

Die traditionelle (bzw. konventionelle) KFO glaubt immer noch, dass es ohne grundlegende Kenntnisse in der Okklusion so weitergeht → das war und ist ein großer Irrtum!

Eine entsprechende Antwort finden Sie in den Konzepten von Prof. Slavicek R. und Prof. Sato S. im „VieSID“

Zu Punkt 1:

Alle Beteiligte ziehen gemeinsam an EINEM Strang → wirtschaftlich u. fachlich – das gilt es noch im Detail (via Profis) genau zu evaluieren und gemeinsam zu definieren.

Mein Ansinnen dafür ist

- a) selbst nicht mehr dauernd anwesend und allein verantwortlich zu sein für den operativen und administrativen Ablauf einer ZMK/KFO-Gemeinschaftspraxis!!
- b) **mein Wissen/Erfahrung in den nächsten Jahren weiterzugeben** und mich dann step-by-step herauszunehmen und meinen Anteil jemand anderem zu übergeben etc. – die Inhalte dafür sind hauptsächlich in den Konzepten meiner langjährigen Lehrer R. Slavicek, S. Kulmer und S. Sato etc. (siehe VieSID-Kurse) verankert und können dort erlernt und zertifiziert werden.
- c) diese VieSID Inhalte könnten so theoretisch und vor allem praktisch (on chair) schneller und effizienter erlernt und beim Patienten umgesetzt werden, was ich mit Dr. Nigg M. (Do) schon seit 3 Jahren erfolgreich praktiziere → via Kursen (siehe meine www.drmangold.at) und gemeinsamen Praxistagen und seinen gleichzeitigen VieSID- KFO-Lehrgängen bez. seiner Zertifizierung und späteren Masterthesen!!

Zu Punkt 2:

Es kann also jeder an dieser privaten Lehrpraxis theoretisch und praktisch teilnehmen und so diese genialen Konzepte meiner oben angeführten Lehrer tatsächlich auf ihre Tauglichkeit an den eigenen PatientInnen überprüfen, ähnlich wie ich es schon seit längerem mit Dr. Nigg M. mache.

Es kommt damit zu einer Win-Win Situation aller Beteiligten – fachlich und wirtschaftlich vor allem aber profitieren wir selbst und unsere PatientInnen am meisten davon, von denen wir ja letztlich am meisten lernen!

Zu Punkt 3:

Diese Idee, die oben genannten Inhalte fachlich und ökonomisch neu zu definieren und interdisziplinär umzusetzen, ist unglaublich interessant und hat Potential in alle Richtungen → dafür brauchen wir neugierige, aber auch mutige KollegInnen!

Ich würde mich sehr freuen, einige mutige KollegInnen diesbezüglich anzusprechen und ins Gespräch zu kommen. Ich verspreche Ihnen, dass wir beim genauen Hinschauen in allen Belangen, eine völlig neue ZMK/KFO kreieren werden und wir selbst und unsere Patienten endlich die ZMK/KFO bekommen, die tatsächlich möglich ist und ihnen auch zusteht.

Die Beteiligten sollen so eine Vision bzw. neue Perspektiven in ihrem Fachgebiet sehen

→siehe in mein Abstrakt über einige der vorgegebenen Inhalte auf www.drmangold.at

Weitere Literatur zum tieferen Verständnis der interdisziplinären Zusammenhänge des stomatognathen Systems mit dem Rest des Körpers im „Lehrbuch der APPLIED KINESIOLOGIE (AK)“ von Dr. GERZ Wolfgang – DIPLOMATE-ICAK → 1996 AKSE-Verlag Wolfgang Gerz

Ich habe damals seine Kurse (vor ca. 30 Jahren) in Zusammenarbeit mit Dr. Burtscher E. etc. mitgemacht und habe so einen ersten Einblick in diese Thematik theoretisch und praktisch bekommen.

Aus heutiger Sicht weiss ich, dass es ihm ähnlich wie damals bei Gelb (den auch ich als KFO-ler in Köln besuchte) jetzt auch bei den Konzepten von Prof. Slavicek R. und Prof. Sato S. (Okklusion und deren Umsetzung via MEAW-Technik von Prof. S. Sato) wie Schuppen vor seinen Augen fallen wird, was nun die Umsetzung der Fehlbisslage anbelangt, da mit diesem Konzept die einzelnen Zähne einzeln 3-dimensional orthodontisch umgestellt (rekonstruiert) und im Kontext zum Rest des Körpers optimiert und somit dauerhaft okklusal ausgerichtet werden können.

Es geht hier also nicht nur um transversale und sagitale Zahnverschiebungen - wie in der konventionellen KFO - sondern vor allem um **vertikale Zahnnumstellungen**, die Gerz neben der oralorthopädischen Bissoptimierung nach Gelb und deren Kontrolle durch den Meersseman-Test, damals schon vertikal angedacht und in seinem Buch neben anderen wesentlichen Aspekten beschrieben hat.

Damit besteht jetzt die Möglichkeit, nach erfolgreicher Schienentherapie, auch die Gesamtbisslage, also alle 28 Zähne neu in diese umzustellen und somit nicht nur das CMS, sondern auch den Rest des Körpers in diese Optimierung mit einzubeziehen. → **eine unglaubliche, geniale Idee, die da den Konzepten von Prof. Slavicek R. und Prof. Sato S. zugrunde liegt, aber eben doch sehr komplex!!**

Dieses „NEUE VERSTÄNDNIS der OKKLUSALEN REKONSTRUKTION nach Prof.Sato“ ist so in der traditionellen KFO leider noch nicht angekommen und wird auch länger nicht der Fall sein, da damit nicht nur das CMS (stomatognathe System) abgeklärt und verstanden werden muss, sondern auch die Zusammenhänge vom Kopf bis zu den Füßen!!

Nun zum Buch „INTERDISZIPLINÄRE FUNKTIONSTHERAPIE - Kiefergelenk und Wirbelsäule“ von Jürgen Daprich → 2. aktualisierte Auflage im Deutschen Zahnärzte Verlag

Auch in diesem Buch wird die Kontrolle der oralorthopädischen Bissoptimierung via Meersseman-Test erwähnt und beschrieben mit entsprechender Differenzierung der Beinlängen-Differenz.

Im Kapitel 6.2 schreibt er über die **zentrische Kondylenposition** → beim Zubeißen bestimmt die Okklusion die 3-dimensionale Position der Kiefergelenke und damit die des Unterkiefers. Die zentrische Kondylenposition befindet sich im anteriorem Gelenkraum, was bei der CL III eher der Fall ist als im Distalbiss der CL II!

Der physiologische Gelenkraum der Kiefergelenke beträgt ca. 0.7-0.8 mm kranial und dorsokranial sowie transversal 06 - 07 mm (Christiansen). Wenn der unterschritten wird, kommt es zu einer dreidimensionalen Kompression der Kiefergelenke.

Bemerkenswert auch seine nächste Feststellung → um auf Dauer eine stabile Kondylenposition zu erhalten genügt es aber nicht, nur das cranio-mandibuläre System (CMS) zu behandeln, sondern auch das neuromuskuloskelettale System (NMS) und den Rest des Körpers → dann erst ändert sich die Kondylenposition nicht mehr und ist nahezu ideal, um entweder im natürlichen Gebiss oder bei einer prothetischen Rekonstruktion mit funktionellen Kauflächen eine nachhaltige, störungsfreie Okklusion zu erreichen.