

Informationen zur kieferorthopädischen Therapie

1. Behandlungszeitpunkt

Abgesehen von speziellen Missbildungen (z.B. LKG) und Syndromen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen bereits kurz nach der Geburt eingeleitet werden, kann eine kieferorthopädische Beratung ca. ab dem 4. Lebensjahr indiziert sein. Ab diesem Zeitpunkt sollte u.E. ein korrekter Mundschluss angebahnt werden sowie ggf. eine Lutschentwöhnung stattfinden.

Bei ausgeprägten Progenien (Unterkiefer steht im Vergleich zum Oberkiefer zu weit vor) und Kreuzbissen kann eine Frühbehandlung erforderlich sein, um den Oberkiefer nach zu entwickeln bzw. den Unterkiefer zu „bremsen“. So kann dem Patienten eine spätere Dysgnathieoperation ggf. erspart bleiben.

Große Frontzahnstufen sollten insbesondere zur Frakturprophylaxe der oberen Schneidezähne frühzeitig verringert werden. Auch aus psychologischen Gründen kann eine Frühbehandlung indiziert sein (z.B. bei „Hasenzähnen“).

Bei myofunktionellen Störungen (Zungendysfunktion, Mundatmung, Lispeln, Lippensaugen etc.) kommt es häufig zu Zahnfehlstellungen (offene Bisse, Kreuzbisse, Schmalkiefer) vermehrten Erkältungen und Hypertrophien der lymphatischen Gewebe. Daher ist es sinnvoll, eine korrekte Muskelfunktion frühzeitig mittels myofunktioneller Therapie ggf. in Kombination mit kieferorthopädischen Geräten anzubahnen.

Zudem kann das lymphatische Gewebe im Kopf-Hals-Bereich durch spezielle Lymphdrainagen entlastet werden, wodurch eine Verbesserung insbesondere der Atempassage sowie der Belüftung der Ohren und der Nasennebenhöhlen (soweit diese bereits ausgebildet sind) resultiert. Lymphdrainagen und Myofunktionelle Therapien dürfen im Gegensatz zu Sprachtherapien von Kieferorthopäden im Kammerbereich Westfalen-Lippe nur privat verordnet werden.

Im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit sehen wir darüber hinaus ausgeprägte Zusammenhänge mit dem orthopädischen Fachbereich. So lassen sich bei Kindern mit Skoliosen häufig auch Gesichtsasymmetrien z.B. durch Verschiebungen des Unterkiefers oder Kippungen der Oberkieferebene feststellen, bei Kiss-Patienten oft frontale oder laterale Zwangsbisse oder Kreuzbisse. Bei haltungsschwachen Patienten mit anteriorer Kopfhaltung sehen wir vermehrt Rücklagen des Unterkiefers, bei „starrten“, extrem aufrechten Patienten, (die auch gehäuft zu Kopfschmerzen neigen), eher Progenien. Hier ist es oftmals sinnvoll, orthopädische bzw. physiotherapeutische und kieferorthopädische Behandlungen aufeinander abzustimmen und ggf. gleichzeitig bzw. ergänzend durchzuführen. Für kieferorthopädische Behandlungen ist oftmals noch kondyläres Wachstum erforderlich. Daher sollte – abgesehen von o.g. Indikationen zur Frühbehandlung - eine Vorstellung der Kinder beim Kieferorthopäden in aller Regel

spätestens mit 10 Jahren erfolgen. Dies entspricht auch den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen.

2. Behandlungskosten

Eine kieferorthopädische Beratung wird bislang noch in jedem Lebensalter vollständig von den Krankenkassen getragen.

Für die Leistungsübernahme kieferorthopädischer Behandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen gibt es die so genannte KIG (Einteilung nach kieferorthopädischer Indikationsgruppe). Mittlerweile werden ca. 1/3 aller Behandlungen ausgegrenzt, d.h. von den Krankenkassen nicht mehr übernommen, auch dann nicht, wenn massive funktionelle Probleme bestehen. Nachdem man 2004 die kieferorthopädische Leistungsvergütung um ca. 30% gekürzt hat, wurde eine Positivliste von Behandlungsmitteln festgelegt, die bei Weitem nicht dem heutigen Stand der Kieferorthopädie entsprechen.

Funktionsdiagnostische Leistungen sind generell nicht im Katalog der gesetzlichen Krankenversicherungen enthalten.

Behandlungsmethoden wie Lymphdrainagen im Kopf-Hals-Bereich, homöopathische Begleittherapien, Magnetfeldtherapie o.ä. sind ebenfalls privat zu tragen.

Für eine gute kieferorthopädische Behandlung müssen Patienten daher in aller Regel mit privaten Zuzahlungen rechnen. Mittlerweile gibt es Zusatzversicherungen die diese Lücken schließen wollen.

3. Behandler

Grundsätzlich darf jeder Zahnarzt - auch ohne spezielle Weiterbildung - kieferorthopädisch behandeln.

Mittlerweile gibt es verschiedene, für Patienten verwirrende Berufsbezeichnungen:

Kieferorthopäde oder Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Entsprechend der Facharztausbildung für Ärzte hat ein Kieferorthopäde nach dem Zahnmedizinstudium in der Regel eine 3- bis 4-jährige Weiterbildung in einer kieferorthopädischen Fachpraxis sowie in der kieferorthopädischen Abteilung an einer Universität absolviert. Nach Ablegen einer universitären Fachzahnarztprüfung ist er allein dazu berechtigt, die Bezeichnung „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“ bzw. „Kieferorthopäde“ zu führen.

Master of Science Kieferorthopädie

So darf sich ein Zahnarzt nennen, der über 2 Jahre berufsbegleitend in Wochenendkursen dieses Zertifikat erworben hat.

Zahnarzt mit Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie

Ein Zahnarzt darf den Tätigkeitsschwerpunkt nach eigenem Ermessen und ohne weitere Fähigkeitsprüfung auf sein Schild schreiben.

Diplomkieferorthopäde

Diplomkieferorthopäden gibt es nicht. Gelegentlich werden Fortbildungsdiplome auf Wochenendkurse vergeben, die evtl. eine Fachausbildung suggerieren.