

Deutsches Institut für Funktionsdiagnostik und -therapie GmbH
Dr. med dent. Willi Janzen Msc.
info@das-deutsche-institut.de

Zwischen Anspruch und Realität

Minimal-invasiv versus rekonstruktiv – Ästhetik über alles – und für die Funktion eine Schiene? Diese Frage wird in der Mehrzahl der Fälle emotional aus dem Bauch heraus beantwortet, in der Regel ohne die individuelle Befundsituation des individuellen Patienten zu kennen, beziehungsweise sich mit ihr auseinandergesetzt zu haben. Zahnärztliche Funktionslehre ist Okklusionsdiagnostik. Die Okklusionsdiagnostik zieht eine Therapie der Okklusion nach sich.

In den meisten aktuellen Systemen, die mit „CMD“ bezeichnet werden, ist nach meiner Ansicht zahnärztliche Behandlungssystematik von der Diagnostik bis zur endgültigen Therapie für den Zahnarzt und in der Konsequenz für den Zahntechniker nicht zu erkennen. Eine Okklusionsbeurteilung und Bewertung wie auch klare Anweisungssystematik zur Wiederherstellung sind in keiner propagierten Funktionsanalyse-systematik enthalten.

Die zunehmenden fachlichen Defizite in der Zahnmedizin bei der Vorgehensweise von individuellen Patientenbehandlungen werden somit konsequenterweise als massive Informationsdefizite an Patienten weitergegeben.

Im derzeitigen Pendelschlag wird häufig die Bedeutungslosigkeit der Okklusion für den Menschen herausgestellt. Die Motivation für die herausragende Bedeutung der Okklusion fehlt im Moment, da sehr viele Argumente gegen die Bedeutung der Zähne vorgebracht werden und aus didaktischer Übertreibung die Bedeutung der Okklusion herabgesetzt wird.

Die Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie definiert CMD als Sammelbegriff für eine Reihe klinischer Symptome der Kaumuskulatur und/oder des Kiefergelenks sowie der dazugehörenden Strukturen im Mund- und Kopfbereich. Entsprechend hat die Bezeichnung CMD mehr den Charakter eines Befundes und sollte in die Diagnosen Okklusopathie, Myopathie und Arthropathie spezifiziert werden. Hauptsächlicher Ansprechpartner bei diesem Beschwerdebild ist der Zahnarzt, betroffen sind aber viele medizinische Fachrichtungen.

Funktionsdiagnostik und vor allem Funktionstherapie „braucht“ Spezialwissen. Im Studium werden nur Grundkenntnisse vermittelt, die für die Behandlung von Patienten mit Funktionsstörungen nicht ausreichend sind. Der Zahnarzt muss aber auf seinem ureigensten Gebiet, den Zähnen, der Okklusion und Artikulation, ausgebildet werden. Dentale Funktionsdiagnostik ist auch in der freien Praxis machbar, jedoch nur nach einer intensiven Ausbildung. Die Aus- und Weiterbildung in dieser zahnärztlichen Fachrichtung ist für Zahnarzt und Zahntechniker nicht trennbar. Eine Qualitätssicherung für funktionelle, prothetische Restaurationen ist nur in der fachlichen und organisatorischen Kooperation von

Zahnarzt und qualifiziertem Dentallabor zu erreichen. Folgende Notwendigkeiten ergeben sich aus aktuellen Gegebenheiten:

- Die bisherige klassische (fachliche) Ausbildung ist nicht mehr ausreichend. Zahnarzt und Zahntechniker brauchen eine zusätzliche fachliche Ausbildung, die dem Bedürfnis von Zahnärzten und Zahntechnikern entspricht, Patienten mit störungsfreier Okklusion und optimalen prothetischen Arbeiten zu versorgen.
- Wesentlich für das Weiterbildungsangebot muss die Integration in ein Angebot sein, das den Vorgaben des Bologna-Prozesses entspricht (Europäische Bildungsharmonisierung). Folglich fallen bestimmte Einrichtungen, wie zum Beispiel Hochschulkurse mit ausschließlichem akademischem Charakter, weg.
- Ein besonderes Merkmal eines entsprechenden Weiterbildungsangebots müsste sein, dass hier im Gegensatz zu vielen bestehenden Angeboten nicht nur theoretische, sondern vor allem praktische Anwendungscompetenz vermittelt wird. Die theoretische Lastigkeit der bisherigen Angebote ist ein Problem, sowohl in der europäischen Bildungspolitik als auch in der Ausbildung von Gesundheitsberufen. Diese haben in der Regel eine mindestens 30-prozentige praktische Komponente.
- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung für zahnärztliche Funktionsdiagnostik und -therapie bedeuten Diagnostik, Datenerfassung, Behandlungsplanung, Schienentherapie, Initialtherapie, klare, eindeutige Vorgaben, Leitlinien, Arbeitsanweisungen und Laboraufträge für eine Vorgehensweise von der Diagnostik bis zur Therapie.
- Die immer häufiger praktizierte Realität, dass ein zahntechnisches Labor die Behandlungsplanung nur auf der Basis von Modellen oder eigenhändig erstellten Unterlagen durchführt, ist unter keinen Umständen zu akzeptieren. Das Management jeder Behandlung und jeder Restauration obliegt eindeutig dem Zahnarzt. „CMD-Opportunismus“ hat allerdings weitaus mehr Anhänger als eine angestrebte Ergebnisqualität in der patienten-individuellen Behandlungsabfolge.
- Postgraduale Weiterbildungsangebote müssen in besonderem Maße individuelle Untersuchungssystematiken berücksichtigen. Eine systematische Behandlung unter Berücksichtigung von Funktionsdiagnostik und -therapie mit individuellem Behandlungsablauf kann ohne Einschränkung dargestellt werden.

Des Weiteren wird die Frage der Rekonstruktion des Kauorgans von unterschiedlichen Vertretern in der Zahnmedizin vor wirtschaftlichen ökonomischen Hintergründen geführt. Selbsternannte Institutionen geben Diagnostik- und Therapieempfehlungen ab, ohne dass der Weiterbildungsstand auch nur eines Autors nachweisbar oder nachprüfbar wäre. Scheinbar fachliche Bewertungen werden vorzugsweise in Deutschland auf der Basis der Bedingungen von Sozialversicherungen gegeben. Hieraus wird sehr oft der irrtümlich und für Patienten fatale Rückschluss gezogen: Wenn die GKV es nicht vorsieht, ist es medizinisch abzulehnen.

Private Krankenversicherungen (PKVen) benennen sogenannte Beratungszahnärzte, ohne einen fachlichen Qualifikationsnachweis zur Beurteilung von Therapieplänen als Folge einer systematischen Diagnostik, die dem sogenannten Beratungszahnarzt weder vorliegt noch

von ihm angefordert wird. Verschiedene PKV- en bieten ihren privat versicherten Patienten Laborpreislisten an auf der Basis der GKV-Preisliste. Diese Listen schließen natürlich bestimmte notwendige Leistungen aus. Die Unzulässigkeit dieser Vorgehensweise ist gerichtlich eindeutig geklärt.

Das Ergebnis dieser Vorgehensweise ergibt sich als Realität. Zahnärzte, Zahntechniker und Patienten weichen unverständlicherweise zurück. Gutachter ohne speziellen Qualifikationsnachweis erklären vor Gericht, dass Kronen in Keramik zur besseren Funktion anschließend eine Aufbissschiene brauchen. Soll man ohne Unterstützung durch externe Evidenz Zähne ersetzen und die Okklusion rekonstruieren? Aktives Stressverarbeiten über die Okklusion unterbricht negative Stressreaktionen im autonomen Nervensystem und im hormonellen System.

Das Pressen und Knirschen des Kauorgans dient dabei als „Notausgang“ während psychischer Überlastung. Daher trägt die Okklusion des Kauorgans in signifikantem Ausmaß zur individuellen Fähigkeit der Stressbewältigung bei.

Die Funktionen des Kauorgans sind eng mit Funktionen des Gehirns verbunden. Anatomische Verbindungen bestehen zwischen dem limbischen System als Zentrum der Emotion und dem motorischen Kern des Trigemini.

Schlussfolgerung: Ein niedriges wissenschaftliches Evidenzniveau darf nicht dazu führen, dem individuellen Patienten eine adäquate und zielführende Therapie zu verweigern.

Bedenken oder Ablehnung eines therapeutischen Konzepts müssen auf zumindest dem gleichen Niveau externer Evidenz beruhen. Das Verwerfen eines therapeutischen Konzepts aufgrund fehlender RCTs kann durchaus dazu führen, dass vielen Patienten eine wesentliche und erfolgversprechende Therapie vorenthalten wird.

Die Möglichkeit, dass auch umfangreiche okklusale Maßnahmen, basierend auf den individuellen, morphologischen und funktionellen Gegebenheiten des Patienten, zum Wohle des Patienten eingesetzt werden können, besteht, auch wenn die Wissenschaft diesen Nachweis bisher nicht erbracht hat. Der klinischen Expertise und der informierten Patientenentscheidung muss in solchen Behandlungssituationen eine höhere Wertigkeit eingeräumt werden, um die niedrige externe Evidenz bestmöglich zu kompensieren.

Die natürliche Okklusion und die funktionell rekonstruierte Okklusion haben essenzielle und vitale Funktionen für den modernen Menschen zu übernehmen und dürfen nicht eingeschränkt beurteilt werden. Gemeinsam mit dem informierten Patienten kann ein restauratives Konzept erarbeitet werden, das auf der skelettalen Morphologie des Patienten, den Funktionen des stomatognathen Systems und den individuellen Determinanten der Okklusion beruhen.

In der Qualitätssicherung ist seit mehr als 30 Jahren bekannt, dass sich Qualitätsaspekte von medizinischen Leistungen aus Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität

zusammensetzen, die nur in ihrem Zusammenspiel eine erfolgreiche Patientenbetreuung gewährleisten können.

Im Zusammenhang mit einem im November 2007 erschienenen Bericht über ausgewählte kieferorthopädische Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist das Problem von Indizes in der Zahnheilkunde thematisiert worden. Besonderes Augenmerk wird dabei auf den funktionsorientierten Ansatz gelegt, da dieser sich in der Wissenschaft bereits deutlich abzeichnet, zum Beispiel die Veröffentlichung des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), in der Zahnmedizin jedoch noch unzureichend verwirklicht zu sein scheint.

Die Bestrebungen, die hier zu verfolgen sind, stehen in starkem Einklang mit der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion, bei der Zahngesundheit zu Mundgesundheit, Sanierung durch Prävention, Indizes für den Behandlungsbedarf durch Risikobetrachtungen und Realversorgung durch Qualitätsmanagement ergänzt werden.