gen. Dazu zählten etwa verlagerte Zähne oder ausgeprägte Überbisse.

Kieferorthopäde Madsen kritisiert außerdem, dass in Deutschland nicht immer nach internationalen Standards therapiert werde. So hätten sich abnehmbare Spangen, die hierzulande traditionell seit den 1920ern eingesetzt werden, in Studien als weniger effektiv erwiesen als festsitzende Modelle. Kieferorthopäden anderer Länder, etwa aus den USA oder Skandinavien, würden daher gleich zu Brackets und Metallbögen greifen und könnten so die aktive Therapie und deren Unannehmlichkeiten auf zwei Jahre begrenzen. In Deutschland dagegen werde die Vertragsdauer von drei bis vier Jahren fast immer ausgeschöpft.

"Der wissenschaftliche Beleg des Nutzens von Kieferorthopädie für die Mundgesundheit ist schwach", bestätigt auch Jens Türp. Der zahnärztliche Vertreter

des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin erklärt, der Großteil kieferorthopädischer Maßnahmen führe vor allem "zu mehr Ästhetik und dentaler Wellness". "Verschönerung mag als Grund für eine mehrjährige, Tausende Euro teure Therapie ausreichen", sagt Türp. "Mir geht es nur um die ehrliche Aufklärung!"

Patienten und Eltern müssten erfahren, dass sich die Gesundheit des Kindes durch die geplante kieferorthopädische Therapie in den meisten Fällen nicht grundlegend verbessere, fordert Türp. Insbesondere fehle der Nachweis dafür, dass die Beseitigung von Fehlstellungen Schmerzen in Kiefer, Kopf und Wirbelsäule vorbeugen könne. "Zu einer fairen Aufklärung", fordert Türp, "gehören immer auch Hinweise auf die Risiken der Therapie, etwa über Karies durch die erschwerte Zahnhygiene.



