

Kieferorthopädische Praxis

Dr. Heiko Brand

Niederauer Str. 8, 01662 Meißen

Tel.: 03521-710102

www.zahnsparingen-meissen.de

- Ganzheitliche Kieferorthopädie -



Schiefe Zähne - schiefes Becken

was haben die Zähne mit
orthopädischen oder anderen
medizinischen Befunden /
Erkrankungen zu tun?



Sichtweisen



Orthopädie

Innere Medizin

HNO

Zahnmedizin /

Kieferorthopädie

und so weiter



Zähne - Kiefer - Teil des Kopfes

= Cranium

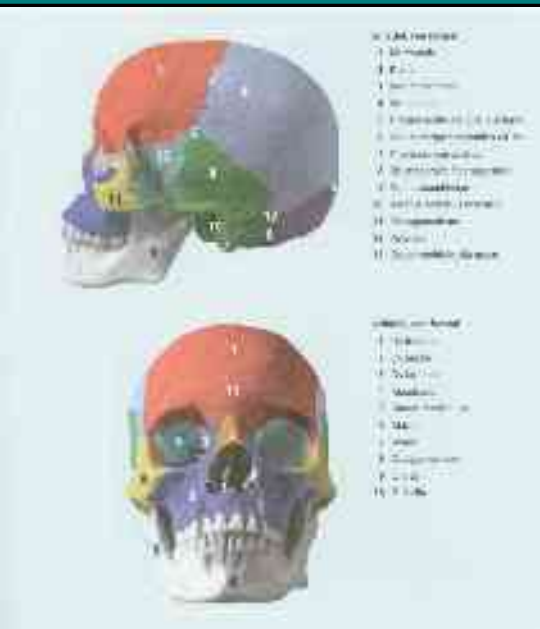
Beckenanteile - Ilium, Ischium,
Sacrum, Coccygeum

Cranio - Sacrales System



Cranio-Sacrum

Retzlaff u.v.a. wiesen histologisch nach, dass:



- die Schädelstuturen nicht verknöchert
- die Schädelnähte Syndesmosen
- aus fibrösem Bindegewebe bestehen
- die Nervenplexi einem intrasuturalen Dehnungsreflex zur Meldung an das Ventrikelsystem dienen (Stopp der Produktion des Liquor als Feedback)
- anatomisch unterschiedlichen Suturenformen entsprechend unterschiedliche Bewegungen
- demnach eine echte Gelenksfunktion haben
- die anatomisch-funktionelle Grundlage für die craniale Bewegungsrythmik darstellen



Cranio-Sacrum

Bestandteile im engeren Sinne

- Kopf (Cranium mit Untereinheiten)
- Wirbelsäule (Vertebra)
- Kreuzbein (Sacrum)
- Hirnhäuten (Dura)
- Hirn- und Rückenmarksflüssigkeit (Liquor)





Cranio-Sacrum

Bestandteile im weiteren Sinne



- obere Kopfgelenke (Atlas, Axis)
- Kiefergelenke (Artikualtio temporomandibularis)
- Zungenbein (Hyoid)
- Schultergelenke (Art. humeri)
- Beckenring (Ilium, Ischium, Pubis, Sacrum, Coccygeum) mit Ilio-Sacral-Gelenk (ISG, SIG)

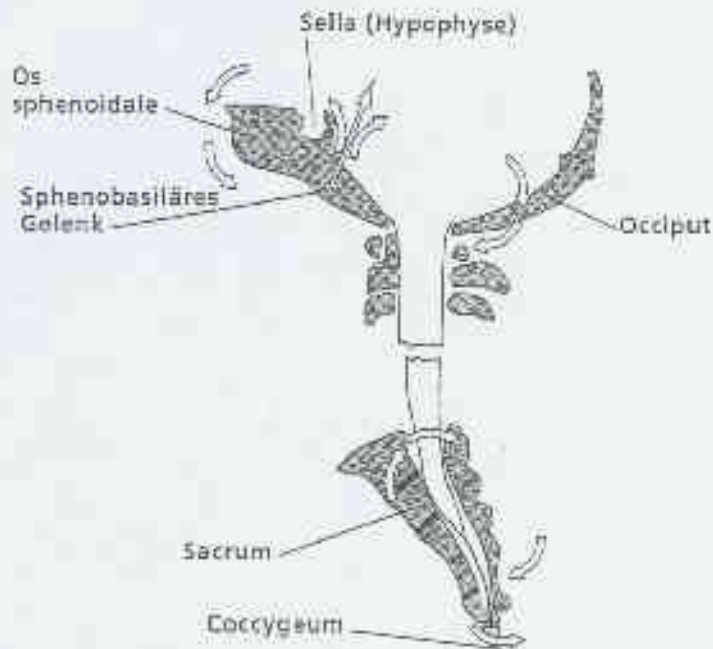


Cranio-Sacrum

Dura ist angewachsen

- inneren Anteilen des Cranium
- Foramen magnum
- Halswirbeln (C1, C2)
- Sacrum ab S2

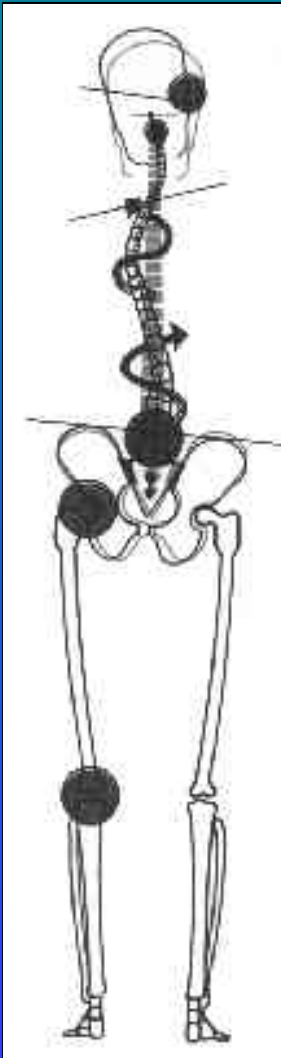
Das cräniosacrale System:



Knöchernen Strukturen mit Bewegungsrichtung bei Flexion = Inspiration. Bei Extension = Expiration drehen sich die Vektoren genau um!



Ursachen für Störungen des kraniosakralen Systems



- Kieferfehllagebeziehungen
- Geburtskomplikationen (z.B. Zangengeburt)
- traumatische Schädel und-Kreuzbeinverletzung
- Schleudertrauma
- Schädelknochenläsionen
- Wirbelsäule (Skoliose)
- Becken (Schiefstand, ISG-Blockierung)
- Dauerstress (psychisch wie physisch)
- traumatische Erlebnisse
- chronische innere Erkrankungen



Cranio-Sacrum

mechanisch-statische Schnittstellen


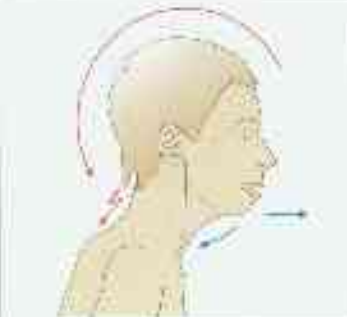
- Kopfgelenke (Schleudertrauma)
- Kiefergelenke (falsche Bisslage)
- Darm-Kreuzbein-Gelenk / ISG
(Beckenverwringung, Traumata etc.)



Cranio-Sacrum

4.3 Zusammenhänge zwischen Kausystem und Wirbelsäule

Die Weib-Keimbahn ist mit dem Schädel durch die Kiefergelenke verbunden, welche durch die Verbindung der Kiefergelenke mit den Wirbelsäule durch die Kiefergelenke verbunden sind. Die Kiefergelenke sind durch die Kiefergelenke verbunden, die die Kiefergelenke mit den Wirbelsäule verbinden. Die Kiefergelenke sind durch die Kiefergelenke verbunden, die die Kiefergelenke mit den Wirbelsäule verbinden.

4.3.1 Die Kiefergelenke sind durch die Kiefergelenke verbunden, die die Kiefergelenke mit den Wirbelsäule verbinden.

4.3.2 Die Kiefergelenke sind durch die Kiefergelenke verbunden, die die Kiefergelenke mit den Wirbelsäule verbinden.

Verlagerungen in der einen Gelenkregion werden über die dazwischen liegenden Gelenke bis an das andere Ende der Längsachse übertragen = **dimere Gelenkketten**

Auf diese **dimere Gelenkkette** üben die **Kiefergelenke**, abhängig von **Bisslage** und **Zahnstellung**, entscheidenden Einfluss aus.

Das heißt, die Gelenke beeinflussen sich in Lage, Statik und Funktion wechselseitig.



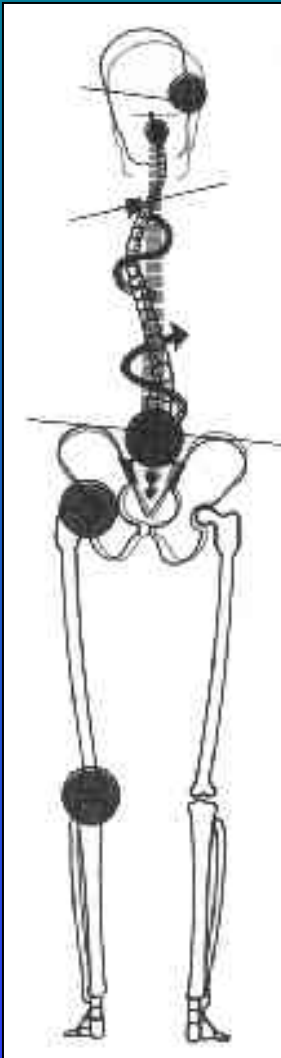
Cranio-Sacrum

unseren biologischen Getriebe / Gelenksysteme haben Ausgleichs- und Kompensationsmechanismen, ...

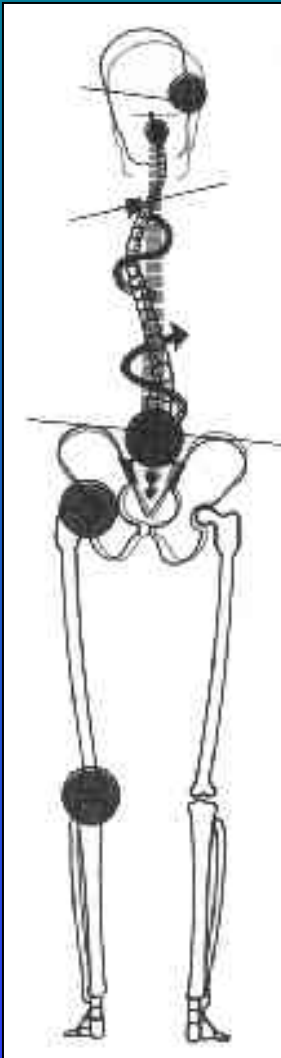
Aber wie hoch ist der physiologische Spielraum?

Wann ist Grenze überschritten ist?

Welche Folgen?



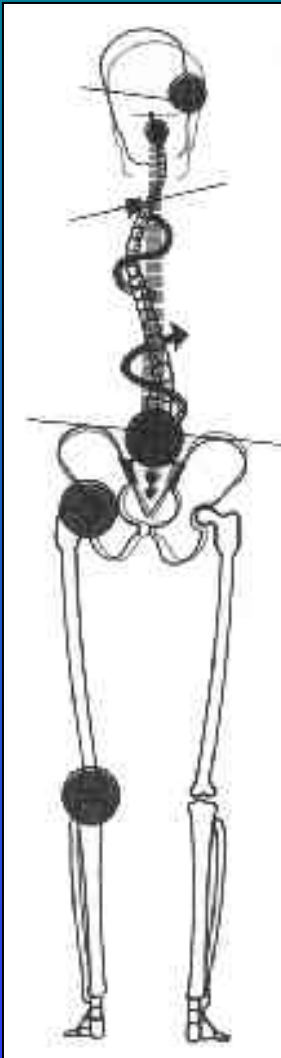
Cranio-Sacrum



- ...wenn die Gesamtspannung der Muskulatur das individuelle Toleranzniveau überschreitet,
- treten im Kopf- und Kieferbereich als erste Reaktion Zähneknirschen oder Zähnepressen auf
- Zweitschlagphänomen lokal
(Deckbiss - Retralverlagerung des Unterkiefers - Diskusverlagerung - Knacken / CMD)



Cranio-Sacrum



- ebenso häufig orthopädische Problemen
- projizierte Schmerzen
- Zweitschlagphänomen segmentübergreifend

Deckbiss - Bandscheibenvorfall

Deckbiss - CMD - Migräne - HWS

internistische Erkrankung (Galle, Leber, Magen) -
Rückenbeschwerden thorakal, lumbal oder Schulter-Arm-
Syndrom (SAS)



Cranio-Sacrum

Fehlstatik von Becken, Wirbelsäule und Kopf
durch Krankengymnastik

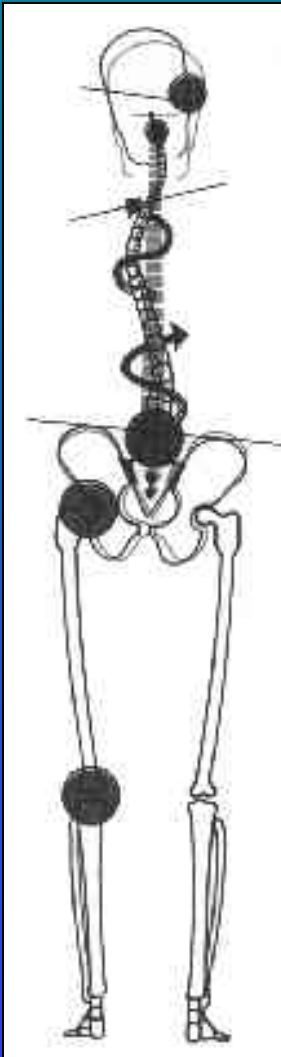


bleibenden Erfolg
?

skelettale Verhältnisse des Unterkiefers



kieferorthopädische Behandlung
(Gebissregulierung)



Funktion unseres Kauorganes

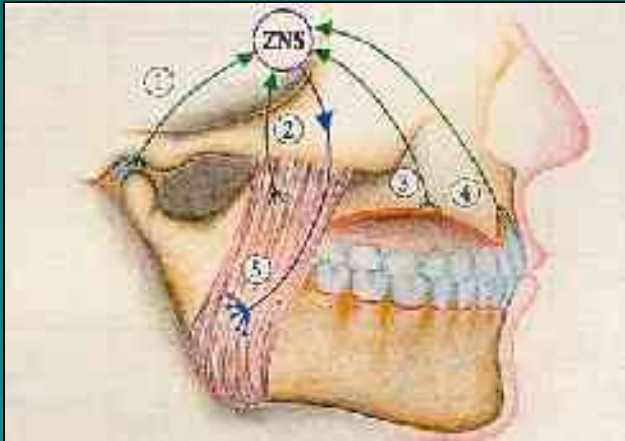


Mehr als uns bewusst ist, beeinflussen sie die Gesundheit des gesamten Körpers und die Harmonie unseres Gesichts. Sie prägen die Sprache und unsere persönliche Ausstrahlung.



Anatomische Grundlagen

Das Kiefergelenk

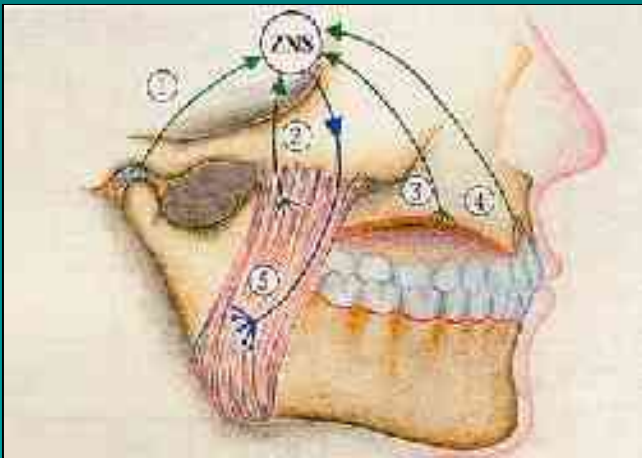


Das craniomandibuläre System ist wiederum Teil des craniosacralen Systems.



Anatomische Grundlagen

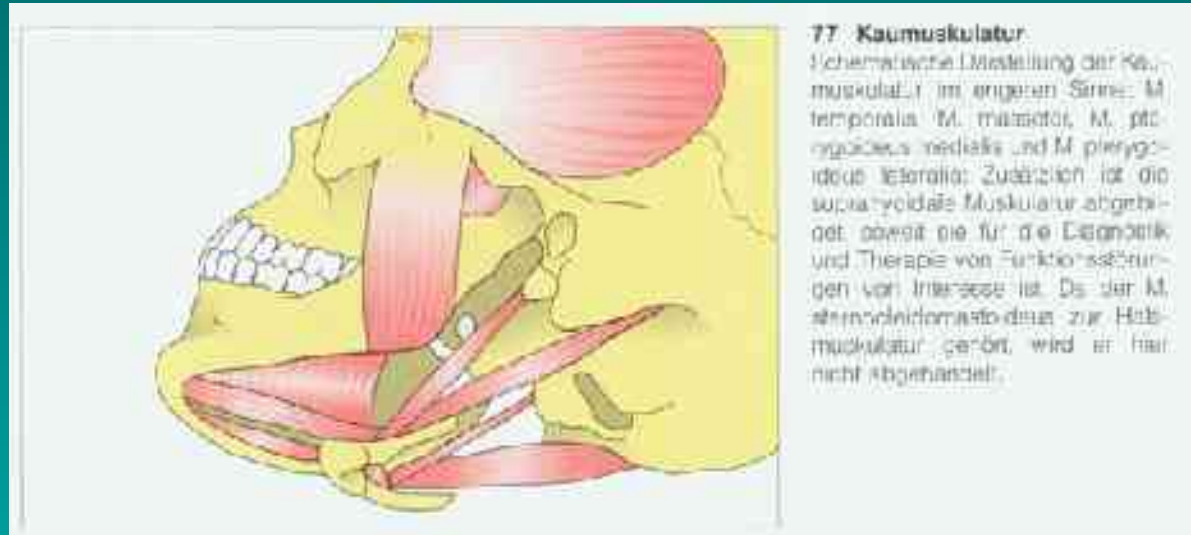
Das Kiefergelenk funktioniert grundlegend ähnlich einem mechanischem Getriebe



- Zahnräder (Zähne)
- Gelenkwellen (Oberkiefer, Unterkiefer)
- Kurbelwelle bzw. Kupplung (Kiefergelenk)
- Kraftquelle/Motor (Muskulatur)
- elektronische Steuerung (nervale Innervation)



Anatomische Grundlagen



direkte Kaumuskulatur

- M. temporalis
- M. masseter
- Mm. pterygoideus (med. et lat.)
- M. digastricus
- Mundbodenmuskulatur



Anatomische Grundlagen

109 Einfluß der Kopf- und Körperhaltung auf den Unterkiefer
Muskuläre Aufhängung des Unterkiefers und deren anatomische Zusammenhänge mit der Halsmuskulatur. Der *M. sternocleidomastoideus* ist beispielsweise beim Sprechen immer aktiv, jedoch ist eine Mastoidektivität von 50 % erforderlich, um eine Aktivität von 5 % im *M. sternocleidomastoideus* nach zuweisen (Clark et al. 1993).



indirekte Kaumuskulatur

- *M. sternocleidomastoideus*
- *M. omohyoideus*
- *M. trapezius*
- *Mm. scalenii*
- infrahyoidale und supralaryngeale Muskulatur
- *Gesichts- und Kopfmuskulatur*



Anatomische Grundlagen



Um z.B. abzubeißen, muss die Wirbelsäule (besonders die obere HWS) einschließlich der dort ansetzenden Muskulatur, die Zungenboden- und Zungenbeinmuskulatur u.v.a.m.) mitarbeiten.



Anatomische Grundlagen



Der Endanschlag der Kiefer zueinander und damit des Kiefergelenks wird bestimmt von den Zähnen.

Je tiefer der Biss desto tiefer (cranialer und dorsaler) sitzen die Kiefergelenksköpfchen in der Gelenkpfanne.



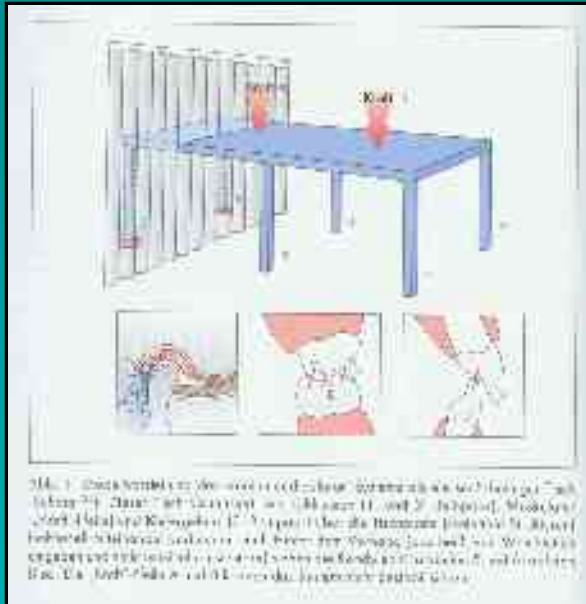
Anatomische Grundlagen



Das ist ausschließlich beim Kiefergelenk so und nicht bei den anderen Gelenken. Das Bewegungsausmaß (Streckung wie Beugung) des Ellenbogengelenks zum Beispiel wird in seinem Endanschlag bestimmt durch definierte anatomische Strukturen wie dem Gelenkriegel (Olecranon), der Muskulatur (M. biceps) und den Bändern.



Anatomische Grundlagen



Die Stützen der Kiefer können mit einem 6-beinigen Tisch verglichen werden. Sichtbar sind die vordern 4 „Tischbeine“ (Schneidzahnbeziehung, Seitenzahnbeziehung). Verborgен bleiben quasi die hinteren beiden „Tischbeine“ (Kiefergelenke).



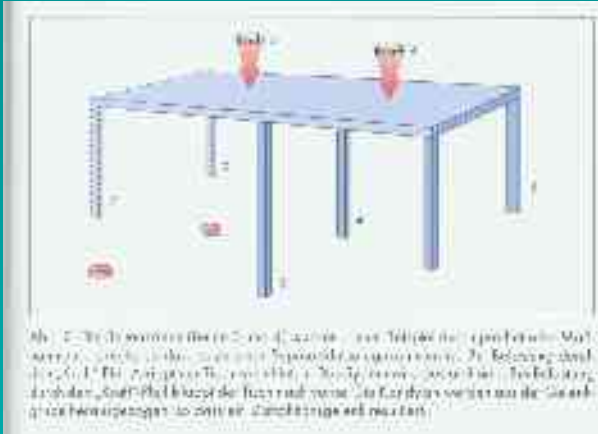
Anatomische Grundlagen

Probleme

- wenn mindestens ein „Bein“ zu kurz ist oder seltener auch zu lang

Folgen

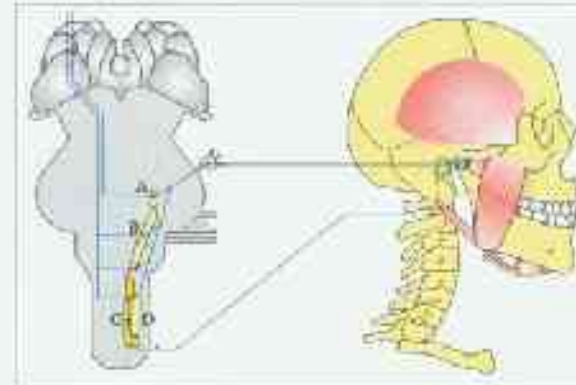
- kippende Momenten innerhalb des Systems
- dadurch primär eine Druckerhöhung (*Belastungsvektoren*)
- in den anderen Bereichen Folgebelastrungen
- Veränderung der miteinander gekoppelten Muskelketten benachbarter Strukturen (obere Kopf Gelenke, Halswirbelsäule etc.) in ihrer Grundstatik





Der N. Trigeminus

TE: Affektionen des N. trigeminus und neuronale Verschaltungen im Hirnstamm
 Bucherfleiter: Darstellung der Zusammenhänge zwischen Affektionen des N. trigeminus und sonstigen (vegetativ-assoziativen) bzw. Wille-dynamischen WDR (Kleinmann, Gubner u. Barmes 1980; Sasse 1987), z. B. aus dem Bereich der Hirnstämme. Die schematische Verschaltung im schematischen Diagramm zeigt die Hirnstämme (A) im Kontext zu sonstigen vegetativen (B) und assoziativen (C) WDR, die zur Schmerz-primär-vegetativen WDR.



- einziger Nerv mit Verbindungen zu allen anderen Hirnnerven
- das umfangreichste und weit verzweigteste Kerngebiet im Zentralnervensystem.
- repräsentiert der Mund- und Gesichtsbereich die Persönlichkeit
- Reizung und Beeinflussung anderer Hirnnerven und damit Organe
- aber auch Dauerreize anderer Nerven von anderen Organen können über die Querverbindungen zum N. trigeminus diesen indirekt reizen



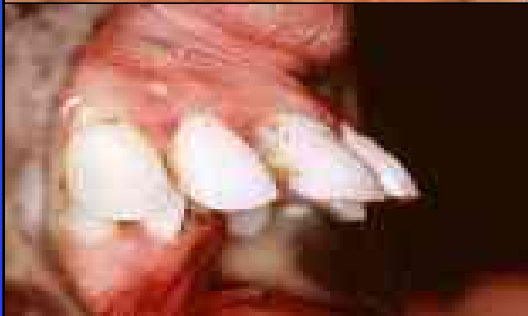
Zahnärztliche Ursachen / Beispiele



- Zahnfehlstellungen
- Fehlbeziehungen der Kieferlage
- Funktionsstörungen im Kauorgan selbst



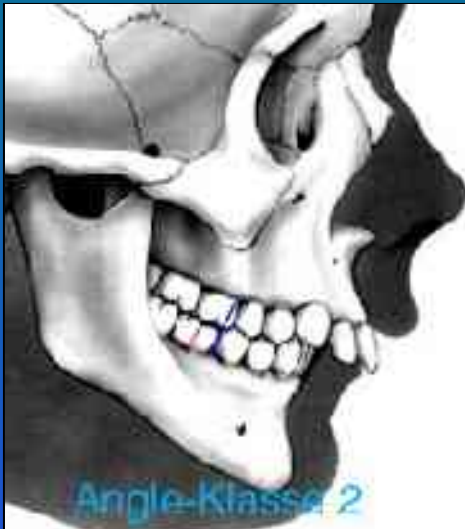
Zahnärztliche Ursachen / Beispiele



- unkorrekte oder ungünstig verlaufene kieferorthopädische Behandlung
- verstärkte Abnutzung der Kauflächen (Abrasion, Bruxismus)
- Zahnverlust und dadurch
- Absinken des Bisses bzw. Elongation der Antagonisten
- primär oder sekundär erworbener falscher Biss (Tiefbiss, Deckbiss, Distalbiss usw.)



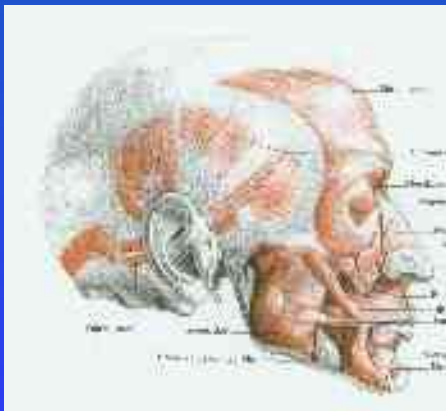
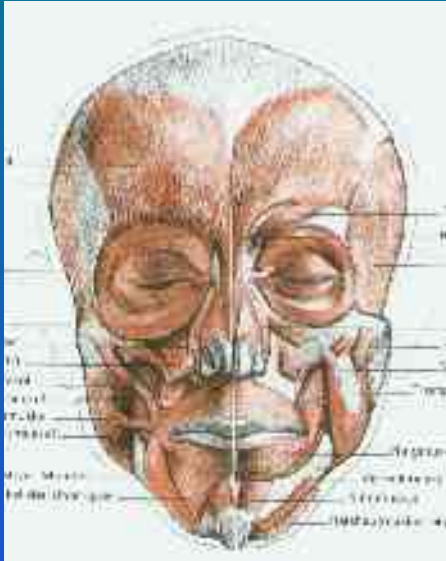
Die Folgen dessen sind



- maximale Belastung für spezifische Strukturen (Diskus, Bänder, Gelenkkapsel und den Gelenkknorpel)
- Beeinflussung benachbarter Organe
- Diskusverlagerungen
- Kompression der Nerven und Gefäße hinter dem Kiefergelenk
- welche ihrerseits zu orthopädischen Befunden durch nervale Innervationsstörung



Die Folgen dessen sind



- Kompression und Fixierung verschiedener Schädelknochen
- dadurch wiederum Kompression der Nerven und Gefäße
- welche ihrerseits zu orthopädischen Befunden durch Verspannungen der Muskulatur, durch Fixierungen und Blockierungen
- Störung des Dura-Rhythmus und
- HNO-Befunden (Ohrgeräusche, Tinnitus)



Folgen - Beispiele



- Migräne oder Spannungskopfschmerz (bei Brückenversorgung über Mittellinie des OK z.B.)
- funktionelle HNO-Befunde (Tinnitus, Ohrgeräusche ...)

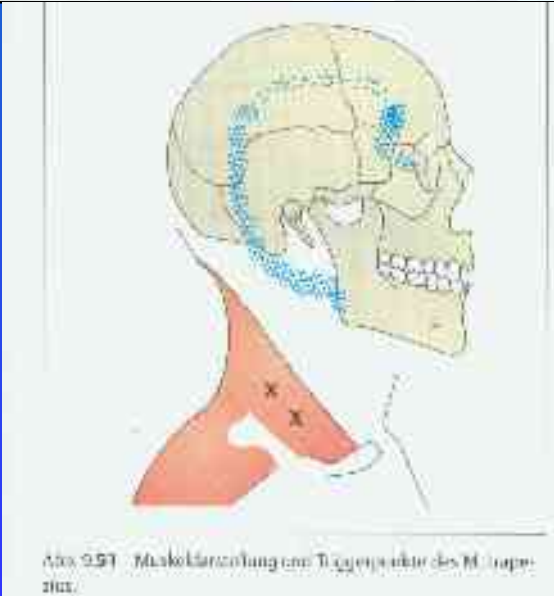
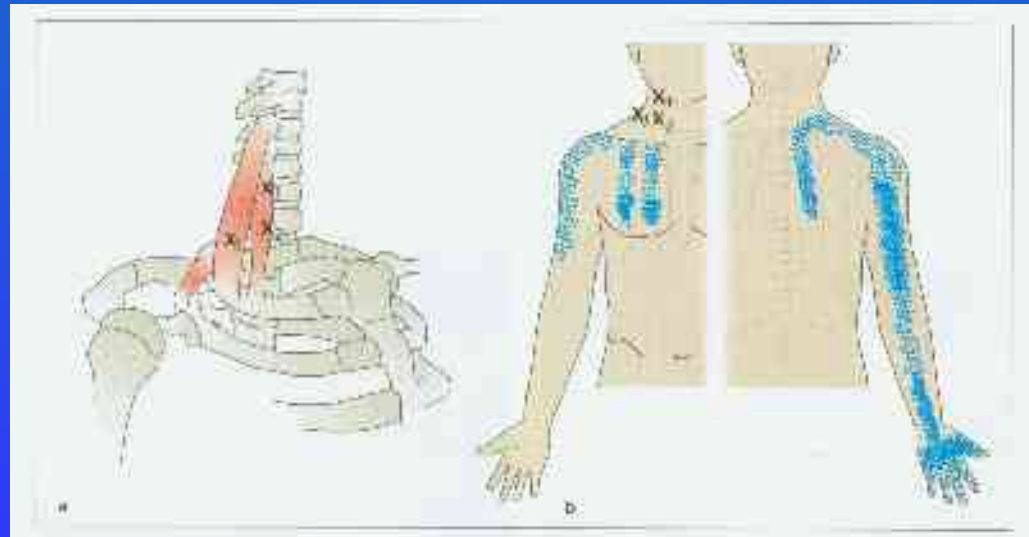


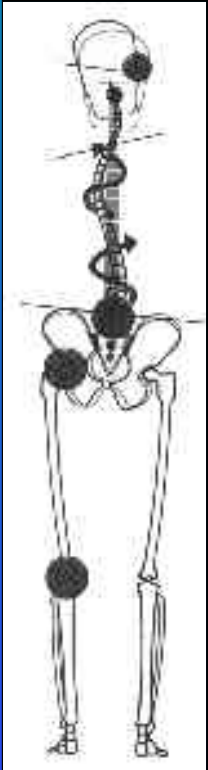
Abb. 291 Muskelinnervation am Tragepunkt des M. Tragepunkt.

Folgen - Beispiele

- funktionelle internistische Befunde (Nieren, Blasenbeschwerden bei zahnärztlichen Befunden an den OK-Inzisivi)
- projizierte Schmerzen, Myalgien etc.



Folgen - Beispiele



- Bandscheibenvorfall (bevorzugt in LWS bei Deckbiss mit Tiefbiss und Distalbiss)
- rezidivierende HWS-Blockierungen
(bei Dentitio diff. im UK bzw. Störung in sog. Neunergegend n. Gleditsch oder bei Kreuzbiss)



Gesund beginnt im Mund !



Die Weichen für eine regelrechte Kiefer- und Gesichtsentwicklung oder Fehlentwicklung werden bereits durch des Stillen der Säuglinge gestellt, denn:

- durch das Saugen an der Brust wird sowohl die Lippenmuskulatur als auch die Kaumuskelatur trainiert
- die entsprechenden Wachstumsimpulse gegeben
- der Lippenschluss trainiert
- die richtige Bisshöhe eingestellt
- die Ruheschwebe des Unterkiefers programmiert
- die Kiefergelenke zentrisch eingestellt
- die Sprachentwicklung gefördert
- etc.



Gesund beginnt im Mund

Zahn- und Kieferfehlstellungen

Entstehungsursachen im Säuglingsalter

- Lutschen am Daumen
- unzweckmäßige Flaschensauger
- zeitlich zu langem Gebrauch von Nuckeln
- nicht anatomisch geformten Nuckeln
- zu spätes Absetzen der Flaschenernährung oder der Trinklernbecher



Gesund beginnt im Mund Zahn- und Kieferfehlstellungen

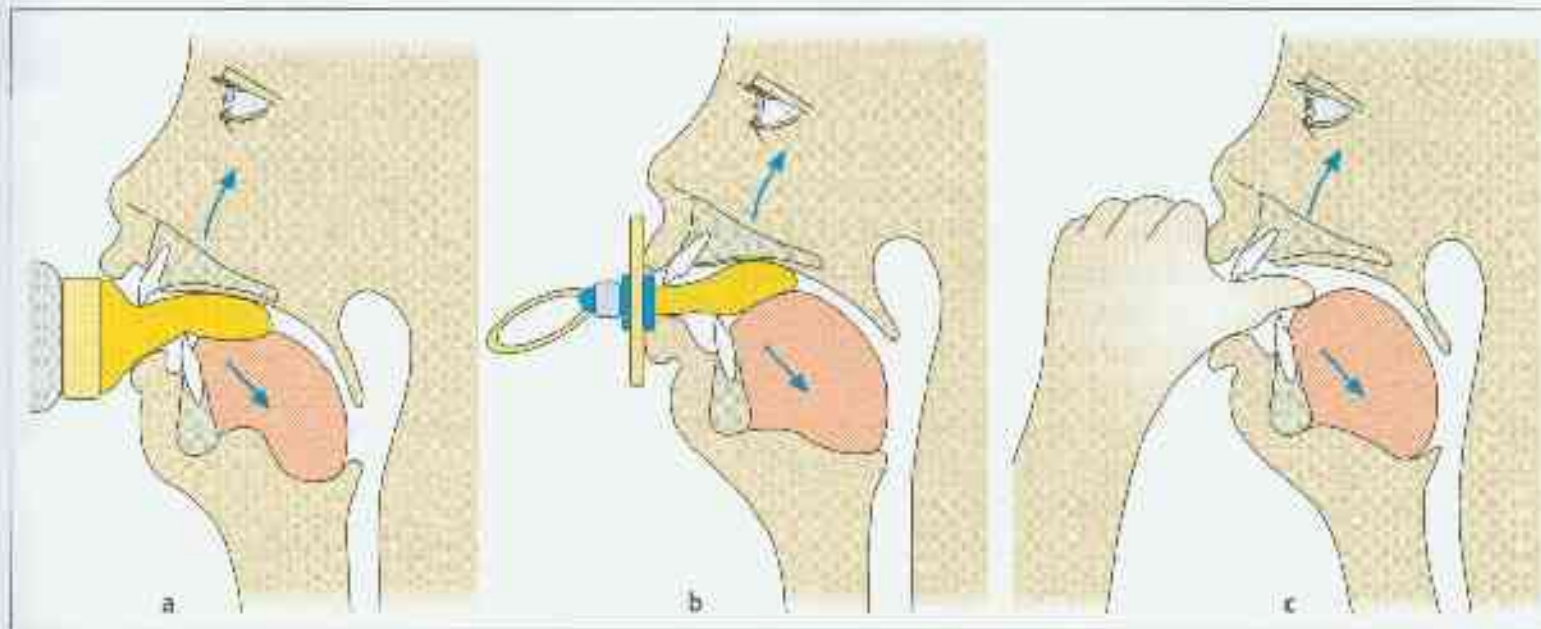


Abb. 4.34 Entstehung eines offenen Bisses durch Flaschensauger, Beruhigungssauger oder Daumenlutschen.

- a Flaschensauger drängen sich wie ein Stemmkörper zwischen die Zähne. Durch stundenlanges Saugen verbiegen sich die Zahnreihen und die Kieferbasen. Die Zunge wird vom Gaumen abgehalten. Die natürliche Gaumenerweiterung wird gehemmt.
- b Schnuller biegen die Zahnreihen auf, führen zu einem schmalen Oberkiefer und fördern Sprechfehler, z. B. Lispeln durch offenen Biss. Die Oberkieferfront protrudiert. Die untere Front wird verkürzt.
- c Beim Daumenlutschen drückt der Daumen die Oberkieferzähne nach vorn und oben sowie den Unterkiefer insgesamt nach hinten und verkürzt die Frontzähne.



Gesund beginnt im Mund

Zahn- und Kieferfehlstellungen

Entstehungsursachen im Kindergartenalter

- Milchzahnkaries und
- vorzeitiger Verlust der Milchzähne damit
- Zusammenbruch des Platzes für bleibende Zähne
- Knirschen
- Daumenlutschen, Zungenpressen, gewohnheitsmäßiges Beißen oder Saugen an der Unterlippe, Wangenschleimhaut
- Beibehalten des frühkindlichen Schluckens (viszerales Schlucken)
- gewohnheitsmäßige Mundatmung
- Einlagerung der Zunge zwischen die Zahnreihen beim Sprechen



Gesund beginnt im Mund !



Abb. 43.16 Karies infolge jahrelanger mißbräuchlicher Anwendung von Hustensaft.

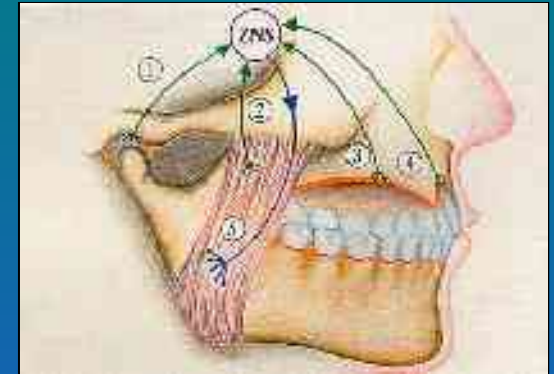


Abb. 43.11 Zucker-Saugerflaschen-Karies: Haupt-sächlich auslösendes Getränk war Milch.



Gründe für eine KFO Behandlung

- Prophylaxe / Kariesprophylaxe
- Optimale Funktion des Kauorgans
- Schäden an den Kiefergelenken
- schmerzhafte Verspannungen der Gesichts- und Kaumuskulatur bzw. der Nacken- und Rückenmuskulatur
- orthopädische Befunde (Skoliose, Becken- oder Schulterschiefstand, Blockierungen von Wirbeln, Schädelfehler usw.)
- Verdauungsstörungen (inneren Medizin)
- Ohrgeräusche (HNO)
- Ästhetik



Zahnärztliche Diagnostik

Basisdiagnostik

- Zahnstatus
- Kauflächenzustand
- Bisslage
- Röntgenstatus



GKV-Leistung = grün; Privat-Leistung = orange

Zahnärztliche Diagnostik

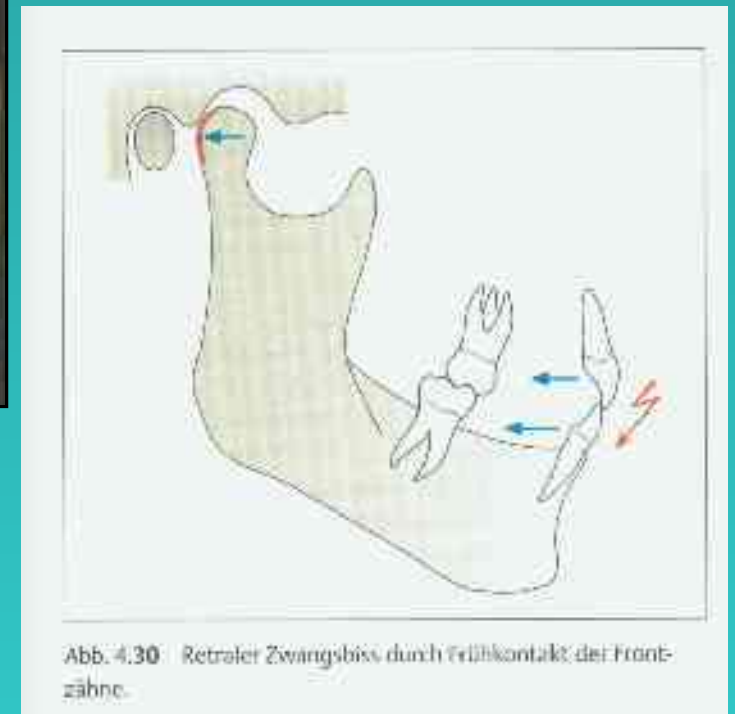
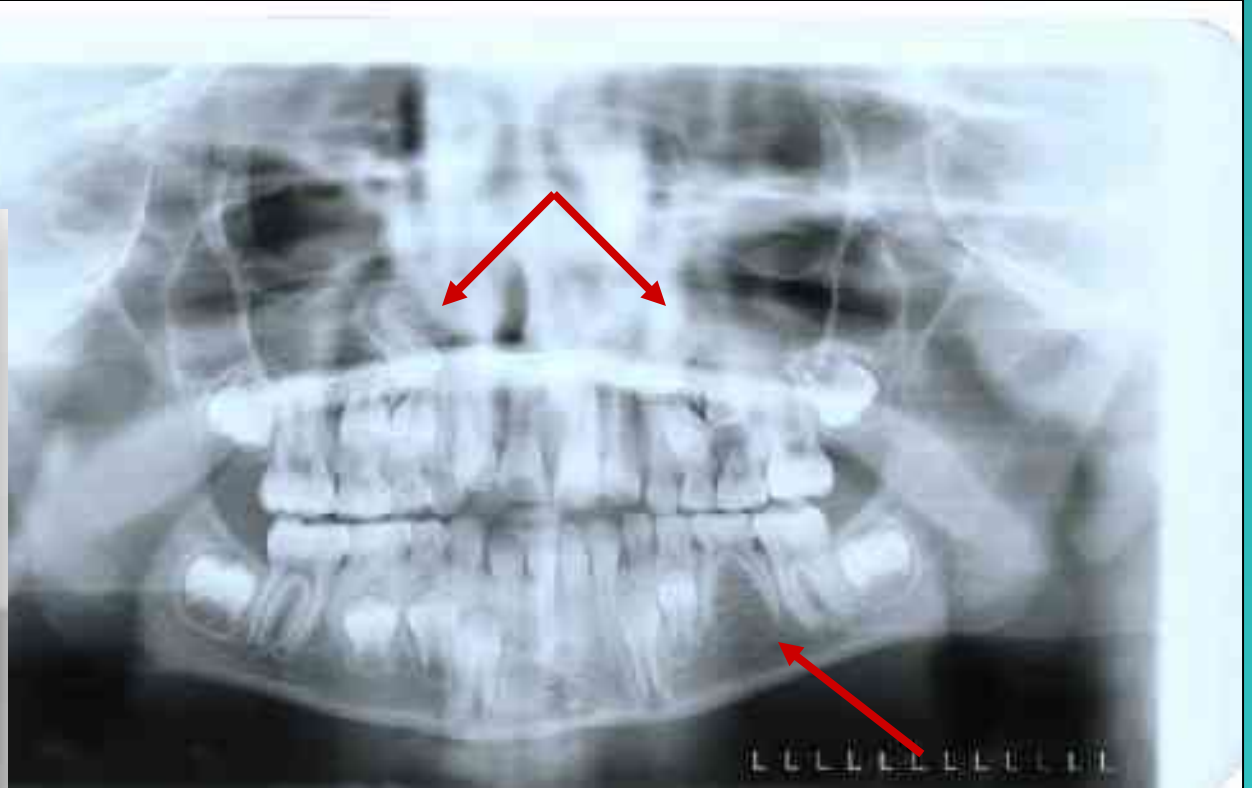
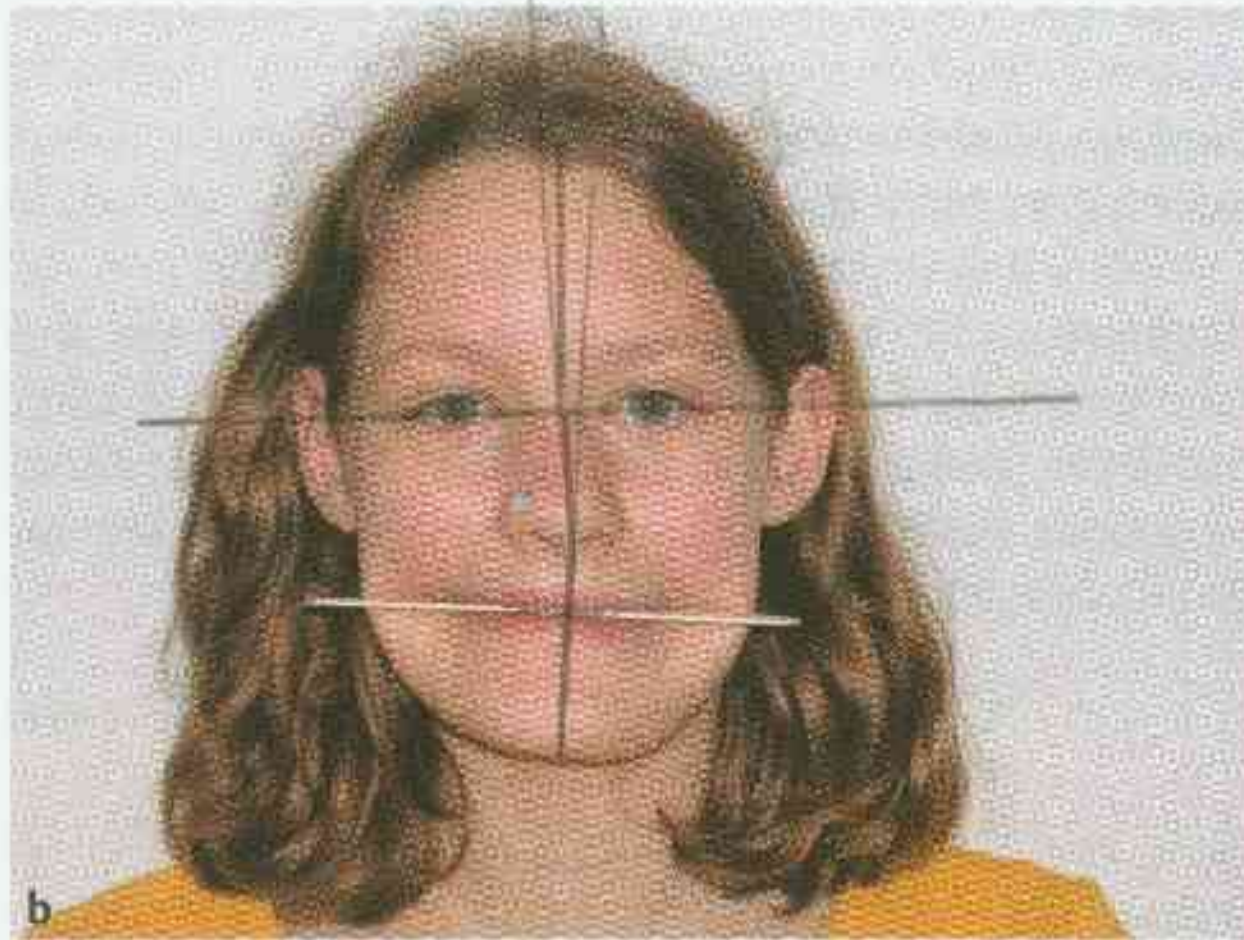


Abb. 4.30: Retrocluser Zwangsbiss durch Frühkontakte der Frontzähne.

Zahnärztliche Diagnostik



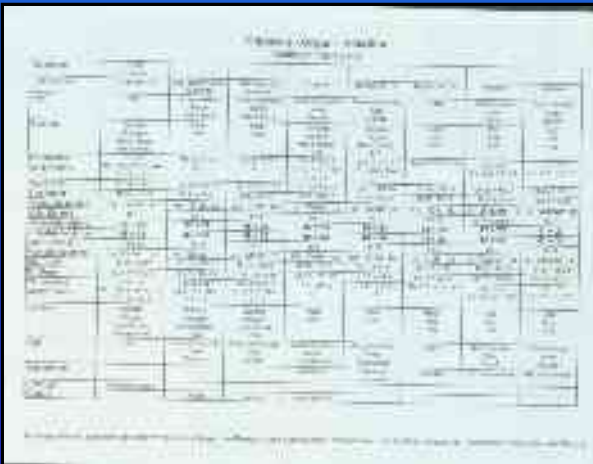
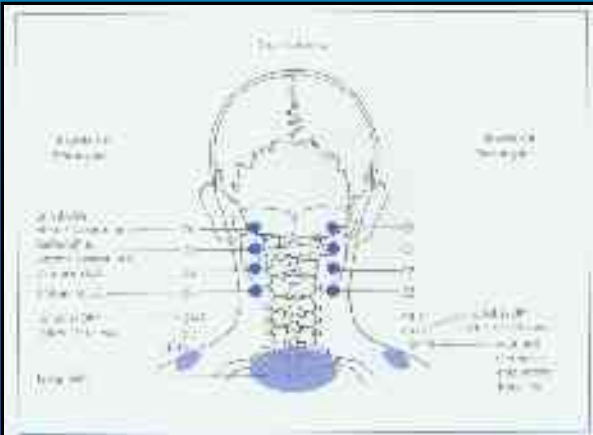
Zahnärztliche Diagnostik



Zahnärztliche Diagnostik

erweiterte Diagnostik

- Adler-Langer-Druckpunkte
- Zahn-Organ-Meridian-Beziehungen
- Manuelle Funktionsanalyse (MFA)
- orthopädische Basisuntersuchung (Beckenstellung, Wirbelsäulengeometrie, Beinlängendifferenzen, Wirbelblockierungen etc.)
- einfache Gebissmodelle
- Instrumentelle Funktionsanalyse (IFA)
- kinesiologische Untersuchung (AK)



Zahnärztliche Diagnostik

erweiterte Diagnostik

140 Myofasciale Funktionsstörungen

Myofasciale Funktionsstörungen beim muskulären asymmetrischen Posturisten

Die myofasciale Dysfunktion ist eine muskuläre Dysfunktion, die durch eine muskuläre Asymmetrie im Posturisten verursacht wird. Sie ist durch eine muskuläre Asymmetrie im Posturisten verursacht, die durch eine muskuläre Asymmetrie im Posturisten verursacht wird.

Die myofasciale Dysfunktion ist eine muskuläre Dysfunktion, die durch eine muskuläre Asymmetrie im Posturisten verursacht wird.

Die myofasciale Dysfunktion ist eine muskuläre Dysfunktion, die durch eine muskuläre Asymmetrie im Posturisten verursacht wird.

Die myofasciale Dysfunktion ist eine muskuläre Dysfunktion, die durch eine muskuläre Asymmetrie im Posturisten verursacht wird.

1. Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion



Myofasciale Dysfunktion

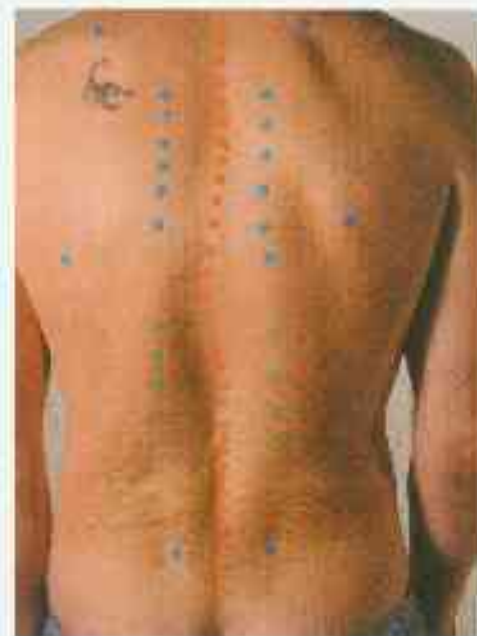


Abb. 8.5 - Rücken



Abb. 8.6 - Rippenhöhe der 12. Rippe

Zahnärztliche Diagnostik

erweiterte Diagnostik

Sartorius

Definition: Der Sartorius ist ein Muskel, der im Bereich des Beckens und der Oberschenkelregion verläuft. Er verbindet das linke Becken mit dem rechten Knie. Seine Hauptfunktion besteht darin, das Bein zu beugen und zu adduzieren.

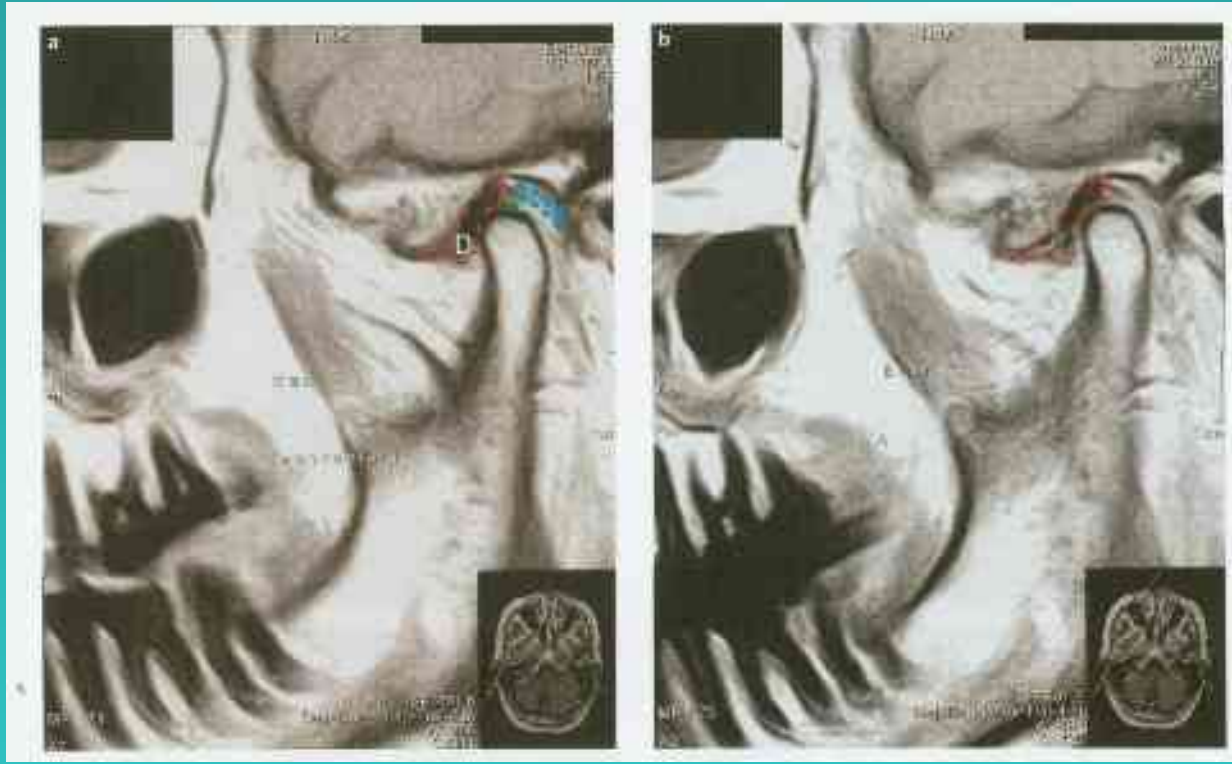
Anatomie: Der Muskel entspringt am linken Beckenring (zwischen dem 2. und 3. Kreuzwirbel) und verläuft über den Hüftgelenkbereich zum Knie. Er verläuft oberhalb des Kniegelenks und unterhalb des Hüftgelenks.

Klinische Bedeutung: Der Sartorius ist ein wichtiger Muskel für die Stabilität des Beckens und der Oberschenkelregion. Eine Schwäche oder Verletzung dieses Muskels kann zu Instabilität und Schmerzen führen.



Beim: ...

Punkte: ...





Behandlungsplan

- aufbauend auf den festgestellten Befunden
- entsprechend der Diagnose
- in Zusammenarbeit verschiedener Fachärzte

Die Diagnose könnte dann lauten:

- Cranio-mandibuläre Dysfunktion
(= Schädel-Kiefergelenk-Zahn)
- Cranio-cervikale Dysfunktion
(= Schädel-Halswirbelsäule)
- Cranio-sacrale Dysfunktion
(= Schädel-Kreuzbein / Becken)





Therapiegrundzüge aus zahnärztlicher / kieferorthopädischer Sicht

- **Schienentherapie** durch den Kieferorthopäden
- **Physiotherapie** (Massage- und Mobilisationstechniken der Kiefergelenke, Wirbelsäule, Becken- und Schulterssystem)
- **Umsetzung der neuen Okklusion (Verzahnung)** durch eine kieferorthopädische oder zahnärztlich-prothetische Therapie
- **Osteopathie oder Manualtherapie** (Cranio-sacrale Behandlungen, Deblockierung/Auflösung von Schädel- und Beckenfehlern etc.)
- **Podologie / Orthopädie** (fußsohlenstimulierende Einlagen)
- **Neuraltherapie** (Trigger-Points)
- **Lymphdrainage**
- **Akupunktur** (Meridian-Beziehungen)
- **homöopathische Schmerztherapie**
- **Muskelfunktionstherapie** (Isometrie)
- **Hypnose, NLP, Alpha-Training, TENS, SCENAR**
- **u.a.m.**





Therapiegrundzüge aus zahnärztlicher / kieferorthopädischer Sicht



- Schienentherapie mittels COPA oder Bionator
- Funktionskieferorthopädische Therapie mit FKO-Geräten (Bionator, Funktionsregler, Aktivator)
- Zahnfehlstellungskorrektur mit mechanisch wirkenden Geräten (Plattenapparaturen, Multiband)
- Kieferchirurgisch-kieferorthopädische Behandlungen (Dysgnathieoperation einer Progenie nach Vorausformung beider Zahnbögen mittels Multiband)
- Präprothetische Korrektur von Zahnfehlstellungen, Zahnkippen, Lückenöffnung ...
- plus begleitende physiotherapeutische / osteopathische oder craniosacraltherapeutische Therapiemaßnahmen...



Kieferorthopädische Behandlungsmittel



Kieferorthopädische Behandlungsmittel

813 - Klammern der Dickzahnspitze in zentraler Okklusion
 Zweck ist es, die Dicke der Zahnschneidekante durch die Klammern zu vergrößern und die vertikale Dimension zu erhöhen. Dies wird durch die Kraft der Klammern erreicht, die auf die Zahnschneidekante einwirken.



Charakteristisch für diese Okklusion ist die Dicke der Zahnschneidekante. Die Klammern sind auf die Zahnschneidekante aufgebracht, um die Dicke zu erhöhen.

814 - Individuelle Angulieren der Führungsfläche

Die Führung des Dickzahns wird durch die individuelle Angulierung der Führungsfläche erreicht. Dies wird durch die Verwendung von individuellen Führungsflächen erreicht, die auf die Zahnschneidekante aufgebracht sind.



815 - Ausgeglichene Schiene zur Veränderung der dynamischen Okklusion

Nach der Klammernbehandlung wird die Schiene eingesetzt, um die dynamische Okklusion zu verändern. Dies wird durch die Verwendung einer ausgeglichenen Schiene erreicht, die auf die Zahnschneidekante aufgebracht ist.



Kieferorthopädische Behandlungsmittel



Behandlungszeitpunkte

- in der Regel bei dem Bewußtwerden einer Zahn- und Kieferfehlstellung
- im **Milchgebiss** z.B. Kreuzbiss, frontal offener Biss, umgekehrter Schneidezahnüberbiss als Frühbehandlung
- in **ersten Wechselgebissphase** (6.-8. Lebensjahr) z.B. wie oben und zusätzlich Tiefbiss, Rückbiss
- in **zweiten Wechselgebissphase** (9.-12. Lebensjahr) wie oben, bisher verpasste Frühbehandlungen, Engstände usw.



Behandlungszeitpunkte

- bei Vorhandensein orthopädischer und kiefer-orthopädischer Befunde bzw. Beschwerden **jeglicher Altersgruppen** (Kinder, Jugendlicher, Erwachsener bis „Rentnergruppe“)
- vorbereitend und begleitend für orthopädische Therapiemaßnahmen (COPA-Schiene, Korrektur von Kieferfehllagebeziehung und Zahnfehlstellungen)
- vorbereitend für prothetische Maßnahmen (CMD-Behandlung, Bisserrhöhung, Bisslagekorrekturen...)



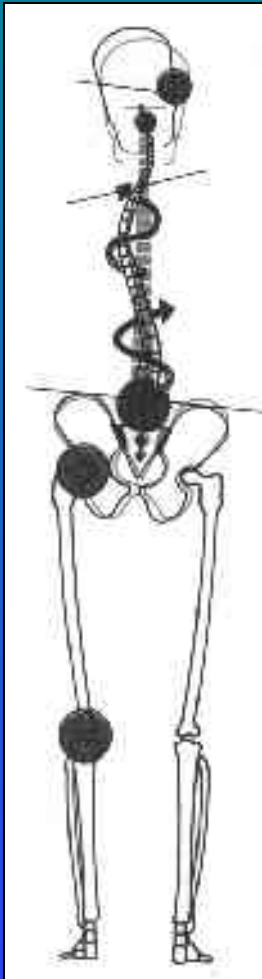
Behandlungszeitpunkte

zusammenfassend

- **Merke:** eine Behandlung vor der vollständigen bleibenden Bezahnung (Dentition) ist am effektivsten (also bis ca. 12./13. Lj.)
- **Merke:** wichtige Umbau- und Wachstumsprozesse laufen mit dem Zahnwechsel (6.-13- Lj.) ab!
- **spätere** Behandlungen sind schwieriger, häufig umfangreicher und nicht selten nur mit Teilerfolg
- Also lieber einmal mehr und eher zum Kieferorthopäden als zu spät!



Therapiegrundzüge aus zahnärztlicher / kieferorthopädischer Sicht



Aber alle Therapiemaßnahmen werden ohne dauerhaften Erfolg sein, wenn der Patient nicht bereit ist, selbst etwas dafür zu tun. Und hierzu gehört entscheidend die Änderung der Lebensweise, Ernährungs-umstellung und Verhaltensregeln.



**Kieferorthopädische Praxis
Dr. Heiko Brand**

**Niederauer Str. 8, 01662 Meißen
Tel.: 03521-710102**

www.zahnsparngen-meissen.de

Ganzheitliche Kieferorthopädie

