

Zahnmedizin / Kieferorthopädie und Fächerübergreifende Krankheiten
Was der Gesundheitsminister und Beitragszahler von Versicherungen
wissen sollten.

Georg Risse

Das Zahnheilkundengesetz: 1952: „Anomalien der Zahnstellung“ und „das Fehlen von Zähnen als Krankheit“ –bzw.: als Ursache interdisziplinärer Erkrankungen

Hochschullehrer und Zahnärztekammern sind u.a. seit 2013 nachhaltig über defizitäre Lehren (Wissenschaftsrat 2005) und Fehlleistungen in der Zahnmedizin und speziell auch in der Kieferorthopädie u.a. durch Straight wire aligner Therapien aufgeklärt worden, welche interdisziplinäre Krankheiten und Folgekosten in Milliardenbeträgen und persönliches Leid bis hin zur Frühverrentung verursachen können.

Untersuchungs-, Behandlungs- und Leistungsorientierung nach Lehrbuch (I): G. Risse: Interdisziplinäre ZahnMedizin und Kieferorthopädie, id-ZM / id-KFO, www.id-zm.de / www.id-kfo.de

Grundlagen

„Offizielle Anmeldung einer interdisziplinären Zahnmedizin bei der Hauptversammlung der VHZMK, Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde vom 10.11. 2013 mit Einordnung in die DIMDI-10-Code 2012 / WHO zur ursächlichen Therapie

Präambel

*Die Begründung zur Anmeldung einer neuen Disziplin ergab sich aus dem Studium der Bewertung der Zahnmedizin durch den Wissenschaftsrat, WR 2005: **Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland** und dem Studium der aktuellen interdisziplinären Literatur, der Funktionellen Anatomie und Neurologie mit besonderem Bezug auf die klinische Relevanz der Zahnmedizin und Kieferorthopädie, speziell auf dem Bereich der Funktion / Dysfunktion des Kau-Schluckorgans sowie aus dem klinischen Bedarf.*

Unterstützt wird die „Anmeldung einer neuen interdisziplinären Zahnmedizin“ durch praktische Erfahrungen und Erkenntnisse wie durch eindeutige therapeutische Erfolge.“

Zahnheilkundengesetz 1952

(3) Ausübung der Zahnheilkunde ist die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. **Als Krankheit** ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, **einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen.**

Prof. Dr. Dr. Meyer, Greifswald 2009 / 2018

„Aktuelle klinische Erfahrungen sowie neuere Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die Infraokklusion, also beispielsweise zu niedriger Zahnersatz, bei über 70% aller Fälle im Vordergrund traumatisierender Ursachen steht.“

[- 2009 Fortbildungskurs der Zahnärztekammer ZKN, Zahnärztekammer Niedersachsen, Kurs-Nr. Z 0932,
- 2018 Zahnärztekammer Westfalen-Lippe: Curriculum Funktionsdiagnostik und -therapie craniomandibulärer Dysfunktionen (CMD), Curriculum / CMD: Baustein 7]

Lehrbuch von: Morgan et al. 1985:

[Einleitung des Buches von: Morgan/ House/ Hall /Vamvas: Das Kiefergelenk und seine Erkrankungen. Eine interdisziplinäre Betrachtung; Quintessenz 1985 // Mosby 1982]

- **„Das Kiefergelenk und seine Erkrankungen
Eine interdisziplinäre Betrachtung, 1985,**
- ***Diseases of the temporomandibular apparatus
A multidisciplinary Approach, 1982***

Auszug aus der Einleitung obigen Buches Morgan et al. 1985:

„Ursprünglich schätzte man, dass mehr als 20% der Durchschnittsbevölkerung irgendwann an Symptomen leiden, die mit dem Kiefergelenkapparat zusammenhängen. Dieser Anteil ist mittlerweile auf über 50% gestiegen, da immer mehr Symptome als mit dem Kiefergelenkapparat zusammenhängend erkannt werden.[...]

Die Arbeit auf dem Gebiet des Kiefergelenkapparats ist besonders deshalb faszinierend, weil sie auf kein einziges Gebiet von Zahnheilkunde und Medizin beschränkt bleibt, sondern alle Bereiche beider Berufsgruppen umfaßt. Da die Zahnkaries nicht mehr im Mittelpunkt der Bemühungen des Zahnarztes steht, ist der Anreiz gegeben, sein Wissen und seine Kenntnisse auf den Bereich des Kiefergelenkapparates auszudehnen.

- Millionen von Menschen leiden derzeit unter solchen Beschwerden und wissen nicht, an wen sie sich wenden sollen.
- Der Zahnarzt der Zukunft wird neben den grundlegenden ‚handwerklichen‘ Kenntnissen seines Faches sein vertieftes Wissen zum Wohle des Patienten einsetzen, wobei er enger mit Kollegen aus der Medizin zusammenarbeitet.
- Wir sind gerade erst dabei zu erkennen, welche verheerende Auswirkungen eine zu hohe Füllung auf den gesamten Körper haben kann. Die Zusammenarbeit von Zahnärzten und Medizinern geschieht in jedem Fall im Interesse des Patienten.
- Im Bereich des Kiefergelenkapparats brechen die künstlich errichteten Schranken nieder, die lange zwischen Medizin und Zahnheilkunde bestanden haben.
- Es geht nicht an, daß der Zahnarzt seine Arbeit als auf ein eng abgegrenztes Wirkungsfeld beschränkt begreift, und so tut, als ob sie keinerlei Auswirkungen auf den übrigen menschlichen Körper hätte.[...]
- Wir betonen immer wieder den interdisziplinären Ansatz, auch wenn der einzelne Patient durchaus von einem einzelnen Facharzt effektiv behandelt werden mag.
- Während all der Jahre haben wir aber immer wieder die Beobachtung gemacht, daß bei den meisten Patienten die nachhaltigsten Erfolge in der Behandlung durch eine planvolle Kombination verschiedener Methoden zu erzielen sind.[...]

[...]

Zur Ergänzung weitere Grundlagen aus dem Buch:

Morgan et al.: Text-Auszug:

Morgan et al.: *Das Kiefergelenk und seine Erkrankungen, 1985:*

Herbert T. Kelly und David J. Goodfriend Aus: J. Prosthet. Dent. 14: 159, 1962

„Dental und durch das Kiefergelenk bedingter Schwindel“

„Klinisches Material und diagnostische Maßnahmen

Über acht Jahre hinweg untersuchten wir alle Patienten mit Schwindelanfällen.

Zunächst wurden die Patienten medizinisch diagnostiziert.

Dieses umfaßte eine Anamnese, ärztliche und neurologische Untersuchungen, Labortests, Röntgenaufnahmen des Schädels und andere Untersuchungen. Diejenigen Patienten, bei denen eine Untersuchung des Augenhintergrunds und eine Begutachtung durch den Neurologen keine Anzeichen für einen abnormen intrakranialen Druck ergaben, wurden zahnärztlich diagnostiziert. Diese Entscheidung basiert auf der Tatsache, daß erste reversible zahnärztliche Maßnahmen die Ursache des Schwindels veränderten.

Es wurden 128 Patienten untersucht. Einer hatte einen Gehirntumor, zwei litten an malignem Bluthochdruck. 20 lehnten eine zahnärztliche Behandlung ab. 105 Patienten zeigten sich zur Mitarbeit bereit, so dass die zahnärztliche Behandlung bis zum Schluss durchgeführt werden konnte. Davon waren 68 Frauen und 37 Männer. Das Alter der Patienten reichte von acht bis 89 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 55 Jahre.“

„Klinische Befunde

Alle in dieser Studie untersuchten Patienten hatten früher eine zahnärztliche Behandlung erhalten, die für sie wie für ihren Zahnarzt akzeptabel war.

Patienten wie Zahnärzte und Ärzte waren sich augenscheinlich nicht im Klaren darüber, daß Störungen in der Okklusion Schwindel verursachen können.

Viele gaben an, daß ihnen ihr Zahnarzt zwar einen „schlechten Biß“ bescheinigt habe, aber ungeachtet früher aufgetretener Kiefergelenksymptome wurde keine Behandlung empfohlen.

Bei vielen Patienten wurde der Symptomenkomplex „Vertigo“ bei früheren Diagnosen vom Arzt einem Gehirntumor oder -Degeneration, Bluthochdruck, Hydrops vestibularis, dem Menièr’schen Symptomenkomplex, einer Abdominalepilepsie, Gallenblasenentzündung oder einer Psychoneurose zugeschrieben. [...]

Häufig kam es in Verbindung mit Schwindel zu Schmerzen und Parästhesien im Bereich oberhalb der Gelenke, des Gesichts und im hinteren Teil des Nackens sowie zu Muskelspasmen. Gelegentlich klagten Patienten über Schluckbeschwerden.

Bei 50% der Patienten kam es darüber hinaus zu anderen Ohrsymptomen wie Tinnitus, Aerotitis media und Hörschwierigkeiten.

Bei 55% der Patienten kam es früher oder z. Zt. der Untersuchung zu Geräuschen und Schmerzen im Kiefergelenk.

10% klagten über übermäßige, ruckartige Kieferbewegungen und bei 7% war die Beweglichkeit des Unterkiefers eingeschränkt. [...]

Die Patienten beschrieben ihre Symptome bei Vertigo als verschwommenes Sehen, Schwindeligkeit, das Gefühl, einen leeren Kopf zu haben, schwankenden Gang und Furcht vor Abgründen, Balkonen oder Treppen.

Der Schwindel trat in der Regel anfallartig auf und hielt wenige Minuten bis zu einer halben Stunde oder auch länger an. Im Laufe der Erkrankung wurden die Anfälle häufiger und heftiger. Dazu kamen Sehstörungen wie Halluzinationen und Schwierigkeiten beim Scharfsehen. Auch kam es zu vegetativen Reaktionen wie großer Blässe, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schmerzen im Oberbauch und Bewusstlosigkeit.

Psychisch bedingt war der Schwindel bei Gefühlen von Unsicherheit und Ängsten und einer Furcht vor lebensgefährdenden Ursachen des Schwindels wie Gehirntumor oder Herz-Kreislauf-Störungen. [...]

„Behandlung

Die anfänglichen ärztlichen Behandlungsmaßnahmen zielten darauf ab, den Patienten von der dentalen Ursache des Schwindels und der Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung zu überzeugen. [...]

Nur mit Mühe waren der Patient, seine Familie und das ihn betreuende zahnärztliche und ärztliche Personal davon zu überzeugen, daß diese ernstesten Symptome durch einen Defekt der Okklusion oder eine Arthrose des Kiefergelenks hervorgerufen sein könnten. [...]

Die zahnärztliche Behandlung der Patienten mit natürlichen Zähnen war es, eine harmonische Okklusion zu schaffen, wodurch die Kiefergelenke in einen Zustand gebracht wurden, der weder auf die Ohren noch die Ohrtrompeten pathogen wirkte.

In der ersten Behandlungsphase wurden gegossene Aufbisskappen aus Metall auf den unpräparierten oberen und unteren Prämolaren und Molaren platziert.

Die Konturen der Kauflächen wurden halbkugelförmig gestaltet, so daß sie mit den Kiefergelenken harmonisierten. Die Aufbisskappen wurden auf die unpräparierten Zähne zementiert und entsprechend den von Schuyler aufgestellten Richtlinien auf eine laterale Okklusion hin eingeschliffen.

Es wurde drei oder vier Wochen lang wöchentlich einmal selektiv eingeschliffen, da sich gezeigt hat, daß eine Okklusion, die verändert wurde, sich noch so lange weiter verändert.

Die Patienten trugen diese Aufbisskappen zwischen zwei Monaten und zwei Jahren. Nur so kann die Wirkung verlässlich geprüft werden, da Schwindel häufig latent wird. Blieb der Schwindel nicht gänzlich aus, wurden die Aufbisskappen weiter eingeschliffen, neu angefertigt oder schließlich entfernt. Im letzteren Fall ging man davon aus, dass nicht die Okklusion die Vertigo verursacht, und man ließ sie wieder den alten Zustand einnehmen.

In den Fällen, in denen die Kappen gegen den Schwindel halfen, verschwanden in der Regel auch Krepitation, abnorme Bewegungen des Kiefers und der Gelenke, Tinnitus und andere Ohrsymptome.

Akute Fälle von Taubheit besserten sich, während Patienten, die schon lange schwerhörig waren, nicht besser hörten.

In der zweiten Phase der zahnärztlichen Behandlung wurden die Prämolaren und Molaren endgültig restauriert. Es wurden jeweils nur eine Kappe durch eine Restauration ersetzt und diese zusammen mit den verbliebenen Kappen eingeschliffen, ehe man zum nächsten Zahn überging. [...]"

„Ergebnisse

Das Ergebnis der Behandlung der 105 Patienten ist in den Tabellen 1 und 2 zusammengestellt.

- Daraus geht hervor, daß bei 94 Patienten, d.h. 89%, das Schwindelgefühl durch zahnärztliche orthopädische und unterstützende ärztliche Behandlung verschwand.

Außerdem besserten sich in 83% der Fälle Begleitsymptome wie das Gefühl eines hohlen Kopfs, verschwommenes Sehen, taumelnder Gang, Angst vor Abgründen, Übelkeit, Erbrechen, Blackouts und Ohnmachtsanfälle.

- 83% der Ohrenbeschwerden wurden gelindert oder ganz geheilt.
- In sämtlichen Fällen besserte sich eine Dysfunktion des Kiefergelenks, in 79% verschwand diese sogar ganz.
- Neuralgien wurden in 64% der Fälle gelindert oder ganz beseitigt.

Zwei Jahre nach Abschluß dieser Studie bzw. zehn Jahre nach der Behandlung mancher der Patienten, erhielten alle Patienten Fragebögen. [...] Den Fragebogen beantworteten 44 Patienten.

Diese bestätigten die günstigen Ergebnisse des ursprünglichen Protokolls, die in Tabelle 1 aufgeführt sind. In 83% der Fälle war der Schwindel durch die dental-medizinisch-orthopädische Behandlung völlig verschwunden.

Darüber hinaus wurde die therapeutische Wirksamkeit der korrigierenden Zahnprothesen dadurch überprüft, daß man sie bei manchen Patienten wieder herausnahm. Daraufhin nahm die Okklusion wieder den alten Zustand an, meistens traten auch wieder Vertigo und andere Symptome auf. Diese Symptome verschwanden wieder, sobald die Prothese wieder eingesetzt wurde.

Dental und durch das Kiefergelenk bedingter Schwindel

Tabelle 1 Zahnärztliche/medizinische Behandlung von Patienten mit Vertigo*

Symptome	Anzahl der Symptome	Behandlungsergebnisse			% der vollst. Besserung
		vollständige Besserung	teilweise Besserung	keine Besserung	
Schwindelgefühl	105	94	7	4	89
Sehstörungen	97	85	7	5	83
Übelkeit	23	17	2	4	75
Erbrechen	19	15	3	1	80
Blackout	24	21	–	3	88
Bewußtlosigkeit	20	17	–	3	87
Taumelnder Gang	10	8	2	–	80
Höhenangst	11	5	2	4	43
Gehörverlust	47	16	19	12	35
Ohrgeräusche	46	20	17	9	43
Lärmempfindlichkeit	22	9	13	4	40
Verstopfungsgefühl im Ohr	32	19	9	4	59

* Bei 89% totales Ausbleiben der Vertigo; bei 45% verschwanden die Ohrsymptome völlig.

Tabelle (1) / [98a]: Zahnärztliche / medizinische Behandlung von Patienten mit Vertigo

Tabelle 2 Zahn-/ärztliche Behandlung von Kiefergelenksymptomen und Neuralgie bei 105 Patienten mit Vertigo*

Symptome	Anzahl der Symptome	Behandlungsergebnisse			
		vollständige Besserung		teilweise Besserung	keine Besserung
		Anzahl	%		
Gelenk					
Krepitation	32	27	84	5	0
Schmerz	16	11	70	5	0
Bewegungseinschränkung	10	8	80	2	0
Übergroße Beweglichkeit	4	2	50	2	0
Neuralgie					
Gesichtsschmerz	32	21	65	6	5
Kopfschmerz	26	17	65	6	3
Ohrscherzen	26	16	62	8	2
Nackenschmerzen	40	26	65	10	4

* bei 79% der Fälle vollständige Besserung der Kiefergelenksymptome, bei 64% verschwanden die Neuralgien vollständig.

Tabelle (2): Zahn-/ ärztliche Behandlung von Kiefergelenksymptomen und Neuralgie bei 105 Patienten mit Vertigo

Unsere Erkenntnisse wurden nach und nach veröffentlicht. Sie erharteten nur die Ergebnisse von Monson, Wright, Kirk, Goodfriend, Green, Pippin, Costen, und Kelly.[...]

Schlussbemerkung

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie und der früheren über zehn Jahre laufenden Untersuchungen von Goodfriend lassen es angeraten erscheinen, daß Ärzte und Zahnärzte bei der Diagnose von Schwindel in Verbindung mit Schmerzen, Sehstörungen, Hörstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Bewußtseinslücken und Ohnmachtsanfällen rechtzeitig daran denken, daß diese Symptome durch die Okklusion oder die Kiefergelenke bedingt sein können. [...]

Wir glauben, daß sich mit der Zeit ein neues Fachgebiet entwickeln wird, das die zahnärztlichen und medizinischen Aspekte des Kiefergelenkapparats umfassen wird.

Dieses ehrgeizige Vorhaben wird von großem Nutzen für die Menschheit sein.

Die längste Reise beginnt mit einem ersten Schritt.

Dieser Schritt ist gerade getan.“ [S. 840]

Beachtung

Die obigen Studien sind besonders beachtenswert,

- weil sie teilweise bereits aus den Jahren 1962 und 1985 stammen

und zudem

- weil sie Krankheitsbilder definieren,
 - welche durch „Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen“ (Zahnheilkundegesetz 1952) verursacht wurden,
 - welche dann durch Korrekturen der Okklusion und der Okklusionsbeziehungen behoben wurden.

Folgerungen

Bereits Die ZApprO von 1952 sieht eine Befunderhebung, Diagnostik und Therapie von „*jeder von der Norm abweichenden Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer als Krankheit*“ vor. Leistungen von Füllungen bzw. Kronen und Brücken wie Leistungen der Kieferorthopädie müssen diesen Forderungen entsprechen.

G. Risse behandelte die sog. „CMD-Patienten“ nach zahnärztlichen und kieferorthopädischen Befunden in Verbindung mit „fächer-übergreifenden“ Krankheitsbefunden:

- durch die gleichzeitige fächerübergreifende Befunderhebung und Therapie - in ähnlicher Form, wie es in obigen Studien gemacht wurde.
- Die Therapie bestand allerdings ergänzend in der Anwendung der *Biofunktionalität*, also durch adaptative und interaktive Techniken der *individuellen* Korrektur der „Anomalien der Zahnstellungen“ und der Okklusion, welche 2000 auf der Jahrestagung der DGKFO erstmalig vorgestellt wurde.
- Auf dieser Basis entwickelte sich dann die nachfolgende interdisziplinäre Befundliste, welche als Folge von „Zahnfehlstellungen“, „des Fehlens von Zähnen“ und Okklusionsbefunden dann im Einzelfall beachtet werden sollte.

Diese Aufstellung von möglichen interdisziplinären **Folgeerkrankungen durch „Anomalien der Zahnstellungen und des Fehlens von Zähnen“** wurde der Hauptversammlung der VHZMK, Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde vom 10.11.2013 nach Vorgabe des Gutachtens des Wissenschaftsrats 2005 (über die unzureichende Qualität der Lehre der Zahnmedizin) und im Rahmen des Antrags zur interdisziplinären Neuorientierung der Zahnmedizin und Kieferorthopädie eingereicht.

Die eingereichten Informationen über Defizite der rezenten Lehre und Praxis und über neue Perspektiven wurden aber in der Wissenschaft, Aus- und Weiterbildung sowie in der Praxis und in der Umsetzung von (Fehl-) Leistungen von Krankenversicherungen nicht berücksichtigt:

„Krankheitsbilder nach DMDI- ICD-10 - Code 2012 / WHO, welche im Rahmen der CMD-Zahnmedizin und CMD-Kieferorthopädie zur ursächlichen Therapie anstehen:

Kieferbereich:

- K00.0 Anodontie, Hypodontie
- K03.1 Abrasion der Zähne,
- F45.8 Bruxismus, Zähneknirschen
- K05.2 Akute Parodontitis
- K006 Störungen des Zahndurchbruchs ohne Abnorme Stellung der Nachbarzähne
- K06.0 Gingivaretraktion, Krankheiten des Parodonts durch Über- und Fehlbelastung (Okklusales Trauma)
- K04.2 Pulpadegeneration durch okklusales Trauma, Wurzelresorptionen
- K07.1 Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses, transversale und vertikale Asymmetrie
- K07.2 Anomalien des Zahnbogenverhältnisses, Schwenkung des Bisses, zwanghafte Verschiebung der Mittellinie
- K07.3 Zahnstellungsanomalien, Rotationen, Kippungen, impaktierte oder retinierte Zähne mit abnormer Stellung derselben oder der benachbarten Zähne.
- K07.4 Fehlerhafte Okklusion, nicht näher bezeichnet, [Okklusaler Zwangsbiss, traumatische Okklusionsabweichung, Zahnextraktion]
- K07.5 Funktionelle dentofaziale Anomalien, Abnormer Kieferschluss, Fehlerhafte Okklusion durch asymmetrischen Höhenverlust in der Seitendentition mit Distalrotation des UK / nach re/li, dorsal und Vorkontakten speziell im linken / rechten Frontzahnbereich, bzw. in den Seitenzahnbereichen und zwanghaftem abnormen Schluckakt.
- K07.6 Krankheiten des Kiefergelenks, „Costensyndrom“ / CMD, Craniomandibuläre Dysfunktion, KG-Kacken (Exklus. S 03.0) / - Kondylenverlagerungen, Discusverlagerungen (mit / ohne Reposition)
- K07.8 Sonstige dentofaziale Anomalien, Bruxismus durch Vorkontakt
- K08.8 Krankheiten des Zahnhalteapparates: Irregulärer Alveolarfortsatz, Retraktion des Alveolarfortsatzes durch okklusales Trauma,
- S03.0 Akute Kieferluxation.
- S03.4 Akute Verstauchung und Zerrung beider Kiefergelenke.
- M99.1 Subluxation der Kiefergelenke, Biomechanische Funktionsstörung
- M19.9 Arthrose der Kiefergelenke

Cranio Vertebraler Bereich, CVD:

- M31.5 Arteriitis Temporalis / Horton-Krankheit / Arteriitis Cranialis / Riesenzellarteriitis
- M41.1 Okzipito-Atlanto-Axialbereich, sekundäre Skoliose, funktionsbedingt
- M41.2 Skoliose Zervikalbereich, sekundäre Skoliose, funktionsbedingt
- M41.3 Skoliose Zervikothorakalbereich, sekundäre Skoliose, funktionsbedingt
- M41.4 Skoliose Thorakalbereich, sekundäre Skoliose, funktionsbedingt
- M41.5 Skoliose Thorakolumbalbereich, sekundäre Skoliose, funktionsbedingt
- M42.0 Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule inkl. M. Scheuermann

- M43.3 Habituelle atlanto-axiale Subluxation mit Myelopathie
- M43.11, Spondylolisthesis: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
- M43.12, Spondylolisthesis: Zervikalbereich
- M43.13, Spondylolisthesis: Zervikothorakalbereich
- M47.0, Art-vertebralis-Kompressionssyndrom (+), G99.2
- M50.1 Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie / Zervikalsyndrom
- M53.0, Akutes Zervikozepales Syndrom, Barre´-Lieou- Syndrom
- M53.1 Cervicobrachialgie, (Schmerzen von der HWS ausgehend Bandscheibenvorf., oder Spinalkanaleinengung)
- M54.1 Radikulopathie, Wurzelneuritis, vertebra gener Kopfschmerz / -Rückenschmerz
- M75.4 Impingementsyndrom der Schulter
- M62.8 sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten, Muskelhartspann, HWS-Myogelose
- M77.8 Schmerzhaftes muskuläre Verspannung der HWS-Muskulatur
- M79.19 Myalgie der Wirbelsäule
- M79.7, Fibromyalgie auf der Grundlage von HWS-Dysfunktion, Zervikozepale Dysfunktion
- M95.3 Erworbene Deformität des Halses
- M99.0, Biomechanische Funktionsstörungen, Kopfbereich, Okzipitozervikal
- M99.1, Biomechanische Funktionsstörungen, Zervikalbereich, Zervikothorakal Subluxation (der Wirbelsäule)

Interdisziplinär

- G31.81 Mitochondriale Zytopathie / erworben u.a. durch Kopfgelenke-Instabilitäts-Syndrom
- G40.8 Sonstige Epilepsien
- G43.0 Migräne ohne Aura
- G43.1 Migräne mit Aura
- G44.0 Clusterkopfschmerz
- G44.2, Kopfschmerzen vom Spannungstyp / Spannungskopfschmerz
- G45.0, Art. Vertebralissyndrom
- G46.3 Vertebrobasiläre Durchblutungsstörungen
- G47.0 Parasomnie, Ein- und Durchschlafstörungen
- G50.0 Trigeminusneuralgie
- G50.1 Atypischer Gesichtsschmerz
- G50.8 Sonstige Krankheiten des N. Trigemini
- G52. Krankheiten des N. Vagus [X]
- G52.3 Krankheiten des N. hypoglossus [XII]
- G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom
- G99.2 Myelopathie bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- F32.1 Depressive Episode, mittelgradig
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- H53.1 subjektive Sehstörungen
- H81.0 Morbus Menière
- H81.1 benigner paroxysmaler Schwindel

- H81.9 Zervikogener Schwindel
- E87.2, Nitrosativer Stress durch Nervenreizung, Zervikalsyndrom
- H93.1 Tinnitus
- I 60.5, Subarachnoidalblutung, von der Arteria Vertebralis ausgehend
- R55 Synkope und Kollaps vasovagal / cerebrovaskulär
- R09.2 Apnoe
- R11 Nausea
- R42 Schwindel und Taumel
- IM17:2.3.1.4 Herzrhythmusstörung
- K51,0 Colitis ulcerosa, (chronisch) durch inflammatorische und neurologische Dysfunktion,

Diese Liste ist sicherlich noch unvollständig und unterliegt einer stetigen Bearbeitung.

Dr. Georg Risse

Münster, den 31.07.2013“

**„Verstehen“ der „Krankheit“ von:
„Zahnstellungsanomalie“ und „Fehlen von Zähnen“ und ihre Folgen als Krankheiten**

Die Vielfalt der „Anomalien der Zahnstellung“ kann eine „unendliche“ Vielfalt von Formen dysfunktioneller Vorkontakte in der Okklusion - im „Schlussbiss“ bewirken. Die schrägen Flächen der Zahnhöcker bewirken bei einem dysfunktionellen Vorkontakt eines Zahnes ein schräges Abgleiten des Unterkiefers in eine dysfunktionelle Position mit dysfunktioneller Verlagerung des Unterkiefers.

Gleiches gilt für das „Fehlen von Zähnen“, da die Statik des jeweiligen Zahnbogens mit gegenseitiger Abstützung der „Zahnbogenelemente“ fehlt. Fehlt z. B. im Unterkiefer der erste rechte Molar, so bricht die gesamte vertikale Statik der rechten Seite ein, die benachbarten Zähne kippen in die Zahnücke, sodass daraus die vertikale Bisshöhe rechts einbricht. Mit fehlender Statik der Bisshöhe wird der Unterkiefer im Schlussbiss nach rechts dorsal zwangsverlagert.

Gleichzeitig wird hierbei natürlich mit der Verlagerung des Unterkiefers auch der Kondylus rechts im Schlussbiss nach dorsal zwangsverlagert. Mit der Zwangsverlagerung des Kondylus nach dorsal wird der zwischengelagerte Discus articularis verlagert. Hierbei werden die Blutgefäße im dorsalen Bereich des Kondylus, welche über die Fissura petrotympanica den vorderen Bereich des Innenohrs versorgen, komprimiert – mit den verschiedensten Folgen / Krankheiten in der Fachdisziplin der HNO. Auch wird durch die Kompression der Blutgefäße der Kondylus selbst schlecht versorgt, sodass hieraus entsprechende „Krankheiten“ der Arthrosen des Kondylus zu erklären sind.

Und dann „gibt es da“ noch die Phase des Wachstums.

Das obige Buch von G. Risse: *Interdisziplinäre Zahnmedizin und -Kieferorthopädie* enthält zum besseren Verständnis ergänzende Erläuterungen und Darstellungen der verschiedensten Funktionszusammenhänge des Funktionsgefüges des sog. Craniomandibulären Systems bzw. des anterioren CranioCervicalen Systems, aCCS / des Orofazialen Systems mit Integration u. a. des Zungenbeins als Funktionseinheit mit seinen internen wie fächerübergreifenden Vernetzungen. Auch werden Funktionsmuster der Biofunktionalität zur klinischen Umsetzung dargestellt. Das Buch liegt relevanten Institutionen vor.

Der obige Artikel: Das Zahnheilkundegesetz 1952: „Anomalien der Zahnstellung“ und „das Fehlen von Zähnen als Krankheit –bzw.: als Ursache interdisziplinärer Erkrankungen - wurde am 28.09.2023 veröffentlicht.