

Kinder-Zahnmedizin

Wegweiser, wie Kinder angst- und Eltern stressfrei den Zahnarztbesuch gestalten können

Für manche Zahnärzte ist die Kinderbehandlung eher ein Albtraum: Zappelnde, schreiende und behandlungsunwillige Kinder auf dem Behandlungsstuhl; dazu aufgeregt auf das Kind einredende Mütter oder Väter und eine so nach und nach eskalierende Situation ohne Behandlungserfolg mit frustrierten Eltern und Behandlern. Das muss nicht sein! Um dieses Szenario zu vermeiden, bedarf es aber von Anfang an einer sehr intensiven Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Zahnarztpraxis.

Die moderne Kinder-Zahnbehandlung muss mehrere Aspekte berücksichtigen, nämlich:

- Psychologie: Vermeidung von Angst und Behandlungstraumen
- Prophylaxe
 - Verhinderung von Zahn- und Munderkrankungen
 - Vermeidung von Zahn- und Kieferfehlstellungen
- Behandlung von Zahn- und Munderkrankungen
- Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen

Wollen wir die einzelnen Punkte der Reihe nach besprechen:

Psychologische Vorbereitung

Schon bevor das Kind zum ersten Mal zum Zahnarzt kommt, ist die psychologische Vorbereitung im Elternhaus und, so komisch es vielleicht im ersten Augenblick klingen mag, die persönliche Einstellung der Eltern zur zahnärztlichen Behandlung sehr wichtig.

Die psychologische Vorbereitung der Kinder auf den Zahnarzt könnte beispielsweise darin bestehen, den Kindern Zahnarzt-Bildergeschichten (es gibt mittlerweile eine Reihe guter Kinderbücher zu diesem Thema) vorzulesen und ihnen anhand dieser Geschichten zu erklären, was ein Zahnarzt macht. Dabei sollten auf keinen Fall Ausdrücke wie z. B. „es tut

gar nicht weh“ oder „es ist nicht schlimm“ fallen, denn allein diese Erwähnungen wecken den Argwohn der Kleinen.

Haben die Eltern oder auch nur ein Elternteil Angst vor dem Zahnarzt, so ist das nicht unproblematisch, denn sie werden das dem Kind zumindest durch ihre „Körpersprache“ weitergeben, und die Kinder kommen so nicht mehr unvoreingenommen zum Behandler, sondern logischerweise mit einer gehörigen Portion Respekt, denn was den Eltern Angst macht, kann nicht ganz „ohne“ sein.

Das erste Treffen mit dem Zahnarzt ist nach positiver Vorbereitung ein weiterer wichtiger Schritt zur Vertrauensbildung. Ideal wäre es, wenn die Kinder beim ersten Mal so frühzeitig in der Praxis erscheinen, dass eine Behandlung mit Sicherheit nicht notwendig ist. So kann sich der Zahnarzt allein um die Zuwendung und die Vertrauensbildung bemühen, um damit einen guten, auf keinen Fall Angst machenden Eindruck beim Kind zu hinterlassen.

Sehr positiv haben sich in unserer Praxis auch die so genannten Kindernachmittage bewährt, in denen Spielstunde und Zahnputzunterricht in einem abgehalten werden – ein weiterer Aspekt, der dem Kind die Scheu vor dem Zahnarzt nimmt und Vertrauen schafft.

Wir haben deshalb einen Behandlungsraum so eingerichtet, dass er speziell für die Kinderbehandlung konzipiert ist (Abb. 1). Es handelt sich hierbei um keinen Praxisraum im üblichen Sinn, sondern um einen Kinder(spiel)raum mit Feuerwehrauto und anderen Spielsachen. Der Zahnputzbrunnen ist im Feuerwehrauto integriert, so dass die Kinder genau genommen nicht zum Zahnarzt, sondern in die Spielstunde gehen, in der sie das Zähneputzen lernen. Aus psychologischen Gründen lassen wir beim Kindernachmittag unsere kleinen Patienten auch „Zahnarzt“ spielen, wobei sie wechselweise Zahnarzt, Helferin oder Patient sein dürfen, mit dem Bohrer (natürlich ohne Aufsatz) oder der Sauganlage hantieren und somit diese Geräusche (für den eventuellen „Ernstfall“) ken-

nen lernen können (Abb. 1, 2 und 4). Eine zahnärztliche Untersuchung erfolgt schließlich so auch „ganz nebenbei“. Auf diese Art schaffen wir Vertrauen und umgehen den Angstfaktor – ja im Gegenteil sogar: Die Kinder kommen in der Regel gerne, und auf dieser Einstellung können wir bei den weiteren Behandlungen behutsam aufbauen.

Prophylaxe

Die Zahnmedizin bietet uns für die Zahnvorsorge und Kariesprophylaxe im Kindesalter verschiedenes an. Was gibt es, und wie nützlich sind welche Methoden?

Motivation zur häuslichen Zahnpflege

Möglichst früh sollte bei Kindern die Motivation zur Zahnpflege geweckt werden. Bei Kleinkindern ist das relativ einfach, denn Kinder wollen in der Regel das nachmachen, was sie bei den Eltern sehen.

Putzen die Eltern ihre Zähne, möchte in der Regel auch das Kleinkind eine Zahnbürste und „die Zähne putzen“.

Dass das anfänglich mehr ein „auf der Bürste kauen“ ist, sollte dabei nicht stören, denn die eigentliche Zahnreinigung wird in diesem Alter nach dem „auf der Zahnbürste kauen“ noch von den Eltern übernommen. Aber bereits in diesem Alter kann man in der Praxis damit beginnen, das Reinigen der Zähne zu trainieren. Technisch wird das selbstverständlich mit zunehmendem Alter immer besser. Damit das so wird, bestellen wir unsere Kleinen im Zwei-Monats-Rhythmus zu uns zur Gruppen-„Spielstunde“. (Abb. 2)



Abb. 1:



Abb. 2:



Dr. Karlheinz Graf

Studium der Zahnmedizin und Philosophie, zahnmedizinisches Staatsexamen und Promotion am Institut für Hirnforschung an der Universität Düsseldorf. Seit 1979 niedergelassen in Straubing/Niederbayern und daneben seit 1992 als Heilpraktiker tätig. Nunmehr seit über 15 Jahren zahlreiche Weiterbildungen in Milieu- und Regulationsmedizin. Umfangreiche Vortrags- und Seminaraktivität im In- und Ausland für Ärzte und Zahnärzte im Fachgebiet Umweltmedizin und Ganzheitliche Zahnmedizin und Veröffentlichung des Lehrbuches „Ganzheitliche Zahnmedizin - Fakten, Wissenswertes, Zusammenhänge“ im Joh. Sonntag-Verlag.

Umfangreiche Vortrags- und Seminaraktivität im In- und Ausland für Ärzte und Zahnärzte im Fachgebiet Umweltmedizin und Ganzheitliche Zahnmedizin und Veröffentlichung des Lehrbuches „Ganzheitliche Zahnmedizin - Fakten, Wissenswertes, Zusammenhänge“ im Joh. Sonntag-Verlag.

Kontakt:

Zahnarzt und Heilpraktiker
Dornierstr. 33e, D-94315 Straubing
Tel.: 09421 / 6992, Fax: 09421 / 61621
www.praxis-dr-graf.de

Bestimmung der kariesauslösenden Bakterien

Dieser Test ist relativ einfach und gibt uns einen Hinweis darüber, inwieweit das Gleichgewicht der Bakterienflora im Mund gestört ist und inwieweit die Anzahl der Karies auslösenden Keime erhöht ist. Liegt eine Störung der Symbiose vor, so sollte diese auf jeden Fall wieder hergestellt werden. Da aber auch genetische Faktoren für eine hohe Kariesanfälligkeit der Zähne mitverantwortlich sind, ist eine vorliegende Dysbiose nicht zwangsläufig mit einer erhöhten Kariesanfälligkeit gleichzusetzen. Ist eine genetische Disposition dazu jedoch gegeben, so sollte unbedingt auf eine Wiederherstellung der Symbiose hingearbeitet werden.

Fluoridierung

Es gibt zwei verschiedene Arten, wie die Fluoridierung gehandhabt wird, nämlich die so genannte endogene Fluoridierung durch Zuführung von Fluoriden durch Tabletten, fluoridiertes Speisesalz, Trinkwasser etc. zum einen und

die Fluoridierung durch direkten Kontakt der Zähne mit dem Wirkstoff zum anderen.

Wissenschaftlich gesichert scheint, dass, wenn überhaupt, nur der längerfristige direkte Kontakt des Fluorids mit dem Zahn wirksam ist. Somit ist aber nach meinem Dafürhalten die gesamte endogene Fluoridierung mittels Tabletten und anderen Supplementen ziemlich unsinnig, da eher wirkungslos. Aus diesem Grund wurde auch u. a. die Trinkwasserfluoridierung in der Stadt Basel, einem Vorzeigeobjekt der Fluoridierungsbefürworter, im Jahr 2003 wieder abgeschafft.

Zu bedenken gilt es vor allem, dass der langfristige Gebrauch von Fluoriden über Jahre hinweg bestimmte „Nebenwirkungen“ hervorrufen kann.

So ist in der Fachliteratur beschrieben, dass die chronisch-toxische Wirkung der Fluoride

- die Enzyme und damit den Stoffwechsel hemmt
- das Immunsystem schädigt
- die Kollagensynthese und damit unser Körpergerüst schwächt.

Somit scheint es mir gerade bei Kindern sinnvoller zu sein, in der Kariesprophylaxe auf andere, weniger schädliche Wirkstoffe wie z. B. das Chlorhexidin auszuweichen.

Fissurenversiegelung

Bei der Versiegelung der Fissuren (Vertiefungen) eines Zahnes wird nach dem Anrauen der Zahnoberfläche ein kunststoffhaltiger Lack aufgebracht und so die Vertiefungen dieses

Zahnes versiegelt und für Bakterien unzugänglich „verschweißt“.

Leider gibt es in der Zahnmedizin keinen Werkstoff, der absolut biokompatibel, also frei von Nebenwirkungen ist.

So wird in der Fachliteratur über die Zahnversiegler beschrieben, dass diese eine chronisch-toxische und eine hormonähnliche Wirkung auf den Organismus hätten.

Bei der genetischen Disposition einer hohen Kariesanfälligkeit wäre aber zu überlegen und mit den Erziehungsberechtigten der Kinder zu besprechen, ob nicht doch eine Fissurenversiegelung durchgeführt werden sollte. Die Nachteile einer chronisch-toxischen und hormonähnlichen Belastung auf den kindlichen Organismus relativieren sich dabei insofern, weil bei einer Karies in der Regel kunststoffhaltige Füllungen gemacht werden müssen, die eine ähnliche Wirkung auf den Organismus hätten.

Wenn sich die Eltern für eine Fissurenversiegelung entscheiden, sollten logischerweise aber alle Zähne mit Fissuren, also sämtliche Seitenzähne, behandelt werden und nicht nur die bleibenden Backenzähne, wie von den gesetzlichen Krankenkassen befürwortet.

Homöopathische Konstitutionstherapie

In der Hand eines Fachmanns ist diese Behandlung die effektivste Form einer ganzheitlichen Behandlung, denn sie verbessert bei der richtigen Wahl des „simile“, also des homöopathischen Arzneimittels, eine Reihe von individuellen Schwachpunkten auf verschiedenen Ebenen, nicht nur die Kariesanfälligkeit. Diese Therapie sollte aber von einem versierten Homöopathen durchgeführt werden, da sie sehr viel Wissen und Erfahrung voraussetzt.

Ernährungstherapie

Gerade bei Kindern mit kariesanfälliger Gebiss ist eine gesunde, naturbelassene, abwechslungs- und vitalstoffreiche Ernährung und eine gute Mundhygiene in Kombination mit anderen karieshemmenden Maßnahmen eine sehr gute Prophylaxe gegen Zahnkrankheiten. In der heutigen Zeit der süßen und Fastfood-Verführungen und insbesondere bei Kindern ist das mitunter aber schwierig durchzuführen.

Aus Forschungsarbeiten von Weston Price wissen wir, dass bereits ab der zweiten Generation Degenerationserscheinungen auftreten können, wenn sich eine Person überwiegend mit so genannter „Zivilisationskost“ ernährt (Abb. 3). Dem gilt es entgegenzuwirken.

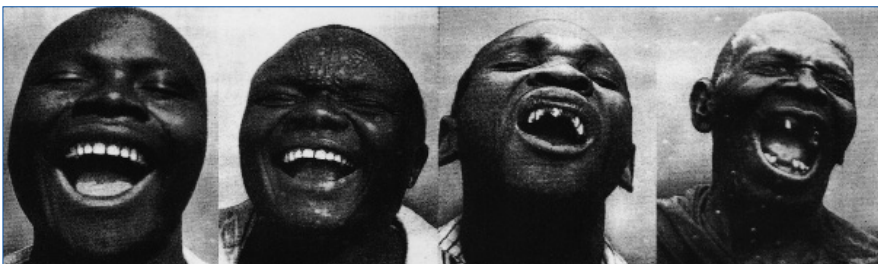


Abb. 3a-d (von links nach rechts): a-b) Eingeborene aus Belgisch-Kongo. Hervorragende Ausbildung der Gebisse und der allgemeinen Konstitution, überraschend gleichartige Gesichtsbildung, Fehlen von Zahnkaries und anderen Degenerationsleiden ist bei den noch Väterart lebenden Stämmen fast allgemein. c-d) Schwarze Plantagenarbeiter aus Ostafrika, die mit importierten Nahrungsmitteln versorgt werden. Den Mängeln der Nahrung ist auch die hervorragende Konstitution dieser Rasse nicht gewachsen. Neben dem Zahnverfall treten auch die anderen Zivilisationsleiden auf. Dazu sind auffallende Charakterveränderungen zu beobachten. (aus: Haller: Gefährdete Menschheit)

Kieferorthopädische Prophylaxe

Vorsorglich sollte im Kindesalter darauf geachtet werden, dass eine bestehende Mundatmung einer hals-nasen-ohrenärztlichen Konsultation zugeführt wird. Das Problem bei einer bestehenden Mundatmung besteht darin, dass durch den meist geöffneten Mund das muskuläre Gleichgewicht von Zungen- und Wangenmuskulatur, das auf die Zähne zur Formung des Zahnbogens einwirkt, gestört ist. Die Folge ist, dass durch den fehlenden Lippenabschluss weniger Druck auf die Frontzähne ausgeübt wird und so der Druck auf die Seitenzähne überwiegt. Es kommt damit zu Verformungen des Zahnbogens mit Funktionseinschränkungen.

Das Fingerlutschen oder / und der häufige Gebrauch des Schnullers wirkt sich ebenfalls negativ auf das Wachstum und die Ausformung der Zahnbögen aus. Die häufigste Folge ist der so genannte „offene Biss“, d. h. die Frontzähne kommen nicht zusammen, wenn die Seitenzähne zusammengebissen sind.

Wenn diese erwähnten Parafunktionen bis etwa zum vierten Lebensjahr beseitigt sind, bildet sich der bis dahin entstandene „offene Biss“ aber meist rückstandslos zurück. Je später eine Entwöhnung des Schnullers oder des Fingerlutschens erfolgt, umso größer ist das Risiko, dass es nicht zu einer vollständigen Rückbildung kommt.

Behandlung

Trotz aller prophylaktischen Bemühungen kann eine Karies nicht immer verhindert werden. Es muss auch bei Kindern mal „gebohrt“ werden. In diesem Fall wirken sich die psychologischen Einflussnahmen und vertrauensbildenden Maßnahmen, wie anfangs im Artikel ausgeführt, und auch das „Zahnarzt-Spiel“ in unseren Kindernachmittagen (Abb. 4) sicherlich positiv aus. Das Kind kennt die „Zahnarzt-Geräusche“, ist darauf vorbereitet und wird dann eher abwartend und meist mit Vertrauen die Maßnahmen erwarten, die nun kommen müssen.

Wichtig ist, dass unsere kleinen Patienten jetzt kein Schmerzerlebnis haben, denn damit kann das in den Behandler gesetzte Vertrauen auf einen Schlag wieder verloren gehen. Die Zahnbehandlung erfolgt bei uns deshalb in der Regel mit einer örtlichen Betäubung – und damit der Einstich kein unangenehmes Ereignis wird, nehmen wir die dünnste auf dem Markt befindliche Nadel dafür her. Der Stich wird mit etwas zahnärztlichem Geschick daher kaum wahrgenommen, und so kann in aller Ruhe und ohne Negativerlebnis für das Kind eine Füllung gelegt werden.

Kommen unsere kleinen Patienten erst so spät zu uns, dass bereits ein oder mehrere Milchzähne irreparabel zerstört sind, versuchen wir in der Regel, diese Zähne wenigstens als Platzhalter für die noch zu erwartenden bleibenden Zähne so lange wie möglich zu er-

halten. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass sich nach dem frühzeitigen Verlust des Milchzahns die Lücke verengt und damit für den nachrückenden bleibenden Zahn der Platz zu gering wird.

Für die Erhaltung zerstörter Milchzähne gibt es zwei Möglichkeiten:

- Milchzahn-Wurzelfüllung mit Rekonstruktion des Zahnes durch eine Füllung oder konfektionierte Krone oder
- großzügiges Aufbohren und Offenlassen des toten Milchzahnes ohne Rekonstruktion durch eine Füllung.

Was ist sinnvoller?

Bei einer Milchzahnwurzelfüllung werden die Milchzahnwurzeln gesäubert und mit Konservierungsstoffen gefüllt, bevor durch eine Füllung oder das Befestigen einer konfektionierten Krone der Milchzahn wieder rekonstruiert wird.

Das Problem dieser Methode ist, dass die Milchzahnwurzel natürlicherweise bis zum Zeitpunkt des Zahnverlustes immer weiter abgebaut wird, bis die Wurzel schließlich ganz aufgelöst und damit der Zahn locker ist. Das in der Wurzel befindliche Füllmaterial, das in der Regel toxisch, gewebsschädigend und allergen ist, kann so leider mehr oder minder ungehindert in den Organismus gelangen. Ich bezweifle, dass Eltern diese gesundheitliche Belastung für ihre Kleinen befürworten.

Die in dieser Beziehung problemlosere Methode ist die großzügige Eröffnung und Offenhaltung der Höhle, in der sich der abgestorbene Nerv befindet. Auf diese Art wird eine vorhandene Entzündung chronifiziert, und das bleibt auch so, so lange diese Eröffnung nicht wieder geschlossen wird. Somit verbietet sich aber eine Füllung oder Milchzahnkrone auf diesen Zahn; die „Ruine“ hat nur noch die Funktion eines Platzhalters für den darunter liegenden bleibenden Zahn, was in der Regel aber völlig ausreichend ist, da die Zeit, in der dieser zerstörte Milchzahn verbleiben soll in der Regel nur noch sehr limitiert ist.

Kann ein Milchzahn nicht erhalten werden, muss altersbedingt überlegt werden, ob eventuell ein kieferorthopädischer Platzhalter eine Verengung der Zahnlucke und damit einen Platzmangel für den zu erwartenden bleibenden Zahn verhindern soll. Diese Überlegung ist insbesondere dann angezeigt, wenn Milchzähne schon in sehr jungen Jahren zerstört sind und verloren gehen.

Wachsen die bleibenden Zähne schief oder haben sie zu wenig Platz, sollte eine kieferorthopädische Behandlung die Funktion des Gebisses wieder herstellen. Sie ist in der Regel erst dann erforderlich, wenn alle bleibenden Zähne durchgebrochen sind, also im Alter von ca. 12 bis 14 Jahren. Somit reduziert sich die Tragezeit von Zahnspangen erheblich, was der Akzeptanz einer kieferorthopädischen Behandlung eher förderlich ist.



Abb. 4:

Eine frühzeitigere kieferorthopädische Behandlung als mit 12 bis 14 Jahren ist ausnahmsweise nur dann indiziert, wenn bei bestimmten Fehlbildungen das Wachstum des Organismus beeinflusst werden muss.

Schlussbetrachtung

Um eine Zahnbehandlung im Kindesalter zu vermeiden, sollte die Kinder-Behandlung beim Zahnarzt so früh wie möglich, meiner Meinung nach bereits im dritten Lebensjahr beginnen. Dabei ist die Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Elternhaus sehr wichtig.

Idealerweise beschränkt sich die zahnärztliche Therapie dann auf

- Informationen der Erziehungsberechtigten zur Prophylaxe
- vertrauensbildende Maßnahmen beim Kind
- Motivation der Kinder zur Zahnpflege
- Vorsorge zur Kariesverhütung
- kieferorthopädische Überwachung

Den Kindern bleibt bei entsprechender Vorsorge ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt erspart.

Angst vor dem Zahnarzt ist dann ein Fremdwort!

Ohne Angst kommen die Kinder gerne und vor allem oft genug in die Praxis, um die Zahngesundheit und Zahnentwicklung therapeutisch beobachten und lenken zu können. Somit können frühzeitig individuelle Strategien für ein naturgesundes Gebiss besprochen werden.

Kinder, die auf diese Art zahnärztlich betreut worden sind, werden ihre Kinder wiederum motiviert und Prophylaxe orientiert erziehen. Langfristig würde so die Zahngesundheit der Bevölkerung sehr positiv beeinflusst werden können.

