

10. Thesen

1. Der laterale Kreuzbiss wird als eine fehlerhafte Beziehung der Ober- und Unterkieferseitenzähne in bucco-lingualer Relation definiert. Diese Störung der transversalen Relation kann ein- oder beidseitig auftreten und ganze Zahnreihen oder auch nur einzelne Zähne betreffen.
2. Der laterale Kreuzbiss kann rein dentoalveolär bedingt sein, es können aber auch skelettale Veränderungen oder eine Kombination von beidem vorliegen.
3. Da der Kreuzbiss als Begleitsymptom vieler Okklusionsstörungen auftreten kann, zeigen sich vielfältige klinische Erscheinungsbilder. Dies erklärt die Schwierigkeiten bei der Therapie und macht außerdem die erheblichen Differenzen, die sowohl bei der Nomenklatur als auch bei der Beschreibung der verschiedenen Kreuzbissformen bestehen, verständlich.
4. Eine entscheidende Aufgabe bei der Diagnose und für die Behandlungsplanung ist die Suche nach der Ursache der Anomalie. Es muss eine Differenzierung zwischen dentoalveolären und skelettalen Abweichungen gelingen. Nur nach einer gesicherten Differentialdiagnose kann eine erfolgreiche Therapie erfolgen.
5. Neben der Anamnese, der klinischen Untersuchung, der Beurteilung von Fotostataufnahmen, der Modellauswertung und anderen diagnostischen Hilfsmitteln ist auch die Auswertung des Fernröntgenseitbildes ein fester Bestandteil der kieferorthopädischen Befundaufnahme.
6. Beim lateralen Kreuzbiss handelt es sich um eine transversale Okklusionsstörung. Das Fernröntgenseitbild stellt jedoch die zweidimensionale Projektion eines dreidimensionalen Systems dar und erlaubt nur Aussagen über sagittale und vertikale Parameter des Schädels. Dennoch kann die kephalometrische Analyse auch bei dieser Dysgnathie wichtige Informationen für die Diagnose und Behandlungsplanung liefern.
7. Die Auswertung des Fernröntgenseitbildes ermöglicht Aussagen über den morphologischen Aufbau des Gesichtsschädels, die Einlagerung der Kiefer in den Gesichtsschädel, die Beziehung der Kiefer zueinander und die Stellung der Schneidezahn-

achsen. Außerdem kann das Weichteilprofil im Zusammenhang mit den darunter liegenden skelettalen Strukturen beurteilt werden.

8. Die Analyse der Fernröntgenseitbilder von insgesamt 200 Patienten mit lateralem Kreuzbiss vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung lässt für die sagittalen und vertikalen Parameter Unterschiede im Vergleich zum unselektierten kieferorthopädischen Patientengut erkennen.
9. Die Untersuchungsgruppe mit lateralem Kreuzbiss zeigt eine verstärkte Neigung zur skelettal mesialen Kieferrelation. Dies bestätigt die Aussage von SCHULZE (1980), der den Kreuzbiss als mögliches Mikrosymptom der Progenie, als progene Tendenz bezeichnete.
10. Bei der beidseitigen Ausprägung des lateralen Kreuzbisses ist diese Tendenz verstärkt nachweisbar.
11. Als Ursachen für die progene Tendenz sind einerseits eine sagittale Überentwicklung des Unterkiefers und andererseits, sogar verstärkt, ein retrognath eingelagerter und sagittal unterentwickelter Oberkiefer anzusehen.
12. In der vertikalen Relation existieren keine deutlichen Unterschiede zwischen der Kreuzbissgruppe und dem unselektierten kieferorthopädischen Patientengut.
13. Erst die Differenzierung der Untersuchungsgruppe in verschiedene morphologische Erscheinungsformen anhand der kephalometrischen Werte ermöglicht die Isolierung von Gruppen mit ausgeprägten hyperdivergenten Tendenzen, bei denen die Gefahr der Bissöffnung während der Überstellung des seitlichen Kreuzbisses besteht.
14. Die statistische Absicherung unserer Ergebnisse anhand einer weiteren, unabhängigen Untersuchungsgruppe mit gleichen Einschlusskriterien wäre zu empfehlen. Insbesondere für die Clusteranalyse sollte die Entstehung ähnlicher morphologischer Gruppen überprüft werden.