

# Timing in der Kieferorthopädie

## Ein Statement



Foto: Rainer Sturm / pixelio.de

Seit Jahrzehnten wird Kieferorthopädie ohne Altersgrenzen angeboten, was sich auch auf internationalem Kongressparkett in den Vorträgen sowie in den internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften widerspiegelt. Dies bedeutet aber keinesfalls, dass der Patient bzw. seine Eltern sich den Zeitpunkt zur kieferorthopädischen Therapie wirklich aussuchen können. Ganz im Gegenteil: Es ist die fachzahnärztliche Kunst, ein individuelles optimales Timing zu planen und anzubieten, was in angemessener Zeit effizient stabile Behandlungsergebnisse erzielt.

Übergeordnet gelten bei der Wahl des richtigen Zeitpunktes für die Einleitung kieferorthopädischer Maßnahmen grundsätzliche Richtlinien, die trotz ihrer Verfügbarkeit in den Medien und auf den entsprechenden Homepages an dieser Stelle bzgl. ihrer Gültigkeit reflektiert werden sollen. Geleitet werden diese von den Anforderungen:

- Effizienz,
- angemessener Zeitraum sowie
- Vermeidung von Folgeschäden.

Für die Wahl des richtigen Behandlungszeitpunktes ist das Lebensalter von untergeordneter Bedeutung. Entscheidend sind das Zahn- und Knochenalter, das Ausmaß der Zahn- und Kieferfehlstellung sowie eine mögliche Progredienz. Daher sollten extreme Dysgnathien mit deutlicher Tendenz zur Aggravation und erkennbarer Wachstumsbeeinträchtigung durch präventive oder frühe apparative Maßnahmen therapiert werden (im Milch- und frühen Wechselgebiss). Der optimale Zeitpunkt für moderate Zahn- und Kieferfehlstellungen ergibt sich individuell aus der Bestimmung des Zahn- und Knochenalters, beides resultiert dann meistens in der Normalbehandlung im sogenannten späten Wechselgebiss und/oder frühen bleibenden Gebiss zwischen dem zehnten und 14. Lebensjahr.

### Behandlung im Kindesalter

Grundsätzlich werden verschiedene Zeiträume unterschieden. Frühestmöglicher Beginn ist die Behandlung im Säuglingsalter bei Kleinkindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und Syndromen (Robin-

Syndrom und Down-Syndrom). Es folgt die Frühbehandlung im Milchgebiss für Anomalien des progenen Formenkreises, Kreuzbisse, extreme Angle Klasse II/1 sowie extrem offene Bisse und traumatisch bedingte Kieferanomalien. In der ersten Phase des Zahnwechsels, (frühes Wechselgebiss), also ab dem sechsten Lebensjahr ist neben den oben genannten Zahn- und Kieferfehlstellungen, zudem der primäre Engstand oder das Missverhältnis zwischen Zahn- und Kiefergröße im Hinblick auf entlastende Maßnahmen (z. B. Serien- und Reihenextraktion nach Hotz) zu überprüfen. Auch dem sekundären Engstand im Sinne eines frühen sagittalen Platzmangels oder gar -verlustes sollte bei Bedarf apparativ durch Lückenöffnung, z. B. für die Prämolaren, entgegengewirkt werden. In der zweiten Phase des Zahnwechsels, der klassischen kieferorthopädischen Therapiezeit, ist sowohl die Ausnutzung des Wachstums, als auch die Steuerung des Zahndurchbruchs möglich und die Umformbereitschaft des parodontalen Gewebes optimal. Im frühen bleibenden Gebiss werden dreidimensionale Zahnfehlstellungen therapiert und ggf. späte Versuche einer Wachstumsbeeinflussung angeboten.

### Behandlung bei Erwachsenen

Die kieferorthopädische Erwachsenenbehandlung, per definitionem ab dem 18. Lebensjahr, hat zwei wesentliche Aspekte. Dies ist zum einen die kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie bei sehr ausgeprägten Zahn- und Kieferfehlstellungen, die nicht ausschließlich durch kieferorthopädische

Maßnahmen regulierbar sind. Zum zweiten sind es orthodontische Maßnahmen, die der Optimierung der Kaufunktion, der Hygienefähigkeit sowie der Vermeidung parodontalen Abbaus (Rezessionen) dienen und auch ästhetische Aspekte beinhalten. Die kieferorthopädische Behandlung ohne Altersgrenzen wird abgerundet durch die Möglichkeit präprothetischer und präimplantologischer sowie postparodontaltherapeutischer Maßnahmen.

## Fazit

Zusammengefasst basiert das optimale Timing für kieferorthopädische Behandlungen in jedem Lebensalter auf einer morphologischen und funktionellen Risikoanalyse, insbesondere unter Berücksichtigung dynamischer Faktoren wie Zahnwechsel, Kiefer- und Gesichtsschädelwachstum sowie parodontaler Faktoren; nicht zu vergessen die Thematik der kranio-mandibulären Dysfunktion.



**Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke**

Poliklinik für Kieferorthopädie  
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kiefer-  
heilkunde, Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
E-Mail: kahl-nieke@uke.de

