dysfunktionen und Krankheiten

Abb.: 3 Kraftvektoren und Drehmomente des Kau- und Schluckorgans in der Seitenansicht

Kraftvektoren und Drehmomente des Kau- und Schluckorgans in der Aufsicht:

CMD-KFO: Kraftvektor des M. Digastricus in der Aufsicht

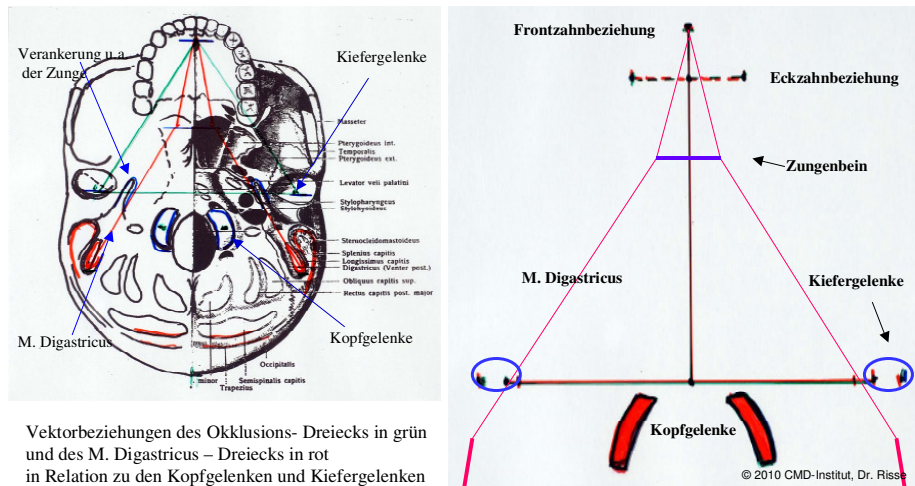


Abb.: 6 Darstellung der anatomischen Bezugspunkte der Kraftvektoren / Drehmomente des M. Digastricus auf Kiefergelenke und Kopfgelenke

Die Leistungen der Krankenkassen / Gesetzlichen Krankenversicherungen, GKV

Rein formal ist die CMD und die CMD-Kieferorthopädie als „neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ im offiziellen Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherungen nach dem sog. SGB V, Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch noch nicht enthalten.

Dennoch ist die Sozialgesetzgebung so flexibel ausgearbeitet, dass dem pflichtversicherten Patienten dennoch Leistungen der CMD durch das Sozialgesetzbuch ermöglicht werden, wenn der Status der Behinderung erfüllt ist. Dann erfolgen Leistungen nach SGB IX, speziell nach SGB IX § 15.

Da in aller Regel die CMD-Erkrankungen der einzelnen Patienten länger als 6 Monate bestanden haben, fallen praktisch alle CMD-Patienten unter die Leistungspflicht der GKV nach §15 SGB IX.

Hierzu zählen dann auch alle ergänzenden Leistungen der Physiotherapie und Osteopathie und auch der Logopädie.

Die Übernahme der ursächlichen CMD- Diagnostik und –Therapie würde der GKV alleine im Bereich einer effektiven Schmerztherapie „mindestens 100 Milliarden Euro / Jahr unserer Volkswirtschaft mit einer effizienten Behandlung von chronischen Schmerzen einsparen.“

(G. Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, MDK-Forum 2/2009)

Wie oben dargestellt, erfasst die CMD-Kieferorthopädie, CMD-KFO jedoch über den chronischen Schmerz hinaus eine ganze Palette von sog. Volkskrankheiten.

Um so wichtiger ist es, dass jeder Patient seine Krankenkasse auf die enormen Einsparpotentiale der CMD- Kieferorthopädie und der allgemeinen CMD – Zahnheilkunde aufmerksam macht und seine Rechte und Pflichten der Verhütung und Linderung von Krankheiten nach §1 SGB V umsetzt.

CMD-Kieferorthopädie, eine Schlüsseltechnologie

Grundsätzlich ist die Kieferorthopädie die Schlüsseltechnologie der gesamten Zahnheilkunde, da die Kieferorthopädie bereits während des Wachstums die Zahnbeziehungen und Knochenbeziehungen sowie die oben dargestellten Funktionsbeziehungen bis hin zur Wirbelsäule und dem Gehirn nachhaltig definiert.

Die gesamte Zahnheilkunde baut auf den Ergebnissen der Kieferorthopädie auf. Alle Vermessungen der Kiefergelenke und Kieferlagen mögen für die Gelenke noch so genau sein. Sie sind jedoch von sekundärer Bedeutung, wenn grundsätzlich noch Zahnfehlstellungen vorliegen, da die Verschlüsselung der Zähne beim Kauen und Schlucken (2-3 x / Min.) die Lage der Kiefergelenke unter Belastung wesentlich definiert.

Da die CMD-Kieferorthopädie die erweiterte Funktionsdiagnostik und Therapie des Kau-Schluckorgans betreibt, ist sie die Schlüsseltechnik und Schlüsseltherapie für die allgemeine Zahnheilkunde und für viele Volkskrankheiten.

Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, SGB V

§ 1 SGB V

Solidarität und Eigenverantwortung

„Die [Krankenversicherung](#) als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die [Gesundheit](#) der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und [Behinderung](#) zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, [Beratung](#) und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

§ 13 SGB V

Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des **Neunten Buches** erstattet.

Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch, SGB IX

§ 1 SGB IX

Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.

§ 2 SGB IX

Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

§ 3 SGB IX Vorrang von Prävention

Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.

(1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

§ 5 SGB IX Leistungsgruppen

Zur Teilhabe werden erbracht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

§ 6 SGB IX Rehabilitationsträger

(1) Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein

1. die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
2. die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nr. 2 und 3,
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 3, die Träger der Alterssicherung der Landwirte für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
5. die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4,
7. die Träger der Sozialhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4.1)

§ 15 SGB IX Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

(1) Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der in § 14 Abs. 2 genannten Fristen entschieden werden, teilt der Rehabilitationsträger dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit. Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet. Die Erstattungspflicht besteht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Träger der Sozialhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

Dieser Artikel: „CMD- Kieferorthopädie, CMD-KFO, als Kassenleistung“, Dr. Georg Risse wurde veröffentlicht am 29.06. 2011 auf der Seite: www.cmd-medizin.de unter Veröffentlichungen /Artikel