

Gemeinsame Pressekonferenz der DGK Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde, der Universität Mainz (Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie) und der Aktion zahnfreundlich e.V. am 07. Oktober 2004 in Mainz

Auszug aus dem Autoreferate-Band zur 11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde gemeinsam mit der Aktion zahnfreundlich e. V., Wissenschaftliches Programm, 2. Hauptthema: System-/Allgemeinerkrankungen und Mundgesundheit bei Kindern

Kieferorthopädische Frühbehandlung

Als kieferorthopädische Frühbehandlung werden Maßnahmen im Milch und frühen Wechselgebiss bezeichnet, die dazu dienen, Fehlfunktionen und Wachstumsbeeinträchtigungen auszuschalten. Behandlungsbedürftig sind alle Formen der Zwangs- und/oder Kreuzbisse, die große sagittale Stufe, schwere Anomalien in der Vertikalen, Syndrome und traumatisch bedingte Kieferanomalien. Die Bandbreite der Maßnahmen reicht von der Lutschentwöhnung über das Einschleifen von Zähnen bis hin zu umfangreichen kieferorthopädischen Behandlungen mit herausnehmbaren und festsitzenden Geräten.

Bei Kindern mit Allgemeinerkrankungen gelten im Prinzip die gleichen Indikationen zur Frühbehandlung, jedoch ist hier besonders die Aufmerksamkeit auf eventuell unzureichende Kooperationsfähigkeit, unzureichende Mundhygienefähigkeit, Belastung durch andere Therapien und/oder schlechte Reaktion bei ungünstiger Wachstumsrichtung oder -intensität zu richten. Beispielhaft werden die Problematiken der kieferorthopädischen Frühbehandlung bei Kindern mit verschiedenen Erkrankungen (z. B. Down-Syndrom, Cerebralparese, Chondrodysplasie, verschiedene Grade der geistigen Behinderung, Tumorerkrankung) aufgezeigt. Das Einbetten der kieferorthopädischen Behandlung in die gesamte Lebenssituation des Patienten erfordert Zeit und Geduld; interdisziplinäre Absprachen (z. B. mit Logopädie und Physiotherapie) sind notwendig, um einen Synergie-Effekt der verschiedenen Therapien zu erreichen.

Materialneuerungen und -verbesserungen erweitern die Behandlungsmöglichkeiten bei den wenig kooperativen Patienten; z.B. wird durch Verwenden von selbst ätzendem Primer beim Kleben festsitzender Geräte die Stuhlzeit reduziert und die Absauggeräusche deutlich vermindert. Zudem ist bei Hypersalivation die absolute Trockenlegung des Klebeareals nicht mehr notwendig.

Prof. Dr. Dr. H. Wehrbein

Dr. S. Wriedt

Poliklinik für Kieferorthopädie

Universitätsklinikum der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Alle Rechte wie Nachdruck auch von Abbildungen, Vervielfältigungen jeder Art, Vortrag, Funk, Tonträger- und Fernsehsendungen sowie Speicherungen von Datenverarbeitungsanlagen auch auszugsweise, behält sich die Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin, vor.