

# Womit reklamieren deutsche Universitäten klinische Führungskompetenz in der Kieferorthopädie?

Dr. G. Risse

## Zusammenfassung

Die Hochschullehrerschaft dokumentiert eine völlige Unausgewogenheit von Diagnostik, Therapie und Behandlungsstabilität. Es werden fundierte Untersuchungen angestellt, die darlegen, was alles nicht geht. Es fehlt an durchdachten und logischen Konzepten. Hierzu ist eine Aufarbeitung aller Grundlagen der Diagnostik und Therapie erforderlich. Die zur Zeit gelehrte Klassische Multibandbehandlung beruht auf den technischen Grundlagen und Vorstellungen des sog. Mechanischen Determinismus aus dem 19. Jahrhundert. Sie hat völlig den Anschluss an moderne Systemphysik verpasst.

Die Neue Orthodontie, oder die sog. Bio-Funktionelle Orthodontie, BFO, hat in Verbindung mit der Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden bereits seit gut 5 Jahren eine grundlegende Aufarbeitung speziell der hochinvasiven Multibandbehandlung in die Wege geleitet. Es sind Qualitätsstandards für die Orthodontie erarbeitet und veröffentlicht worden. Sie dienen dazu, aus der bisherigen Sackgasse der rezenten Lehre und Therapie hinauszuführen. Ein Dialog wäre dringend anzuraten, da bei weiterem Verdrängen der Neuen Orthodontie die Universitäten immer mehr in einen unvorteilhaften Zugzwang geraten würden.

## Diagnostik

Prof. Dr. Schopf erarbeitet den sog. KIG, den „Kieferorthopädischen Indikationskatalog“, wonach Krankenkassen viele Krankheitsbilder aus ihrem Leistungskatalog streichen konnten, weil nach diesem Katalog „Krankheit“ sozusagen nach Millimetern, metrischen Größen, gemessen und definiert werden. **Folge:** Junge Familien und Privatpersonen leiden unter dem Kostendruck. Dabei ist Kieferorthopädie die Basis aller folgenden zahnärztlichen Leistungen eines Menschen.

Prof. Dr. W. Harzer<sup>1</sup> schreibt in „Fortschritte der Kieferorthopädie“, Offizielle Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie, 2004;65:451-66,

*„Der Einfluss der Muskulatur auf die postnatale Gesichtsentwicklung und Möglichkeiten zur Diagnostik“:  
„Die meisten Methoden zur Diagnostik im orofazialen System konzentrieren sich jedoch auf morphologische und nicht auf funktionelle Merkmale. So liefert die Fernröntgenanalyse zwar eine gute statische, aber nur eine sehr eingeschränkte dynamische Aussage zur Entwicklung des Gesichtsschädelkomplexes.*

*Es ist sehr wichtig, bei wachsenden Individuen neben der Knochenzunahme auch die Muskulatur in Abhängigkeit von der Zeit zu bestimmen.*

*Um Veränderungen verifizieren zu können, reicht eine isolierte qualitative Beschreibung nicht aus. Vielmehr ist eine quantitative Analyse und Interpretation der Wachstumsprozesse erforderlich.“*

Es muss festgestellt werden, dass hier Grundlagen der z. Zt. gelehrten Diagnostik auf metrischer Basis in Frage gestellt werden. Neben einer möglichen medizinischen Fehlorientierung führen diese überwiegend metrischen Messungen an Zahnmodellen zu Ausgrenzungen von Leistungen für Krankenkassen. Hier darf auf die Qualitätsstandards der Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden und der sog. Neuen Orthodontie verwiesen werden.

## Therapie

### a) Herausnehmbare Geräte:

Prof. Dr. Harzer:

*„Mit Funktionskieferorthopädischen Geräten wird versucht, durch ein gezieltes Training der Muskulatur Dysgnathien zu behandeln und einer Fehlentwicklung von Gebiss und Gesichtskelett entgegenzuwirken. Die Therapie zeigt jedoch nicht immer den gewünschten Erfolg und ausreichende Stabilität des Ergebnisses.“*

### b) Festsitzende Geräte

Prof. Dr. Dr. Schmuth, Prof. Dr. Dr. Diedrich<sup>2</sup>:

*„Andererseits wird klar, dass die rezente Straight-wire-Mechanik mit vorprogrammierten Brackets nicht den individuellen funktionellen und parodontalen Anforderungen gerecht werden kann.“*

---

<sup>1</sup> Tomasz Gedrange, Winfried Harzer „Fortschritte der Kieferorthopädie“, Offizielle Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie, 2004;65:451-66, *„Der Einfluss der Muskulatur auf die postnatale Gesichtsentwicklung und Möglichkeiten zur Diagnostik“:*

<sup>2</sup> Prof. Dr. Dr. Schmuth, Prof. Dr. Dr. Diedrich, Lehrbuch Standardwerk Kieferorthopädie I, 4. Auflage 2000, S. 6-11

„Die Grundprobleme herkömmlicher Straight-wire-Techniken bestehen in:

1. unkontrollierter Nivellierung
2. unbekanntem, statisch nicht definierten Kräftesystemen
3. unkontrollierbarer Friktion bei bogengeführten Zahnbewegungen
4. unzureichender Kontrolle über individuellen Torque, Intrusion, Verankerung.“

Trotz dieser Warnmitteilung ist die Straight-Wire-Technik die am meisten praktizierte Technik. Sie wurde jedoch gegen obige Warnmitteilungen unter Leitung des Leiters der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie, Herrn Prof. Dr. Schopf im neuen Kostendämpfungsgesetz legalisiert durch die Einführung von sog. „Konfektionierten Bögen“. Diese sind Einheitsbögen und Standardbögen, sog. Straight-Wire-Bögen, die im offiziellen Lehrbuch, wie oben erwähnt, jedoch grundsätzlich abgelehnt werden. Kassengutachter sind gehalten, aus wirtschaftlichen Gründen von 12 möglichen Bögen 8 automatisierte Standardbögen (Straight-Wire) als wirtschaftlich vorzuschreiben. Es dürfen danach nur 4 individuelle Bögen eingesetzt werden. Zuwiderhandeln soll Unwirtschaftlichkeit dokumentieren und wird möglicherweise strafrechtlich verfolgt, da nach dem Vermögensbetreuungsbefehl des BGH, 2003, unwirtschaftliches Handeln und Verschreiben des Vermögens der Krankenkassen veruntreut. Die Orientierungslosigkeit universitärer Beratung führt somit zu einer Legalisierung und Verpflichtung von Behandlungsweisen, vor der im offiziellen Lehrbuch wegen möglicher Körperverletzungen und Fehlbehandlungen deutlich gewarnt wird.

Insgesamt wurde die Klassische Multibandbehandlung nach Burstone auf ihrem von klassischer Mechanik dominierten Konzept national wie international (Council on Education, COE, 2003, USA und Fachvereinigung Deutscher Kieferorthopäden) mit übergroßen Slots für rigide Verankerung und für überdicke Drähte als falsch definiert, sog. Paradigmawechsel.

### **Stabilität des Behandlungsergebnisses**

Prof. Dr. W. Harzer:

„Andererseits ist evident, dass nur das an eine veränderte Bisslage angepasste neuromuskuläre System die Stabilität des Therapieergebnisses garantiert.“

Wie will die Hochschullehrerschaft ein individuelles Therapieergebnis auf der Basis klassischer, im biologischen Raum dominierender Mechanik oder eines mit automatisierten Standardbögen rechtfertigen (?) – was Stand der sog. Lehrmeinung ist.

„Nicht ausreichende metrische Vermessungen von Fernröntgenanalysen und Modellvermessungen“ und zusätzlich danach keine individuelle Therapie durch automatisierte Standard- und Einheitsbögen, oder Behandlungsbögen, deren Kraftgrößen nicht ausreichend beherrschbar sind, oder runde Bögen, denen weitgehend eine körperliche Führung fehlt, dürfte eine unheilvolle Mischung darstellen, von der man kaum ein stabiles Behandlungsergebnis erwarten darf.

**Wo sind irgendwelche Behandlungsstandards irgend einer Qualität definiert?**

**Wo ist das Konzept?**

**Kieferorthopädie/Orthodontie bewegt sich im höchsten Grad von Invasivität!**

### **„Desorientierung“:**

Prof. Dr. W. Harzer:

„Forderungen an die klinische Tätigkeit ist die Notwendigkeit bzw. die Möglichkeit einer stärker differenzierten funktionellen Indikationsstellung auf der Grundlage moderner Diagnostikmethoden zur neuromuskulären Funktion, wobei die derzeit zur Verfügung stehenden Methoden entweder zu unspezifisch sind oder noch der Ausreifung bedürfen.“

Wenn sogar die Definition des Behandlungsziels nach den 6 Schlüsseln der Okklusion für die Kieferorthopädie/Orthodontie in wesentlichen Bereichen den Vorgaben der offiziellen „Funktionellen Anatomie“ widersprechen, dürften die Vorgaben für eine korrekte funktionskieferorthopädische Diagnose ebenfalls strittig sein. Diese kieferorthopädischen Zielnormen wurden vor ca. 30 Jahren anhand von 120 Gipsmodellen im Rahmen der Straight-Wire-Technik definiert. Prof. Dr. van der Linden<sup>3</sup>, bedeutendster kieferorthopädischer Wachstumsforscher, bestätigte sowohl die Angaben der offiziellen „Funktionellen Anatomie“ und die altersentsprechenden Angulationen der Neuen Orthodontie durch umfangreiche, langjährige klinische Fallbeispiele. Seine Behandlungsziele, welche größte Stabilität zeigten, widersprechen den offiziell gelehnten Zieldefinitionen in der Kieferorthopädie ganz erheblich. Auch hier darf zur klinischen Orientierung für die funktionelle Diagnose und für ein funktionelles Behandlungsziel mit funktionellen Behandlungsmethoden auf die Qualitätsstandards der Neuen Orthodontie, der sog. Bio-Funktionellen Orthodontie verwiesen werden.

---

<sup>3</sup> Prof. Dr. F. van der Linden, Orthodontic Concepts and Strategies, Quintessence Publishing Co, Ltd, 2004, S.: 112

### **Fragliche Führung:**

Wissenschaftliche Einzelaktionen sind hervorragend. Sie stellen jedoch kaum Funktionszusammenhänge her. Die Wissenschaft dokumentiert in dieser Form eine umfassende Orientierungslosigkeit und irreführende Beratertätigkeit. Lösungsansätze sind nicht zu erkennen.

Die Neue Orthodontie hat jedoch Lösungsansätze auf allen Gebieten der Diagnostik und Therapie seit Jahren im In- und Ausland angeboten. Die Deutsche Hochschullehrerschaft war bemüht, diese Aktivitäten nicht zu beachten.

Ein weiteres Verschweigen der Neuen Orthodontie kann auch als unterlassene Aufklärung von Studenten, Assistenten und Patienten gewertet werden.