

Stefan Scheurer  
SWR3

Sehr geehrter Herr Scheurer,

wie telefonisch besprochen, hier die Antworten auf Ihrer Fragen:

**1. Haben Sie den Eindruck (oder Erkenntnisse darüber), dass in Deutschland zu früh mit der Behandlung von Patienten begonnen wird?**

Ein solcher Eindruck wurde in der Vergangenheit von einigen wenigen Kollegen mit viel Aufmerksamkeit in den Medien verbreitet. Dieser Eindruck ist aber durch die in den letzten drei Jahren durchgeführte Versorgungsforschung und durch die systematische Auswertung der verfügbaren Literatur widerlegt worden. Mittlerweile wissen wir aufgrund von Evidenz und bevölkerungsrepräsentativen Daten, dass eine frühe Behandlung – natürlich je nach zu behandelnder Fehlstellung - einem späteren Behandlungsbeginn überlegen ist, und in diesem Bereich auch keine Überversorgung besteht.

So zeigt die in der hierzu bestehenden aktuellen **S3-Leitlinie „Ideale Behandlungszeitpunkte kieferorthopädischer Anomalien“** aufbereitete wissenschaftliche Datenlage, dass „eine kieferorthopädische Frühbehandlung im Milch- bzw. frühen Wechselgebiss – je nach beabsichtigter Therapie – bei sagittalen und transversalen kieferorthopädischen Anomalien im Vergleich zu einer nicht durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung zu einer Verbesserung im Hinblick auf die skelettale Lagebeziehung von Oberkiefer und Unterkiefer sowie zu dentoalveolären Verbesserungen bezüglich Zahnstellung, Zahnbogenform bzw. kaufunktioneller Okklusion (Verzahnung von Ober- und Unterkieferzähnen bei Kieferschluss) führt sowie bei sagittalen kieferorthopädischen Anomalien auch zu Verbesserungen der Zahn- und Gesichtsästhetik bzw. des Weichteilprofils. Weiterhin gibt es Hinweise, dass eine Therapie sagittaler und transversaler kieferorthopädischer Anomalien zu einer Vergrößerung der oberen Atemwege führen und somit potentiell die Atmung verbessern kann. Speziell eine frühzeitige Korrektur einer Klasse-II-Anomalie bei Vorliegen einer vergrößerten Frontzahnstufe kann im Vergleich zu einer nicht durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung das Risiko für traumatische Frontzahnverletzungen reduzieren.“

Wir wissen aus den Ergebnissen des kieferorthopädischen Moduls der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie weiter, dass bei der Untersuchung eines bevölkerungsrepräsentativen Teilnehmerkreises, dass 16,4% der 8-9jährigen Kinder eine Indikation für eine Frühbehandlung aufweisen, der Anteil der Frühbehandlungen in den Praxen jedoch nur bei 7,8 % liegt. Auch wenn ggf. diese – in der Regel kürzeren – Behandlungen in manchen Fällen schon abgeschlossen waren und deshalb nicht mehr in die Statistik eingingen, zeigt sich hier eine eher zurückhaltende Indikationsstellung durch die Kolleginnen und Kollegen.

Die gerade im Jahr 2018 an die Kieferorthopädie gerichteten Forderung nach Evidenz und Versorgungsforschung wurde aufgegriffen und hat viele der gestellten Fragen –auch die der KIGGS-Autoren – beantwortet.

## **2. Warum wird im (ebenfalls gut entwickelten Ausland) mehrheitlich nicht mehr auf herausnehmbare Spangen gesetzt? Früher war es ja viel häufiger der Fall.**

Zunächst einmal stellt sich die Frage, um welche herausnehmbaren Apparaturen es Ihnen hier geht. Bezieht sich die Frage auf funktionskieferorthopädische Apparaturen, Plattenapparaturen oder vielleicht auf die ebenfalls herausnehmbaren Aligner? Unklar ist auch auf welche belastbaren Zahlen Sie Ihre Aussage zur Behandlungshäufigkeit im „gut entwickelten Ausland beziehen“.

Die Arbeit im Rahmen der S3-Leitlinie hat auch in diesem Bereich den Einzelmeinungen bestimmter Kollegen harte Evidenz entgegengesetzt und gezeigt, dass die Behandlung mit herausnehmbaren Apparaturen (FKO u.a.) effektiv ist.

Es ist Aufgabe des Kieferorthopäden, gemeinsam mit dem Patienten und gegebenenfalls mit den Eltern für die vorliegende Anomalie die bestmögliche Behandlungsalternative zu finden. Dafür ist es notwendig, dass der Behandelnde alle Therapiemöglichkeiten beherrscht. Deshalb ist der Umgang mit herausnehmbaren Apparaturen auch notwendiger Bestandteil der Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie nach dem „europäischen Weiterbildungskatalog“, dem „Erasmus programme for postgraduate education in orthodontics in Europe“.

Für Patienten und Eltern ist es schwer die richtige Entscheidung zu treffen. Hier sollten sie darauf achten, dass ihre Wunschpraxis das gesamte Behandlungsspektrum anbietet und im Beratungsgespräch die Vor- und Nachteile der Behandlungsalternativen benennt. Nicht jeder Patient ist gleich und sollte deshalb nicht ausschließlich mit nur einem Behandlungsgerät versorgt werden. Für das Beratungsgespräch gebe ich den Eltern eine Frage mit auf den Weg: „Wenn es Ihr Kind wäre, wie würden Sie es behandeln?“.

**3. Es gibt die Kritik, dass in der Kieferorthopädie lange nicht intensiv genug nach dem medizinischen Nutzen geforscht wurde. Teilen Sie das?**

Wenn es um Versorgungsforschung geht, wurde in der Tat sehr lange mehr vermutet als geforscht. Deshalb war es gut und wichtig, dass in der DMS VI endlich wieder ein kieferorthopädisches Modul vorhanden war.

Bei der inhaltlichen Forschung zur Kieferorthopädie haben auch wir Kieferorthopäden unterschätzt, wieviel wissenschaftliche Daten tatsächlich schon vorliegen. Nicht zuletzt aufgrund der immer wiederkehrenden und medial sehr breit gestreuten Anwürfe gegen die wissenschaftliche Basis der Kieferorthopädie waren die Wissenschaftler sehr defensiv. So war die große Leitlinie zum richtigen Behandlungsbeginn und zum Nutzen zunächst als S2-Leitlinie geplant. Wir waren selbst nicht ganz sicher, dass es für höchste Evidenz reichen würde. Nach der ersten Recherche wurde die Leitlinie auf Vorschlag der AWMF auf das Niveau S3, also das höchste Niveau angehoben. Das Fach hat also lange gebraucht, um das vorhandene Wissen im Sinne der evidenzbasierten Medizin zu strukturieren, zu wenig Forschung gab es aber nicht. Das heißt natürlich nicht, dass wir nicht auch in Zukunft weiter auf die Grundlagenforschung achten müssen. Hier versprechen auch die aktuellen Leitlinienprojekte interessante Ergebnisse. Der Vorwurf, es gäbe keinen Beleg für den Nutzen der Kieferorthopädie hat sich auf jeden Fall nicht bestätigt.

Auch die Versorgungsforschung werden wir weiterführen, da die Kieferorthopädie auch weiterhin in der DMS bleibt. Besonders die Langzeitbetrachtung verspricht neue bedeutsame Erkenntnisse. Gerade die Entwicklung des Zusammenhangs zwischen Zahnfehlstellungen und Karies - hier konnte die DMS 6 einen Zusammenhang zeigen - unterstreicht den prophylaktischen Charakter der Kieferorthopädie und bestätigt den Nutzen für die Zahngesundheit.

Sicherlich gäbe es noch viel mehr zu sagen und zu schreiben. Ich habe mich erst einmal auf die wichtigsten Aussagen beschränkt.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit allerbesten Grüßen

Dr. Hans-Jürgen Köning