

Spange für den richtigen Biss

In Deutschland ist etwas mehr als die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen zeitweilig in kieferorthopädischer Behandlung. Prof. Dr. Benedict Wilmes ist Oberarzt an der Kieferorthopädie der Düsseldorfer Uniklinik und erklärt, was rund um das Thema Zahnspace wichtig zu wissen ist.



Libelle: In welchem Alter beginnt die kieferorthopädische Behandlung?

Prof. Dr. Benedict Wilmes: Das klassische Alter ist mit zehn Jahren. Ich rate aber, das Kind schon einmal mit sechs Jahren bei einem Kieferorthopäden vorzustellen. Es gibt nämlich Kieferfehlstellungen, bei denen es sinnvoll ist, eine Frühbehandlung zu beginnen. Dann kann man die Wachstumsphase des Kiefers noch gut ausnutzen. Ist das Wachstum irgendwann abgeschlossen, wird die Behandlung sehr viel schwieriger.

Manche Eltern halten schiefe Zähne für einen reinen Schönheitsfehler ...

Eine nicht behandelte Kieferfehlstellung birgt das Risiko, Probleme mit dem Kiefergelenk und der Kaumusculatur zu bekommen, zum Beispiel Schmerzen oder Einschränkungen bei der Mundöffnung. Das muss zwar nicht unbedingt passieren, kann aber. Dabei ist das Risiko besonders hoch, wenn weitere Co-Faktoren wie zum Beispiel Stress hinzukommen. Schief stehende Zähne werden beim Kauen asymmetrisch belastet, was sich bis in den Kieferknochen auswirkt. Durch den darauffolgenden Knochenabbau kommt es dann zu Schäden des Zahnhalteapparates: Parodontitis mit Zahnlockerung und Zahnverlust. Dass eine kieferorthopädische Behandlung zu einer schönen Zahnreihe führt, ist sozusagen nur das Bonbon obendrauf. Das Hauptziel ist die Kiefer- und Zahngesundheit.

Wie häufig sind Fehlstellungen durchs

Daumenlutschen oder Schnullern?

Die meisten Fehlstellungen sind angeboren. Aber trotzdem sehen wir auch viele Kinder, die durchs Daumenlutschen oder eine Fehlhaltung der Zunge beim Schlucken einen Fehlbiss bekommen haben. Ich rate daher, ab dem zweiten Geburtstag das Daumenlutschen und den Schnuller

abzugewöhnen.

Welche Arten von Zahnspangen gibt es?

Nach wie vor arbeiten wir mit herausnehmbaren Apparaturen und den festsitzenden Brackets, die es übrigens auch in unauffälliger Zahnfarbe gibt. Meist stehen mehrere Möglichkeiten zur Wahl. Bei Patienten, die mit der herausnehmbaren Zahnspange nicht gut mitarbeiten, bietet sich der Umstieg auf eine feste Spange an. Noch relativ neu ist die sogenannte Lingualtechnik, bei der die nötige Kraft, um die Zahnstellung zu verändern, hinten an den Zähnen aufgebracht wird. Grundsätzlich empfehlenswert ist nach Abschluss der eigentlichen Behandlung der Klebe-Retainer. Das ist ein Draht, der unsichtbar von innen angebracht von Eckzahn zu Eckzahn führt und verhindert, dass sich das gute Ergebnis der Behandlung über die Jahre wieder zurückschiebt.

Wie funktionieren Zahnspangen?

Durch die Zahnspange wird eine Kraft auf die Zähne appliziert, die die Knochenzellen im Kiefer anregt, sich auf der einen Seite ab- und auf der anderen aufzubauen. So können Zähne mit einer maximalen Geschwindigkeit von einem Millimeter pro Monat durch den Kiefer bewegt werden.

Gibt es auch andere Therapieansätze?

Bei den herausnehmbaren Zahnspangen arbeiten wir oft auch mit sogenannten funktionskieferorthopädischen Geräten. Spangen wie zum Beispiel der Aktivator und Bionator nutzen die kör-

pereigenen Kräfte der Kaumusculatur, um die Kiefer in die optimale Position zu bringen. In speziellen Fällen, wenn zum Beispiel die Zunge beim Schlucken immer nach vorn statt nach oben an den Gaumen drückt, arbeiten wir in Kooperation mit einem Logopäden in einer sogenannten myofunktionellen Therapie daran, diese Gewohnheit durch Übungen zu verändern.

Wie lange dauert die Behandlung?

Bei kleineren Zahnfehlstellungen kann die Behandlung schon nach sechs Monaten beendet sein. Bei Kindern dauert die Behandlung in der Regel zwei bis drei Jahre, dabei haben sie alle vier bis sechs Wochen einen Kontrolltermin beim Kieferorthopäden.

Können Sie etwas zu den Kosten sagen?

Weil nicht jede kieferorthopädische Behandlung von den Krankenkassen übernommen wird, kommen auf einige Familien Kosten von drei- bis sechstausend Euro zu. Entscheidend ist die Einstufung nach dem KIG-System, den kieferorthopädischen Indikationsgruppen, die seit 2004 gelten. Gruppe 1 und 2 müssen selbst gezahlt werden, ab Gruppe 3 werden die Kosten übernommen. Das heißt aber nicht, dass die Stufen 1 und 2 medizinisch nicht sinnvoll wären. Und auch wenn die Kosten übernommen werden, zahlt der Patient zunächst 20 Prozent selbst. Nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung erstattet die Krankenkasse diesen Eigenanteil. Besondere Wünsche, wie zum Beispiel zahnfarbene oder innen liegende Brackets, müssen im Rahmen außervertraglicher Leistungen von den Patienten selbst bezahlt werden.
Vielen Dank für Ihre Auskünfte!