

Frugale Zahnmedizin

Was würden Sie tun?



DSGVO: Bilanz nach 1 Jahr

PZR: Wirkt sie oder wirkt sie nicht?

CMD – Deshalb kann es Wunderschienen gar nicht geben

■ Zum Beitrag „Zahnärztliche Therapie bei schmerzhafter CMD: Abschied von der Wunderschiene“, zm 8/2019, S. 46–52.

Den Autoren muss großer Dank ausgesprochen werden für diesen unermesslich wichtigen und klarstellenden Beitrag. Die Verfasser erheben dringend notwendigen Widerspruch gegen einen dramatisch zunehmenden Missbrauch angeblich moderner Funktionstherapie, in dessen Folge viel zu oft die natürlichen Zahnreihen unserer Patienten ohne annähernd ausreichende Indikation verstümmelt werden.

Als seit bald 40 Jahren prothetisch tätiger Zahnarzt, der in seinem Studium die Lehren von Schulte noch verinnerlichen durfte, kam der Unterzeichner noch nie auf die Idee, die unter muskulären, psycho-sozial gesteuerten Überbelastungen leidenden Zahnreihen und Kiefergelenke als Auslöser dieser Problematik zu verkennen. Als Gutachter für mehrere deutsche Krankenversicherungen, die bundesweit täglich zig Kostenvorschläge für angeblich funktionell indizierte dentale Maximalversorgungen von ihren verunsicherten Kunden zugeleitet bekommen, weiß der Unterzeichner, wie groß die teils umsatzorientierten Defizite in der Zahnärzteschaft sind. Tatsächlich können nur die wenigen Behandlungsplanungen vollständiger okklusaler Rekonstruktionen befürwortet werden, bei denen die Indikation durch den weitgehenden Verlust der Okklusal- und Vertikalbeziehungen als Folge weit fortgeschrittenen Hartschubstanzabtrags gegeben ist.

Der Beitrag entlarvt gleichzeitig und notwendigerweise die Erfinder verschiedener „Spezialschienen“, die leidenden Patienten zu völlig überzogenen Preisen angeblich diagnostisch-ursächliche Therapiekonzepte wie den weltweit einzigen Stein der Weisen anpreisen. Zugrunde liegt zumeist ein rein mechanistischer Ansatz einer idealisierten Kiefergelenk-Okklusionsbeziehung, der dem Laien Glauben macht, dass jeder Schädel einer genormten Reißbrettstudie gehorchen müsse und nur die Umstellung auf diese „Norm“ die Beschwerden heilen könne. Die Variabilität aller an der Kaufunktion beteiligten harten und weichen Strukturen und die innermuskulären wie innerartikulären Anpassungsmechanismen und deren Trainierbarkeit, auf die die Autoren hinweisen, werden bei diesen „Wunderschienen“ vollkommen außer Acht gelassen oder als minimalinvasive, aber bereits effektive Maßnahmen bewusst ignoriert.

Ebenfalls werden durch den Beitrag alle diejenigen Zahnärzte belehrt, die immer noch annehmen, dass eine habituelle Abweichung des Kondylus von der „Zentrik des Kiefergelenks“ bereits indikationsgebend für eine umfassende Änderung der mandibulär-maxillären Relation sei. Eine näherungsweise Bestimmung der atraumatischen Kondylenposition ist allein bei umfangreicheren prothetischen Rekonstruktionen erforderlich, wenn die verbliebenen Restzähne eine sichere habituelle Kieferrelationsbestimmung nicht mehr ermöglichen. Auch die aufwendigsten elektronischen

Messverfahren können nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine sicher reproduzierbare bzw. therapeutisch relevante „Zentrik“ weder in der Natur noch am Individuum existiert. Kein Messsystem ist daher in der Lage, eine verlässliche Aussage über das Maß und die Richtung einer Kieferrelationsänderung zu treffen.

Vielmehr ist die sich lebenslang stetig verändernde Morphologie und Funktion des Kauorgans, wie alle anderen Bereiche des Bewegungsapparats auch, ständigen Adaptations- und Kompensationsmechanismen unterworfen. Jeder die habituelle Kieferrelation verändernde irreversible prothetische Eingriff stört nicht nur das cranio-mandibuläre Teilsystem, sondern immer das cranio-sakrale Gesamtsystem empfindlich, sodass dadurch stets ein erhebliches iatrogenes Risiko der Überforderung der neuro-muskulären Kompensationsmechanismen besteht.

Dieses Risiko, das rein zahnärztlich zudem überhaupt nicht einschätzbar ist, gilt es zu vermeiden. Der Beitrag hilft insofern hoffentlich dabei, die verstärkte enge Zusammenarbeit von Zahnärzten mit Physiotherapeuten bzw. Osteopathen zu fördern, anstatt in blinder Fixierung auf das eigene Fachgebiet naturgesunde Zahnhartsubstanzen mit allen denkbaren funktionellen Folgeproblemen unphysiologisch harter Ersatzmaterialien irreversibel zu vernichten.

Dr. Eberhard Riedel, Niedergelassener Zahnarzt, München

CMD – Aufbissbehelfe nach dem Zufallsprinzip

■ Zum Beitrag „Zahnärztliche Therapie bei schmerzhafter CMD: Abschied von der Wunderschiene“, zm 8/2019, S. 46–52.

Die beiden Einzigen, die sich in diesem Beitrag entzaubern, sind die beiden Autoren. Den Abschied von der Wunderschiene kann es schon deshalb nicht geben, weil es „die“ Wunderschiene nur in der Vorstellung der Autoren gibt. Die Wahrheit ist hingegen weit profaner und wenig schmeichelhaft für die universitären Verfasser. Bis heute ist es weder den Lehranstalten noch den Fachgesellschaften gelungen, die genauen Kriterien zu definieren, nach denen Okklusion zu justieren ist. Das, was überall gang und gäbe ist, exakte Behandlungsroutinen nach vorgegebenen, reprodu-

zierbaren Werten, wird von der anerkannten Lehrmeinung als nicht beachtenswert verworfen. Dabei ist es bei Patienten mit einer nachgewiesenen, okklusionsinduzierten funktionellen Erkrankung des Kauorgans, noch mehr als bei funktionsgesunden Patienten diagnose- und therapieentscheidend, in welcher Bisslage und mit welchen Toleranzwerten Okklusion auf Aufbissbehelfen und nachfolgend im Mund des Patienten eingestellt wird. Es ist bezeichnend, wenn sich zwei Autoren hinstellen und so tun, als sei das, was in spezialisierten, niedergelassenen Praxen seit Jahrzehnten

reproduzier- und belegbar jeden Tag aufs Neue funktioniert, angeblich alles nur „Zauber“.

Die große Entzauberung ist dabei eine ganz andere. Viele der vermeintlichen CMD-Patienten leiden gar nicht an einer CMD, weil der alles entscheidende Nachweis der Kausalität zwischen Beschwerden und Störungen der Okklusion niemals erbracht worden ist. Genau das ist aber das fachinterne Problem, dass man das Thema CMD aus rein marketingtechnischen Gründen auf alle möglichen Beschwerden erweitert hat, ohne darauf zu achten, dass der Nachweis der Kausalität zwischen Be-

schwerden und Okklusionsstörung nach nachvollziehbaren Kriterien erbracht wird. Und nun wundern sich die beiden Autoren auch noch darüber, dass im Bereich CMD viel gemacht wird, was gar nicht helfen kann, weil Aufbissbehelfe oftmals nach dem Zufallsprinzip hergestellt und eingegliedert werden und darüber hinaus ein Theorie-Curriculum an mehreren Wochenenden noch lange nicht zu einem CMD-Spezialisten führt, wie man von Seiten der Fachgesellschaften glauben machen möchte.

*Dr. André von Peschke,
CMD CENTRUM KIEL*

TI – Fehlerfrei ist anders!

■ Zum Beitrag „Telematikinfrastruktur: Wer jetzt nicht bestellt ...“, zm 6/2019, S. 24–28.

TI-Anbindung und kein Ende – in jeder zm erscheint bei den Leserbriefen das Thema TI. Mich wundert es nicht.

Unsere Praxis ist am 07.11.18 schön „brav“ in die gematik eingestiegen. Die ersten drei Wochen sind einwandfrei gelaufen. Dann aber hat es begonnen: Entweder waren die VDDS-Schnittstellen auf einmal geblockt, oder eine Fehlermeldung folgte der anderen auf dem Display des T-Systems-Konnektors. Sowohl die T-Systems-Hotline als auch die Techniker unseres PVS konnten keine Abhilfe schaffen. Die Praxisabläufe waren erheblich gestört, die für die Fehlersuche aufgewendete Zeit konnte nicht für die Patienten eingesetzt werden und kein Ende in Sicht ...

Zum Schluss erschien dann überhaupt keine Fehlermeldung mehr am Konnektor, Kartenleser oder Bildschirm. Irgendwann ist man schließlich soweit: Bleibt nur noch das Abstellen der TI?

Nach mehreren schlaflosen Nächten habe ich selbst einen Versuch gestartet. Grundlage war die Aussage eines Technikers des PVS, der in der Softwareanbindung eine Meldung zum erfolglosen Updateversuch des Konnektors fand. T-Systems bestätigte, dass keine Updates vorliegen. Im Menü des Konnektors ist diese Fehlermeldung nicht vorhanden. Es könne demnach nicht daran liegen!

Nun kann man nicht zwischen zwei Stühlen sitzen: Menü des Konnektors geöffnet, Einstellungen bei Updates alle auf „Aus“ gestellt. Seither können wir wieder KVKS einlesen, die Zertifikate werden wieder geladen und keine Störungen mehr im Netzwerk.



ZAHNERSATZ MIT QUALITÄTSVERSPRECHEN

Alles richtig gemacht!

Es gibt doch nichts Schöneres als zufriedene Patienten. Bei der Versorgung mit Zahnersatz stehen Ihnen die **QS-Dental geprüften zahntechnischen Meisterlabore** als optimaler Partner für Ihre Praxis immer kompetent zur Seite.

Mit dem fachgerechten **Qualitätssicherungskonzept QS-Dental** setzen die Labore ein klares Qualitäts-Markenzeichen.

Durch QS-Dental wird Qualität aus Meisterhand konsequent und nachvollziehbar dokumentiert für eine noch bessere zahntechnische Versorgung. Sie können sich hier stets bester Ergebnisse sicher sein – zum Wohle aller Ihrer Patienten.

Noch ohne QS-Labor? Gehen Sie auf Nummer sicher. Ihr QS-Dental geprüftes Meisterlabor vor Ort finden Sie unter:

WWW.QS-DENTAL.DE

