

Einführung in die Medizinisch definierte interdisziplinäre Kieferorthopädie id-KFO / id-KFO-med.

BMG 2019: „Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung
ZApprO 2020“ vom 08. Juli 2019

Die bivalente Geschichte der rezenten Kieferorthopädie ab 1900

Wurde in Deutschland unter „Kieferorthopädie“ ursprünglich „Orthopädie der Kiefer“ mit der Korrektur der Lagebeziehung der Kiefer zueinander gesehen, so wurde im amerikanischen Raum unter „Kieferorthopädie“ die „Orthodontie“, das „Geraderichten“ von Zähnen gesehen. Die Definition von „geraden Zähnen“ ist nicht geklärt. Die Ausrichtung der Lage der Kiefer zueinander wird international nach der Angle-Klassifikation (1900) [Angle Kl. (I), (II) und (III)] vorgenommen. Die Angle-Klassifikation definiert die Lage der Kiefer nach der Beziehung der Kronen der ersten durchbrechenden bleibenden Zähne, den ersten Molaren im Ober- und Unterkiefer.

Ansätze einer interdisziplinären Kieferorthopädie in Deutschland / „Glossoptose“ 1950-er Jahre / Korkhaus

In Deutschland entwickelte sich speziell unter Korkhaus (Bonn) in den 1950-er Jahren schwerpunktmäßig mit der Fokussierung der Lage der Kiefer auch die Perspektive der Lagebeziehung der Zunge zur Luftröhre.

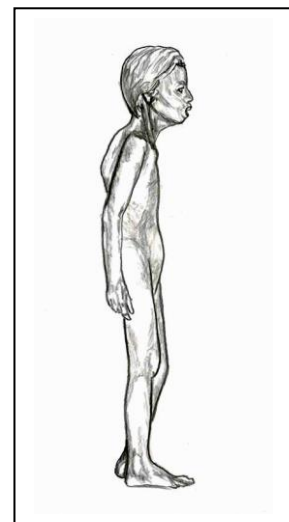
Interdisziplinäre Erkenntnisse über Folgen eines dysfunktionellen Kauorgans bereits 1934

Eine stärkere Fehllage der Zunge wurde von Pierre Robin (1934) mit „**Glossoptose**“ bezeichnet (späteres „Pierre Robin Syndrom“). Robin leitete daraus eine funktionelle Entwicklungsstörung des gesamten Körpers ab, Abb.:

„Eine Glossoptosis ist an folgenden Symptomen zu erkennen: nach vorn geneigter Kopf, hängende Schultern, gekrümmte eingesunkene Körperhaltung, die Schenkel seien äußerst schlaff, der Gesichtsausdruck ist in den meisten Fällen adenoidal. Die oberen Zähne befinden sich vorwärts gerichtet im Vergleich zu denen des zurückgezogenen Unterkiefers.

Durch das fliehende Kinn steht der Mund beim Atmen offen. Dies prädisponiert den Patienten zur Malokklusion und einer Kiefergelenkdysfunktion. Die gedrückte Erscheinung des Patienten und seine schlaffe Haltung zeigen eine Unterentwicklung an.

Solche Kinder erscheinen in ihrer physischen wie psychischen Entwicklung zurückgeblieben. Sie fühlen sich niedergeschlagen, ohne dabei ernstlich krank zu sein. Das Stillen ist in der Regel schwierig und häufig unmöglich.



Die Lungen sind, da sie sich in einem sehr schmalen Brustkorb befinden, durch den Druck deformiert. Bei der klassischen Glossoptose hat der Brustkorb eine kielförmige Form. Auch ist das Sternum einwärts gerichtet, unabhängig davon, ob die Rippen kollabiert stehen. Die meisten anderen Anzeichen einer Rachitis sind ebenso anzutreffen. Die Lungen funktionieren schlecht, die Luft zirkuliert kaum oder gar nicht

bis in die Lungenspitzen. Dies führt zu einer Kongestion und erhöht die Wahrscheinlichkeit von Infektionen der Atemwege“.

[Robin, P. : A syndrome of facial pathology, Lecture bevor Society of Dentals Medicine und Surgery, Paris, Jan. 8,1934]

Korkhaus / Jung 1963: Interdisziplinäre Perspektiven: Verbindung der Rücklage des Unterkiefers mit Erstickungsfolgen

- **Erstickung - Bauchlage – Therapie**

Die Rücklage des Unterkiefers wird bei Neugeborenen an den Alveolarfortsätzen in der Front gemessen. Korkhaus konnte nachweisen, dass mit einer Behebung der primären verstärkten Rücklage des Unterkiefers bei Neugeborenen die Erstickungsmöglichkeit spontan verhindert werden kann.

Korkhaus, G./ Jung, Charlotte konnte 1963 bei Neugeborenen mit einer Rücklage der Kiefer von mehr als 5 mm eine zunehmende Gefährdung der Neugeborenen durch Erstickungstod nachweisen:

„Wenn beim Neugeborenen die Glossoptose mit einer Rücklage des Unterkiefers von mehr als 10 mm einhergehe, sei das Kind nur für kurze Zeit lebensfähig.[Eley, Faber, Robin 1930]

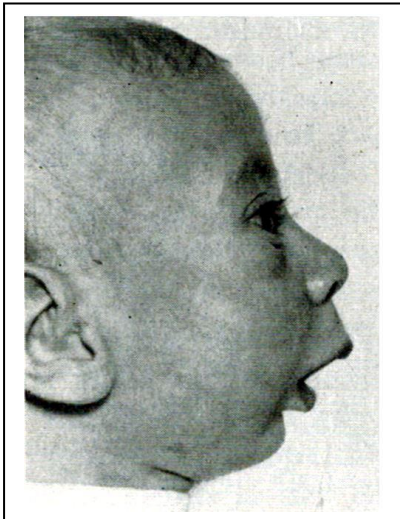
Bei extremer Distalposition des Unterkiefers muss auch die Zunge, die ja durch den Musculus genioglossus innen in der Unterkiefermitte ansetzt, zwangsläufig weit zurückliegen. Die verschließt somit teilweise oder ganz den Pharynxeingang.

Die daraus resultierenden Erstickungserscheinungen treten immer wieder auf, sobald man das Kind in Rücklage bringt, denn der Unterkiefer fällt dann in seine stärkste Distallage; die Zunge erscheint dabei klein.

Den Erstickungsanfällen mit dem veränderten Atmungsgeräusch, dem sog. Stridor, folgt regelmäßig eine Zyanose.

Der Exitus tritt fast ausschließlich durch eine Aspirationspneumonie ein, der eine rapide Gewichtsabnahme vorausgeht.

Bei drei Fällen von Robin-Syndrom habe ich in zahlreichen Erstickungsfällen das einfache Experiment gemacht, den Unterkiefer manuell nach anterior zu führen, indem ich mit beiden Daumen distal an den aufsteigenden Unterkieferästen einen Druck nach vorn ausübte. Sobald man den Unterkiefer nach vorne bringt, ist die Atmung schlagartig frei:



Die Erstickungserscheinungen verschwinden in Bruchteilen von Sekunden, das Röcheln hört sofort auf, die Zyanose weicht über Rotfärbung einer normalen blassen Körperfarbe. Die sofortige freie Atmung trat wieder ein.

Das nach Vorne-Drücken des Unterkiefers ist der beste Beweis dafür, dass die Rücklage der Mandibula die entscheidende Ursache der Erstickungsanfälle ist.

Die Zunge sinkt nicht von selbst in den Rachenraum, wie von zahlreichen Autoren immer noch angenommen wird; sie steht in erster Linie in Abhängigkeit von der jeweiligen Lage des Unterkiefers!

Im Extremfall braucht man die kleinen Patienten nur aus der Rückenlage zu befreien und auf den Bauch zu legen. In dieser „prone-position“ (Eley und Faber) sinkt der Unterkiefer und mit

ihm die Zunge nach vorn, die Atmung ist wieder frei.

Die Immediat-Therapie besteht somit darin, den Patienten in ständiger Bauch- oder Seitenlage zu halten, um ihm eine ausreichende Atmung zu ermöglichen.

Im obigen Fall mit einer Rücklage des Unterkiefers von 20 mm wurde das Baby mit 3 Aktivatoren und jeweiliger Mesialaktivierung von 4 mm mit Pflasterverband und Ernährungssonde behandelt:

Nach 4 Wochen war es möglich, den zweiten Aktivator mit 4mm Mesialaktivierung einzusetzen. Der Pflasterverband war nicht mehr erforderlich, denn das Kind, das sehr rasch an Gewicht und Kraft zunahm, hatte mittlerweile begonnen, am Aktivator zu saugen. Die Nasensonde konnte entfernt und die Ernährung auf Flaschen- und Breikost umgestellt werden.

Nach einem weiteren Monat wurde der Unterkiefer durch einen dritten Aktivator wiederum um 4 mm nach vorn geführt, so daß die Rücklage nur noch 8 mm betrug.

[Jung, Charlotte; Korkhaus, G: Das Robin-Syndrom und seine Behandlung; Fortschritte der Kieferorthopädie, Band 24, 1963, S. 361; Joh. Ambrosius Barth-Verlag Leipzig]

Reduktion der KFO auf Apparatedizin / ab 2000 nach Gutachten: ohne erkennbares medizinisches Konzept

Speziell in den Jahren ab 2000 orientierte sich die offizielle Kieferorthopädie der DGKFO vermehrt nach der amerikanischen Definition, der Ausrichtung der Kieferorthopädie auf den dentofazialen Raum. Dieser Bereich wurde dann von der DGKFO als „Orofazialer“ Bereich als Zuständigkeitsgebiet der offiziellen Kieferorthopädie definiert.

Die offizielle Kieferorthopädie erhielt in mehreren offiziellen Gutachten 2000, 2008 und 2018 schlechteste Bewertungen, in denen u.a. der medizinische Nutzen der gelehrt und praktizierten Kieferorthopädie grundsätzlich in Zweifel gezogen wurde.

Ab 2000 Die [von der DGKFO unterdrückte] Parallelbewegung:

Die Biofunktionelle Orthodontie, BFO und die id-KFO, interdisziplinäre Kieferorthopädie / Medizinische Zuständigkeit [Cranio-Cervicales Konzept] – nun Grundlage der Verordnung der ZÄApprO 2020

Die id-KFO, interdisziplinäre Kieferorthopädie als Teilgebiet der Zahnmedizin, erweitert die medizinische Zuständigkeit der Zahnmedizin und Kieferorthopädie auf den Wirkungsbereich des Kauorgans, welche eine funktionelle Einheit mit der Schluckmotorik darstellt:

- In der Allgemeinen Medizin wird das Kauorgan als Anfang des Verdauungstraktes gesehen.
- In der Funktionellen Anatomie wird der gesamte Bereich von Kopf und Hals als eine Funktionseinheit definiert:

„Kopf (Cranium) und Hals (Cervix) bilden anatomisch und funktionell eine Einheit, wobei der Hals den Kopf mit dem Rumpf verbindet.“ ()*

(*) [M. Schünke et al.: Kopf, Hals und Neuroanatomie; Prometheus; Thieme, S. 4; 3. Auflage]

Die interdisziplinäre Neuausrichtung / Neu-Definition der Kieferorthopädie, id-KFO

Die Neuausrichtung in der id-KFO unterscheidet sich in vielfältiger und grundsätzlicher Hinsicht von der aktuellen offiziellen „Kieferorthopädie“, u.a.:

1. durch die Abkehr von der Gebietszuständigkeit (metrische Zuständigkeit)
2. durch die Zuwendung zur Organmedizin. (Organe sind vital, und sind zuständig für Wirkungen; ein „Gebiet“ hat keine „Wirkung“.)
3. in der technischen Umsetzung durch die Lehre von der Biofunktionalität, BFO, Biofunktionelle Orthodontie
4. Aus dem Wirkungsbereich des Kau-Schluckorgans ergibt sich eine interdisziplinäre Zuständigkeit für die Zahnmedizin insgesamt, somit auch für die „Kieferorthopädie“ als Teilbereich der Zahnmedizin.
5. Die ZÄApprO 2020 sieht die Kieferorthopädie und Zahnmedizin als integrative medizinische Fachdisziplin. In diesem Sinn muss nicht nur die Ausbildung interdisziplinär definiert werden, sondern insbesondere die Weiterbildung.

Schlussfolgerungen

- Die „orofaziale“ - Gebiets-mäßige - Ausrichtung der rezenten Kieferorthopädie entspricht nicht den interdisziplinären Anforderungen der ZApprO 2020, und stellt somit eine Gefährdung der Bevölkerung dar, und gibt falsche Perspektiven für die interdisziplinäre Ausbildung.
- Die id-KFO knüpft an der beginnenden interdisziplinären Ausrichtung der Kieferorthopädie nach Korkhaus 1950 an, und erweitert diese auf den Zuständigkeitsbereich des Wirkungsbereichs des Kau-Schluckorgans von Kopf und Hals entsprechend der Funktionellen Anatomie.
- U.a. nach Erkenntnissen von Eley, Faber, Robin 1930 und Korkhaus verursachen dysfunktionelle retrale Lagen des Unterkiefers komplexe Fehlentwicklungen und Verwachsungen des gesamten Organismus, welche bis zur Erstickung führen können.
- Gleichzeitig wendet sich die id-KFO von jeglicher „Gebietsdefinition“ der Zuständigkeit der „Kieferorthopädie“ / „Orthodontie“ / Zahnmedizin ab, und definiert ihre Zuständigkeit nach dem direkten Wirkungsbereich des Kau-Schluckorgans „von Kopf und Hals“.
- Auch wird eine ursächliche Zuständigkeit der id-KFO für Auswirkungen von (dysfunktionellen) Kompensationsmechanismen oder „Adaptationsmechanismen“ als Folge eines primär dysfunktionellen Kau-Schluckorgans gesehen.
- Kieferorthopädische Aufklärungen eines Patienten nur über den „orofazialen Bereich“ müssen u.a. wegen der Funktionseinheit von Kopf und Hals als vollständig unzureichende Aufklärung gewertet werden.

Die medizinische Definition der Zahnheilkunde und Kieferorthopädie als Organmedizin, 2020 / G. Risse:

Die id-ZM und id-KFO ist die Lehre

(A) von der Grundbeschaffenheit des Organs

- vom Bau,
- von der Funktion,
- von der Funktionsentwicklung,
- von Funktionsstörungen, Funktionseinschränkungen und Dysfunktionen
- von Erkrankungen des Kau-Schluckorgans und deren Wirkungen
- seinen Anhangsorganen
- sowie deren medizinischen ursächlichen Behandlung

(B) vom Entwicklungsprozess und Wirkungsprozess

- Die medizinische Definition der Zahnheilkunde und Kieferorthopädie erfolgt bei der id-ZM und id-KFO über das Kau-Schluck-Organ, KSO.
- Das Kau-Schluckorgan entwickelt sich aus dem primären Saug-Schluckorgan über und durch erlernte Fertigkeiten und Fähigkeiten.
- Das Kau-Schluckorgan (KSO) wirkt als Organ interdisziplinär.

Artikel: I.3.G.R.: Münster, den 03.02.2021