



Prof. Dr. Andreas Jäger

Warum eigentlich KFO?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ein strahlendes Lachen mit gesunden Zähnen symbolisiert in vielen Gesellschaften einen attraktiven aber auch einen erfolgreichen Menschen. In diesem Kontext gilt das Fach „Kieferorthopädie“ mehr als jede andere Teildisziplin in der Zahnmedizin als diejenige, welche bei Kindern und Jugendlichen, aber genauso auch bei Erwachsenen, einen entscheidenden Beitrag leisten kann, um dieses Ziel zu erreichen. Diese Tatsache hat aber in der jüngeren Vergangenheit auch dazu geführt, dass das gesamte Fach in der öffentlichen Wahrnehmung teilweise auf eine Diskussion über „unsichtbare Spangen“ reduziert wurde.

An dieser Stelle muss erinnert werden an den Grundgedanken des Faches als eine prophylaxeorientierte Disziplin, welche durch Therapiemaßnahmen im Verlaufe der Gebissentwicklung die Voraussetzungen für ein langfristig gesundes und funktionsfähiges Kausystem schaffen soll. In diesem Sinne wurde das „gerade Gebiss“ über viele Jahre automatisch gleichgesetzt mit einem „gesunden Gebiss“. Im Unterschied zur Vergangenheit allerdings, in der die Medizin/Zahnmedizin primär geprägt war durch „Lehrmeinungen“ und „Behandlungsphilosophien“, wird von einer aufgeklärten Öffentlichkeit heute in zunehmendem Maße die Forderung erhoben, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch die Ergebnisse empirischer biomedizinischer Forschung bestätigt werden. Im Rahmen derartiger Untersuchungen wurde in der jüngeren Vergangenheit offensichtlich, dass – wie in fast allen Bereichen der Medizin –, nicht jede Abweichung von einer morphologischen Norm automatisch und sofort mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung verbunden ist. Hier scheint insbesondere die große Anpassungsfähigkeit des menschlichen Organismus eine große Rolle zu spielen, die wiederum bei Kindern und Jugendlichen besonders effektiv funktioniert. Bei den Bemühungen des Faches um „objektive Erkenntnisse“ mehren sich jedoch Hinweise, dass verschiedene Fehlstellungen Folgen für die Mundgesundheit aufweisen. Nachteilig betroffen sein können hier beispielsweise die Fähigkeit der Patienten zum Abbeißen und bei der Nahrungszerkleinerung, das Risiko zum Erleiden eines Schneidezahntraumas, sowie die Schädigung des Parodontiums durch eine „traumatische Okklusion“. Bezüglich „funktioneller Störungen“ zeigen z.B. Kinder mit einer vergrößerten Schneidezahnstufe gehäuft Probleme im Sinne

einer obstruktiven Schlafkrankung („OSAS“), ggf. kombiniert mit Symptomen wie Schnarchen, unruhigem Schlaf, Müdigkeit am Tag und „Hyperaktivität“. Ein aktuell kontrovers diskutiertes Thema betrifft den Zusammenhang zwischen Abweichungen in der Okklusion und dem Auftreten von funktionellen Störungen im Kausystem oder darüber hinaus im Sinne einer „Craniomandibuläre Dysfunktion“. Hier konnten viele morphologische Abweichungen, von denen man lange Zeit glaubte, dass sie eine wichtige ursächliche Bedeutung hätten, in den aktuell vorliegenden empirischen Untersuchungen nicht bestätigt werden. Entsprechend der oben bereits erwähnten individuell unterschiedlich ausgeprägten Anpassungsfähigkeit, kommt bei diesen komplexen Erkrankungen daher der individuellen Beurteilung der Ausgangssituation und der teilweise diversen Risikoparameter jedes einzelnen Patienten eine ganz besondere Rolle zu. Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass Abweichungen die bei Kindern und Jugendlichen gut kompensiert wurden, im Erwachsenenalter im Einzelfall zu funktionellen/gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. In der jüngeren Vergangenheit zeigten Studien auch einen Einfluss von Gebiss- und Gesichtsfehlbildungen sowohl auf allgemeine, als auch mundgesundheitsbezogene Aspekte der Lebensqualität. Es ergaben sich zudem Auswirkungen auf praktische, psychologische und soziale Aspekte der Lebensqualität. Besonders deutlich wird dieser Aspekt bei Patienten mit ausgeprägten kombinierten Gebiss- und Gesichtsfehlbildungen, welche sich als angeborene Erkrankungen oder als Folge von Traumata entwickeln können. Als Beispiel seien hier die Patienten mit angeborenen Gesichtsspalten genannt.

Zusammenfassend wird hoffentlich deutlich, dass die moderne Kieferorthopädie nach individueller differenzierter Diagnostik, Risikoabschätzung und Indikationsstellung gestern wie heute unabdingbarer Bestandteil einer „ganzheitlichen“ Zahnmedizin ist. DZZ

Prof. Dr. med. dent. Andreas Jäger, Bonn