

„Reine Straightwire-Technik kann Entwicklungsstörungen bei Kindern verursachen“

Ein Plädoyer für den frühen Einsatz einer kompetenten kieferorthopädischen Behandlung

Diese und andere Aussagen zur kieferorthopädischen Behandlung von Kindern stammen von der gebürtigen Wienerin Dr. Dr. Alexandra Bodmann MSc (Schongau/Bayern). Die Kollegin mit Praxis in Schongau spricht mit ihren Vorträgen bewusst Kieferorthopäden, Zahnärzte, HNO-Ärzte, aber auch Logopäden und Physiotherapeuten an. Ihr Ziel ist die möglichst frühe und kompetente Behandlung von Kindern. In Vorbereitung ihres Kurses im Rahmen des International Orthodontic Symposium (IOS) Hannover am 24. August 2011 sprach Dr. Doreen Jaeschke mit ihr.

Dr. Doreen Jaeschke: In anderen Ländern wartet man mit kieferorthopädischen Maßnahmen bis zum permanenten Gebiss und verordnet dann Multiband. Warum plädieren Sie für ein frühes Eingreifen?

Dr. Dr. Alexandra Bodmann: Am Beispiel von Italien kann man zeigen, dass das Warten auf den Durchbruch aller permanenten Zähne nicht indiziert ist. In unserer Praxis wird in der Frühbehandlung seit mehr als 15 Jahren funktionskieferorthopädisch das Funktionsgerät nach Bodmann (FGB) eingesetzt. Extraktionsfälle in der kieferorthopädischen Therapie sind so kaum vorhanden; auftretende Störungen oder Ungleichgewichte in der Entwicklung von Zähnen, Kiefer und Gesicht beziehungsweise Schädel können teils durch einfache Maßnahmen ausgeglichen oder gehoben werden.

Jaeschke: Sie setzen bereits bei Dreijährigen an – bei welchen Indikationen?

Bodmann: Die Indikationen stellen sich bei Kreuzbiss beziehungsweise Zwangsbiss, offenem Biss, bei progenem Biss, aber auch im Falle von Habits, Zungenfunktionsstörungen und bei Vorhandensein einer Schluckproblematik. Bei Kindern ab dem dritten Lebensjahr ist das Milchgebiss vollständig entwickelt, und Fehlstellungen und Fehlentwicklungen können daher bereits diagnostiziert und therapiert werden.

Jaeschke: Wann genau sollte der Hauszahnarzt was unternehmen?

Bodmann: Sobald Fehlstellungen/Fehlentwicklungen im Mundraum beziehungsweise Gesichtsbereich erkennbar sind,

muss die Ursache dafür interdisziplinär gesucht und ein Therapieansatz in Erwägung gezogen werden.

Jaeschke: Wie muss man sich die Therapie vorstellen?

Bodmann: Meist reichen myofunktionelle Übungen oder Geräte, um die Situation erheblich zu verbessern oder völlig verschwinden zu lassen, bevor ein Missstand sich zu einer Fehlentwicklung ausweitet. Daher arbeitet unsere Praxis eng mit den ver-

Jaeschke: Welches Problem erwartet Patienten und Therapeuten bei Nichttherapie beziehungsweise spätem Eingreifen?

Bodmann: Ein sehr gutes und bekanntes Beispiel sind offene Bissituationen, skelettal oder muskulär verursacht. Sie sind genau wie progene Zwangsbisse im permanenten Gebiss sehr schwierig zu korrigieren. Eine Frühbehandlung ist daher indiziert, sobald ein Missstand erkennbar ist. Im Umkehrschluss können sich Entwicklungsstörungen, Augen-, Ohren- und Beckenschiefstand durch eine myofunktionelle (abnehmbare) Kieferorthopädie normalisieren und sich wieder regelgerecht weiter entwickeln. Selbst schwere Erkrankungen wie Skoliose, Kopfschmerzen, Dyslexie und Dyspraxie können unter Umständen bei rechtzeitiger Therapie vermieden werden. Dies trifft aber nicht zu, wenn die späte Wechselphase abgewartet wird, um dann mit feststehender Kieferorthopädie die Fehlstände beseitigen zu wollen. Zu diesem Zeitpunkt sind viele Umbauvorgänge und Adaptationsmechanismen des Körpers nicht mehr (voll) abrufbar und Folgeschäden nicht auszuschließen.

Jaeschke: Sie favorisieren einen FGB. Was macht dieses Gerät so effizient?

Bodmann: Diese Apparatur vereint die positiven Eigenschaften mehrerer myofunktioneller Geräte wie Bionator, Stockfisch-Kinetor und Fränkel-Gerät. Das Gerät liegt dabei intermaxillär ohne Halteelemente im Mund und verursacht so keinerlei Irritationen oder Beschwerden. Getragen wird der FGB eine Stunde zu den Hausaufgaben, um maximale funktionelle Belastung zu gewährleisten, und die ganze Nacht. Das funktionelle Muster stellt der Körper dabei selbst um. Der FGB gibt lediglich die Richtung vor, wodurch die geringe Tragedauer erklärbar ist. Auch im Falle von Krankheit und einer dadurch bedingten FGB-Karenz besteht keine Rezidiv-Gefahr, was die Effizienz nochmals unterstreicht.

Jaeschke: Wie sehen Sie die Zukunft der Kieferorthopädie?

Bodmann: Die Frühbehandlung von Kindern wird einen immer größeren Anteil in der Kieferorthopädie einnehmen. Mit einer frühen interdisziplinären Behandlung wird eine ganzheitliche störungsfreie Entwicklung der Kinder angestrebt. Das Potenzial zur Wiederherstellung von Form und Funktion ist bei Kindern zeitlich begrenzt vorhanden, wir müssen nur lernen, es für unsere Patienten zu nutzen. ■



Abb. 1: Ausgangssituation im Milchgebiss



Abb. 2: Situation nach abgeschlossener Behandlung

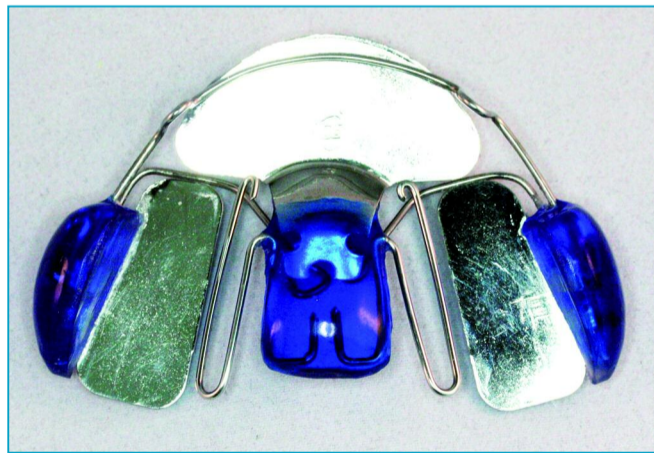


Abb. 3: Funktionsgerät nach Bodmann (FGB) für diesen Patienten

Dr. Dr. Alexandra Bodmann, Jahrgang 1971, erlangte nach dem Studium der Zahnmedizin 1996 ihre Approbation zum Dr. med. univ. und 2000 ihre Approbation zum Dr. med. dent. Zwischen 2002 und 2004 spezialisierte sie sich in Erlangen für die Kinder- und Jugendzahnheilkunde. Von 2006 bis 2008 absolvierte sie ihren MSc Master of Science für interzeptive Kieferorthopädie. Dr. Bodmann arbeitet seit 2000 in ihrer eigenen Praxis in Schongau. Seit 2010 ist sie darüber hinaus Ausbilderin am Zahnärztlichen Fortbildungsinstitut Wien (Österreich) für Kieferortho-



pädie. Schwerpunkt ihrer Vorträge ist die frühe konservative und kieferorthopädische Therapie von Kindern ab drei Jahren.

schiedenen Disziplinen zusammen.

Unter anderem kommt wöchentlich ein Osteopath in die Praxis, um die Umformung des kranio-mandibulären Wachstums zu fördern und damit die kieferorthopädische Therapie zu unterstützen. Auch mit Ophthalmologen, Pädiatern und Logopäden wird in enger kollegialer Zusammenarbeit ein Gesamtkonzept erarbeitet. Eine positive Beeinflussung der Entwicklung der Kiefergelenke beziehungsweise der Eminentia articularis ist zum Beispiel über eine korrekte Einstellung der Oberkieferfront im frühen Wechselgebiss möglich. So können später eventuell auftretende Malokklusionen vermieden werden.

**Aktuell und schnell
Ihre Anzeige in der DZW**