



Zahnspange muss nicht (immer) sein!

In Deutschland trägt fast die Hälfte aller Jugendlichen eine Klammer im Mund. Das ist längst nicht in jedem Fall notwendig, sagen mutige Kieferorthopäden

Früher waren sie Exoten, heute sind sie ganz normal: Grundschulkinder mit Zahnspangen. Kaum sind die bleibenden Zähne durchgebrochen, schon werden sie korrigiert. Ein medizinischer Fortschritt? Zweifel sind angebracht.

Nirgends auf der Welt sind so viele Kinder in kieferorthopädischer Behandlung wie in Deutschland. „Hierzulande hat die Hälfte der Kinder eines Jahrgangs eine Zahnspange“, sagt Henning Madsen, Fachzahnarzt für

Kieferorthopädie in Ludwigshafen. „In anderen wohlhabenden Ländern sind es deutlich weniger, in den USA beispielsweise 30 Prozent, in Großbritannien nur zwölf bis 18 Prozent.“

Deutsche Ärzte haben es auch besonders eilig: „Die Behandlung beginnt in Deutschland oft schon im Grundschulalter, anfangs meist mit herausnehmbaren Zahnspangen, später mit festsitzenden Modellen.“ Das Ganze dauert mindestens vier Jahre, so sehen es die Behandlungsverträge der

Krankenversicherungen vor – wiederum weltweit einzigartig. „Der internationale Goldstandard ist, bei Zahnfehlstellungen zu warten, bis alle bleibenden Zähne vorhanden sind. Das ist etwa ab elf Jahren der Fall. Dann behandelt man ein bis zwei Jahre lang mit einer festsitzenden Zahnspange“, erklärt Madsen. Vor diesem Alter sollten Kinder nur Zahnspangen tragen, wenn es einen klaren Mehrnutzen gebe. Das sei nur bei etwa fünf Prozent der Fälle gegeben. →



Viele kieferorthopädische Behandlungen sind medizinisch nicht notwendig. Sie sollen schiefe Zähne richten. Wer also schön sein will, muss leiden – und eine Klammer tragen

Kinder in anderen Ländern bekommen Zahnspangen meist später als in Deutschland und tragen sie weniger lang. Trotzdem erzielen sie vergleichbare Endergebnisse. Woran liegt das? Madsen vermutet schlicht wirtschaftliche Gründe bei seinen Kollegen. Ein Kieferorthopäde, der zwei Jahre mit einer herausnehmbaren Zahnspange arbeitet und anschließend weitere zwei Jahre mit einer festsitzenden, verdiene deutlich mehr als ein Kollege, der später beginnt und nur mit festsitzender Spange behandelt. Mit anderen Worten: Ineffizienz wird belohnt, auch wenn Kieferorthopäden ihr Vorgehen meist mit medizinischen Argumenten begründen. Die dürfen Eltern durchaus hinterfragen.

Das beginnt schon mit der Feststellung, was eigentlich eine behandlungsbedürftige Zahnfehlstellung ist. Nur fünf Prozent der Bevölkerung haben ein Gebiss, an dem auch deutsche

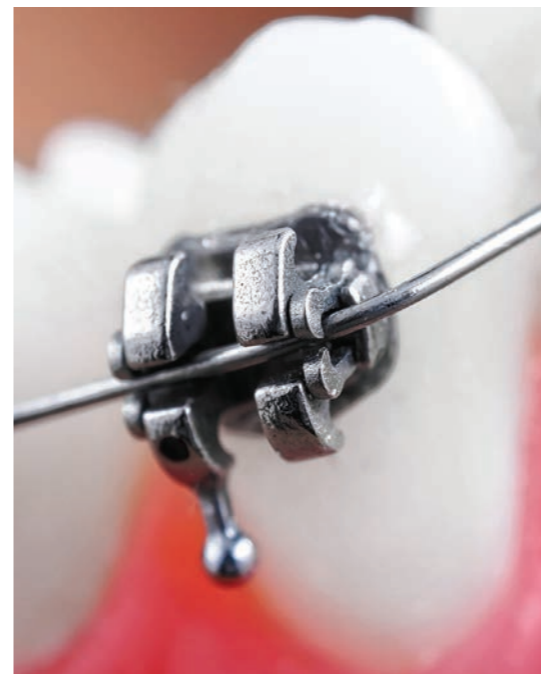
Kieferorthopäden beim besten Willen nichts aussetzen haben. Bei 35 Prozent hingegen muss laut Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) eine Zahnfehlstellung behandelt werden, bei 30 Prozent sei eine Korrektur wünschenswert und bei weiteren 30 Prozent sei sie möglich, aber nicht zwingend notwendig. Somit wären 95 Prozent der Deutschen potenzielle Zahnspangenkunden.

Ob das medizinisch sinnvoll ist? Sicher, sagen die deutschen Kieferorthopäden und führen an, dass Zahnfehlstellungen zu zahlreichen Krankheiten führen könnten, darunter Kau- und Sprechstörungen, Karies, Parodontitis oder Kiefergelenkerkrankungen. „Diese Behauptung führte in den 1970er-Jahren dazu, dass die kieferorthopädische Versorgung bis zum Alter von 18 Jahren von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wurde“, sagt hingegen Alexander Spassov,

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie. „Heute ist das nicht mehr haltbar. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass es keinen Zusammenhang zwischen Zahnfehlstellungen und diesen Erkrankungen gibt.“

Demnach wären die meisten kieferorthopädischen Behandlungen also gar nicht medizinisch bedingt – eine brisante Behauptung, denn dann dürften die Krankenkassen keine Kosten übernehmen. Dass es vielen Patienten tatsächlich vor allem um ein schönes Gebiss geht, zeigt auch eine aktuelle Versorgungsstudie: 90 Prozent der Jugendlichen gaben nach kieferorthopädischer Behandlung an, dass sie zuvor keine medizinischen Probleme hatten.

Wenn es bei Zahnspangen aber vor allem um das Aussehen geht, dann sollten die jungen Patienten auch mitreden können. „Das eigene Aussehen zu verändern ist eine sehr persönliche Entscheidung, die sollte nicht vom



Feste Zahnspangen bestehen aus Brackets, die mit einem Draht verbunden sind

Arzt getroffen werden“, sagt Spassov. Da das Selbstkörperempfinden erst im frühen Jugendalter so weit ausgereift ist, dass man von einem aufgeklärten Patienten ausgehen kann, sei der in Deutschland übliche frühe Behandlungsbeginn auch aus dieser Sicht kritisch. Und dass eine frühe Behandlung Fehlentwicklungen des Kieferskeletts und Funktionsstörungen des Kauapparats vorbeugen könnte, wie andere Kieferorthopäden behaupten, glaubt Spassov nicht: „Das ist nicht wissenschaftlich begründet.“

Von medizinischen Studien halten deutsche Kieferorthopäden wohl ohnehin nicht viel. Als Spassov im vergangenen Jahr die Schieflage zwischen internationalen Studien, deutscher Lehrmeinung und der Kostenübernahme in einem Fachartikel thematisierte, verlor er prompt seine Anstellung an der Poliklinik für Kieferorthopädie an der Universität Greifswald. ➔



MEHR WISSEN

Zum Weiterlesen

Nur wenige deutschsprachige Websites von Kieferorthopäden geben den wissenschaftlichen Stand der internationalen Forschung wieder. Zwei Experten aus diesem Artikel betreiben selbst Internet-Seiten:

- Unter www.die-zahnspange.org informiert Kieferorthopäde Henning Madsen zum Thema Zahnspangen.
- Unter www.wenigeristmehr-zahnspange.wordpress.com veröffentlicht Alexander Spassov seit Kurzem einen eigenen Blog mit wissenschaftlichen Gesundheitsinformationen über Zahnspangen.
- www.kevinobrienorthoblog.com ist zudem ein sehr umfassender Blog von Prof. O'Brien, Universität Manchester (UK), einem der besten wissenschaftlichen Köpfe der Kieferorthopädie. Die Website ist allerdings auf Englisch.

Ansonsten reagieren die deutschen Kieferorthopäden auf Kritik vor allem mit anekdotischen Fallberichten. In einer Stellungnahme zu einem Bericht, der 2013 in der „Welt am Sonntag“ erschienen war und die frühe Behandlung kritisierte, führte der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) aus, dass es „viele Fälle gibt, wo eine leichtere Frühbehandlung eine aufwendige Spätbehandlung vermeiden oder mindestens reduzieren helfen kann“. Belege lieferte der Verband dafür nicht. Und auf einem hochrangigen Treffen deutscher Kieferorthopäden im April 2015 stellte ein Teilnehmer unter großem Applaus die Bedeutung wissenschaftlicher Studien gleich ganz grundsätzlich infrage – dafür sei die Kieferorthopädie schlicht zu individuell.

Spasov hält dem entgegen: „Fallbeispiele können nützlich sein, aber nur dann, wenn keine besseren Kenntnisse aus wissenschaftlichen Studien vorliegen. Diese aber gibt es immer häufiger.“ Und Madsen, der im Netzwerk „Evidenzbasierte Medizin“ aktiv ist, meint: „Kritisches Denken wird in der Zahnmedizin hierzulande kaum gelehrt. Aber wenn man heute als Arzt etwas wissen will, muss man auch eine mathematische Ader haben, muss man Statistik verstehen und Studien einschätzen können.“ Das gilt inzwischen leider auch für Patienten, möchte man hinzufügen. ● THOMAS GÖRBLICH

Was tun? Vier Fragen an Henning Madsen

1

Wann zum Kieferorthopäden?

Wenn Ihnen bei Ihrem Kind eine extreme Fehlstellung auffällt, insbesondere, wenn die Zähne beim Kauen oder Sprechen Schwierigkeiten oder Schmerzen bereiten. Das ist aber selten. Mit leichten Problemen ist es sinnvoll, erst etwa um den neunten Geburtstag erstmals zum Kieferorthopäden zu gehen: Kommt man früher, wird leider oft zu früh mit der Behandlung begonnen.

2

Welche Fragen sollte man stellen?

Lassen Sie sich umfassend aufklären! Was ist das Ziel und der mögliche Nutzen der Behandlung? Was passiert, wenn man nichts macht? Gibt es Behandlungsalternativen? Welche Risiken birgt die geplante Behandlung? (Kleine Schäden an Zähnen, Zahnwurzeln und Kieferknochen sind stets möglich!) Wie lang wird die Behandlung etwa dauern?

3

Wann sollte man skeptisch sein?

Der schlechteste Rat ist: „Je früher, desto besser!“ Besser ist das meist nur für das Bankkonto des Kieferorthopäden. Seien Sie skeptisch, fragen Sie nach, recherchieren Sie selbst, und holen Sie eine zweite oder auch dritte Meinung ein! Ein weiterer Mythos: herausnehmbare Zahnschienen. Die sind weder zahnfreundlicher noch weniger belastend als feste, verlängern aber die Behandlungsdauer. 40 Prozent der Patienten halten gar nicht bis zum Ende durch, und die Ergebnisse sind oft sogar schlecht.

4

Welche Zusatzleistungen sind sinnvoll?

Diagnostische Fotos, die kleine Funktionsuntersuchung vor und nach der Behandlung, festsitzende Retainer zur Stabilisierung der Frontzähne nach der Behandlung. Bei Kindern: Maßnahmen zur Mundhygiene wie etwa Zahnputzinstruktion und Zahnreinigung.