Prophylaxe von Anfang an

Professionelle Prävention für das Ungeborene bis zum Dreijährigen

Wie schwer ist es manchmal bei erwachsenen Patienten, eine gesunde Mundsituation durch restaurative Maßnahmen zu erzielen und dieses Behandlungsergebnis im Anschluß über lange Zeit stabil zu erhalten! Oft endet der dauerhafte Erfolg einer Behandlung zu dem Zeitpunkt, an dem auch die fortlaufende präventive Betreuung in der Zahnarztpraxis endet. Dies liegt nicht zuletzt daran, daß es besonders schwierig ist, ein einmal entstandenes kariogenes Biotop nicht nur langfristig umzustellen, sondern auch im Rahmen einer entsprechenden Nachsorge unter Berücksichtiung aller Faktoren, die auf das Krankheitsgeschehen einwirken können, im Griff zu haben. Viel leichter haben wir es da bei unseren kleinen Patienten: Durch eine gezielte Prävention von Anfang an können wir die Entwicklung des Mundbiotopes von Beginn an so beeinflussen, daß günstigenfalls kariogene Keime überhaupt nicht in der Mundhöhle vorhanden sind.

Daß dies keine Utopie ist, erkennt man, wenn man einmal das Vorkommen der kariogenen Hauptkeime, Mutans-Streptokokken und Laktobazillen bei Kindern verschiedener Altersklassen betrachtet: Man sieht eine hohe Verteilung kariesrelevanter Keime. Betrachtet man aber Tab. 1 positiv, so ist zu sehen, daß sich in jeder Altersklasse bei zehn bis zwanzig Prozent der untersuchten Kinder keine kariesrelevanten Keime nachweisen lassen.

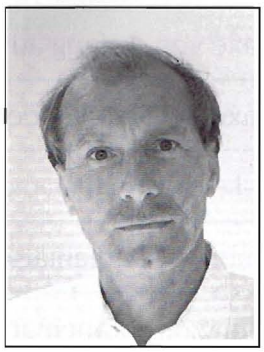
Damit ist ein Ziel einer zeitgemäßen Präventionsstrategie formuliert: Kariogene Keime, ohnehin nur fakultative Besiedler der kindlichen Mundhöhle, sollen im oralen Keimspektrum am besten gar nicht, oder wenn nur in geringen Mengen vorhanden sein. Das Erreichen dieses Ziels bedarf nicht nur eines umfangreichen Fachwissens, es benötigt auch Organisationsstrukturen einer Zahnarztpraxis, die sich vollkommen von denen einer restaurativ prothetisch ausgerichteten Praxis unterscheiden.

Echtes Engagement

Neben diesem fachlichen Wissen sind jedoch noch weitere Voraussetzungen für den Erfolg präventiver Bemühungen zu berücksichtigen: Die Prävention muß auch „aus dem Bauch heraus" erfolgen. Immer wenn wir den Patienten ansprechen, beraten, motivieren oder instruieren, senden wir eine Botschaft aus. Es ist eine Erkenntnis der Verhaltenstherapie, daß diese Botschaft beim Patienten nur zu sieben Prozent durch die Worte wirkt, die wir sagen. Der weitaus größte Teil (93 Prozent) wirkt durch nonverbale Kommunikationsmuster. Und hier kann eine Botschaft nur überzeugend wirken, wenn die Prävention dem Absender der Botschaft, also dem Zahnarzt und seinem Team, ein echtes Anliegen ist. Daraus wird verständlich, daß die Botschaft den Angesprochenen um so eher überzeugen und motivieren wird, je engagierter sie vorgetragen wurde. Das bedeutet: Die Idee der Prävention und ihre Durchführung muß zuerst im Kopf des Zahnarztes sein. Hierbei muß es in erster Linie um die Sache gehen, nicht um die Frage, wie die Umsatzrückgänge des prothetischen Niederganges aufgefangen werden können.

Autoren	Anzahl/Alter der untersuchten Kinder	SM (%)	LB (%)
Brändle u.a. (1991)	103 Zehn- bis Elfjährige	79	80
Klock & Krasse (1977)	655 Neun- bis Zwölfjährige	92,4	79
Kristoffersson u.a. (1986)	388 Dreizehnjährige	86	
Seppä u.a. (1988)	841 Dreizehnjährige	93	
Twetman u.a. (1990)	698 Zwölfjährige	82	

Tab. 1



Dr. med. dent. Lutz Laurisch
Jahrgang 1949
1975 Studium in Louvain (Belgien) und Düsseldorf, Examen und Promotion
seit 1977 in eigener Praxis in Korschenbroich tätig
seit 1981 Entwicklung eines in den Praxisalltag integrierten Prophylaxekonzeptes. Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge zu diesem Thema auf Tagungen und in Fachzeitschriften
seit 1988 Veröffentlichung eines Konzeptes zur Bestimmung der individuellen Kariesgefährdung. Umfangreiche Prophylaxekurse für Zahnärzte und Helferinnen. Kurstätigkeit an Fortbildungsinstituten der Zahnärztekammern
1989 Entwicklung eines einfachen Bakteriennachweisverfahrens kariesrelevanter Keime
1993 Veröffentlichung eines Konzeptes zur systematischen Prävention der Fissurenkaries
seit 1989 stellvertretender Vorsitzender der ehemaligen Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK
seit 1994 stellvertretender Vorsitzender der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK
Stellvertretender Vorsitzender der Koordinierungsstelle für Prophylaxe in der DGZMK, Mitglied des Ausschusses für Präventive Zahnmedizin (PZM) der Zahnärztekammer Nordrhein, Mitglied des Scientific Board der International Health Care Foundation (IHCF). Autor des Buches „Individualprophylaxe – Diagnostik und Therapie des individuellen Kariesrisikos" (Hanser Verlag 1994)

Der richtige Zeitpunkt

Außerdem entscheidend für den Erfolg ist der Zeitpunkt, an dem die präventive Betreuung des Kindes in der Praxis beginnt. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, daß:

- die spätere Karieszunahme entscheidend vom dem Zeitpunkt abhängt. an dem die Prophylaxe beginnt
- Kinder weniger Karies haben, wenn die Mutter bereits während der Schwangerschaft in präventiver Behandlung war.

Durch diese Maßnahmen wurde die frühe Kolonisation der Mundhöhle des Kindes verhindert. Gerade aber diese frühzeitige Kolonisation ist entscheidend für die spätere Karieszunahme.

Der letzte Punkt ist für ein präventives Konzept wichtig: Die Erfolge in dieser Untersuchung basierten in erster Linie darauf, daß durch konventionelle und neuere präventive Therapien keimzahlreduzierende Maßnahmen bei der Mutter durchgeführt wurden. Hierdurch wurde das Übertragungsrisiko vermindert. Caufield zeigte, daß dieses sog. „window of infectivity" also der Zeitraum, in dem in der Regel die kindliche Mundhöhle besonders empfänglich für kariogene Keime ist, in der Zeit vom 7. bis 26. Lebensmonat des Kindes liegt.

Alaluusua und Köhler (1988) zeigten, daß die Kariesinzidenz im Milchgebiß der des bleibenden Gebisses gleicht. Damit wird klar, welcher Behandlungsaufwand sich in Zukunft durch eine frühzeitig einsetzende präventive Betreuung vermeiden läßt. Gleichzeitig wird verständlich, warum sich die Karies mit dem Bohren allein nicht heilen läßt.

Der Zeitrahmen, in dem die Mundgesundheit im Milchgebiß, und damit oft auch im späteren bleibenden Gebiß festgelegt wird, fällt somit in eine Entwicklungsperiode des Kindes, wo es Eltern nur selten in den Sinn kommt, ihr Kind dem Zahnarzt vorzustellen. Eine für die Prävention sicherlich bedeutsame Tatsache. Aus diesen wissenschaftlichen Tatsachen formulieren sich folgende Ziele der Kleinkindprophylaxe:

- Verhinderung der Übertragung kariogener Keime
- Stärkung der Abwehr des Kindes gegenüber kariogenen Keimen
- Verhinderung der Kolonisation bei einmal stattgefundener Übertragung

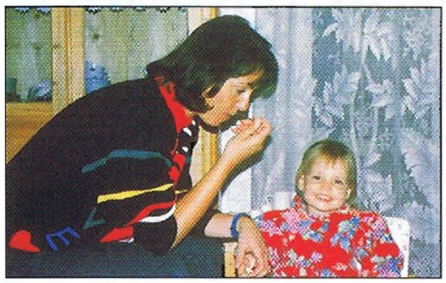


Abb. 1a und b: Keimübertragung durch Löffelkontamination

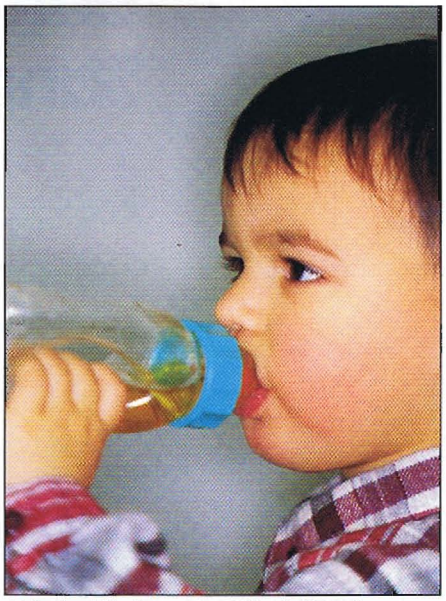


Abb. 2: „Kindgerechte" Nuckelflasche

Diese präventiven Behandlungsziele basieren auf Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen der letzten Jahre :

- im zahnlosen Kindermund sind keine Mutans-Streptokokken nachweisbar
- der Nachweis von Mutans-Streptokokken und damit auch die Kariesinzidenzrate steigt mit dem Alter des Kindes
- die Konzentration von Mutans-Streptokokken korreliert mit der Zahnzahl
- je früher Mutans-Streptokokken nachweisbar sind. um so größer ist die Karieshäufigkeit, insbesondere im Approximalbereich
- hohe Streptococcus-mutans-Zahlen im Alter von zirka zwei Jahren verursachen mit einem positiven Vorhersagewert von 92 Prozent auch Karies in den nächsten 2,7 Jahren
- Kinder, die keine klinische Karies, aber hohe Streptococcus-mutans-Zahlen aufwiesen, entwickelten im folgenden Jahr signifikant mehr Karies als Kinder, die bei der Untersuchung weder Karies noch Mutans-Streptokokken zeigten.

Wenn Untersuchungen in Heidelberg zeigen, daß 38 Prozent der Dreijährigen schon an Karies leiden, macht dies den präventiven Handlungs- und Nachholbedarf deutlich. Gleichzeitig wird aber auch klar, welcher Behandlungsaufwand sich in Zukunft durch eine frühzeitig einsetzende präventive Betreuung vermeiden läßt.

Die Elternberatung

Aus diesen Fakten und zeitlichen Abläufen ist ersichtlich, daß die zahnmedizinische Prophylaxe die größte Effektivität zeigt, wenn sie so früh wie möglich, also bereits im Säuglingsalter oder besser während der Schwangerschaft der Mutter, einsetzt. Es ist daher sinnvoll, in der zahnärztlichen Praxis die Eltern so früh wie möglich anzusprechen, um sie auf die Möglichkeiten des Schutzes der Zähne ihrer Kinder aufmerksam zu machen. Die Information und Beratung soll günstigenfalls schon die werdenden Eltern erreichen, um das Bewußtsein für die Bedeutung gesunder Milchzähne zu wecken. Insbesondere hier bietet sich die Zusammenarbeit mit einem ortsansässigen Gynäkologen an oder aber mit einem Kinderarzt. Auch das würde noch ausreichen, da die in den Kindermund übertragenen Keime sich erst dann etablieren können, wenn Zähne in die Mundhöhle durchbrechen. Dies ist allerdings schon ein Alter, in dem das Kind bereits mehrere Vorsorgeuntersuchungen bei einem Kinderarzt hinter sich hat.

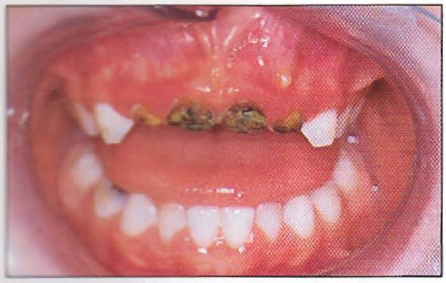


Abb. 3: „Das Nursing-bottle"-Syndrom

Maßnahmen der Primär-Primär-Prophylaxe

Die Primär-Primär-Prophylaxe hat zum Ziel, eine Übertragung kariogener Keime auf das Kind von vornherein zu verhindern. Die dazu notwendigen therapeutische Schritte teilen sich in beratende und praktische Maßnahmen bei der Schwangeren bzw. der jungen Mutter auf.

1. Aufklärung der Schwangeren über das Übertragungsrisiko und die Übertragungswege kariogener Keime: Diese Beratung zeigt die Zusammenhänge bei der Entstehung von Karies beim Kleinkind auf. Die Übertragung erfolgt in der Regel auf indirektem Weg durch einen Schnuller, eine Milchflasche, einen Löffel, die von der Mutter kontaminiert wurden, oder aber auch durch Gegenstände des täglichen Gebrauchs, wie z.B. Spielsachen, die von anderen kariesaktiven Kindern mit Speichel kontaminiert wurden. Diese Übertragungsmöglichkeiten bleiben daher nicht nicht nur auf die Mutter beschränkt. In Frage kommen auch weitere Kontaktpersonen, wie z.B. eine Kinderfrau, Kindergärtnerin, Spielkameraden mit regelmäßigem Speichelkontakt, Geschwister oder andere Familienmitglieder, die sich der Pflege des kleinen Kindes widmen. Therapeutisch bedeutet dies auch die Kontrolle und Behandlung dieses Personenkreises.

2. Ernährungsberatung unter Berücksichtigung der frühkindlichen Zuckerzufuhr: Die Ernährungsberatung muß deutlich machen, daß eine Kolonisation mit kariogenen Keimen nicht erfolgen kann, wenn das dazu nötige Substrat nicht zugeführt wird. Leider findet schon recht früh eine Zuckerzufuhr statt, ohne daß die Eltern sich darüber bewußt sind. So enthalten naturreine, nicht gezuckerte Obstsäfte immer noch genügend Zucker, um den gleichen Kariespotentialindex zu haben wie eine zehnprozentige Saccharoselösung. Adaptierte Milchfertignahrung enthält ebenfalls genügend Zucker und Kohlenhydrate, um die Kolonisation zu begünstigen. Hier müssen auch eindeutige Hinweise auf sogenannte „Betthupferl" gegeben werden. Der Apfel, weithin noch als Zahnbürstenersatz angesehen, ist nicht die geeignete Zubettgehhilfe. Eine entsprechende Mundhygiene mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta unmittelbar vor dem Schlafengehen ist unabdingbar.

3. Verhaltenshinweise zum Gebrauch von Saugflaschen zur Vermeidung von frühkindlichen Zahnschäden im Sinne der Fläschchenkaries („Nursing-Bottle-Syndroms"): Untersuchungen haben gezeigt, daß sieben Prozent der Kinder eines jeden Altersjahrganges am Nursing-Bottle-Syndrom erkranken. Die Industrie liefert dieser Erkrankung durch die Herstellung von Plastikflaschen erheblichen Vorschub. Diese erwecken durch eine lustige Bemalung den Eindruck, daß „lustige Kinder" auch „lustige Flaschen" mögen. Durch eine kindgerechte Gestaltung der Flaschenform ist es schon Kleinstkindern möglich, gefahrlos an der extra aus Plastik hergestellten Flasche zu saugen. Die Getränke darin sind in der Regel – entgegen den Bekundungen der Werbung – nicht zuckerfrei. Hier hat Wetzel festgestellt, daß Kindern mit einer Fläschchenkaries in erster Linie Apfelsaft getrunken haben, also ein ganz und gar nicht zuckerfreies Getränk. Die Beratung der Schwangeren bzw. der jungen Mutter sollte also darauf abzielen, daß grundsätzlich Flaschen nur zu den Mahlzeiten und nicht zur Beruhigung des Kindes wahllos über den Tag verteilt gegeben werden.

Häufiges Stillen, insbesondere nachts, kann aufgrund des in der Milch enthaltenen Laktats ebenfalls zu Zahnschädigungen führen. In der Muttermilch beträgt der Laktatgehalt immerhin noch sieben Prozent. Dies reicht aus, um den vorhandenen Mutans-Streptokokken ausreichendes Substrat zu ihrer Vermehrung zur Verfügung zu stellen. Hinzu kommt als positiv verstärkender Faktor, daß die Speichelfließrate nachts erniedrigt ist, damit wird zwangsläufig die natürliche Clearence reduziert.

4. Vorsichtiger Gebrauch von Zahnungsmitteln, denen in der Regel Zucker zugesetzt ist: Gerade in der wichtigen Phase des Zahndurchbruches, wo der optimale Schutz des Schmelzes gefordert ist, ist so eine größere Menge Substrat direkt vor Ort. Dies wiegt besonders schwer, da adäquate Reinigungsmaßnahmen nicht durchgeführt werden

können. Gleichzeitig besteht schon frühzeitig die Gefahr, den Säugling an die Gabe von Süßem als Trost beim Auftreten von Schmerzen zu gewöhnen.

5. Praktische Maßnahmen sollten umfassen:

- die Feststellung des mütterlichen Keimniveaus, insbesondere des Anteils an Mutans-Streptokokken. Hiermit wird das Übertragungsrisiko bestimmt; diese Maßnahme sollte auch bei weiteren Bezugspersonen und Geschwistern durchgeführt werden.
- die Bestimmung der mütterlichen Zahngesundheit. Hier ist insbesondere der Anteil an aktiver Karies im Mund der Mutter wichtig, da aktiver Karies in der Regel immer mit erhöhten Keimzahlen kariesrelevanter Keime verbunden ist. Diese Keimzahlen wiederum haben maßgeblichen Einfluß auf das Übertragungsrisiko.
- die zahnärztliche Sanierung der werdenen Mutter mit kariostatischen Materialien (GI-Zemente oder Kompoionomere) einschließlich aller Maßnahmen, die im Rahmen eines präventiven Praxiskonzeptes erforderlich sind. Dies schließt insbesondere die Ernährungsberatung, die PZR, sowie die Intensivierung von Hygiene- und Fluoridierungsmaßnahmen ein.
- Die Applikation antibakterieller Lacke bzw. Durchführung von Chlorhexidin-Intensivtherapien im Mund der Mutter zur Keimzahlreduktion. Dies ist nach vorheriger Indikationsstellung im Rahmen der Bestimmung des individuellen Kariesrisikos angezeigt. Die Anwendung chlorhexidinhaltiger Lacke sollte erst dann erfolgen, wenn andere präventive Maßnahmen fehlgeschlagen sind oder aufgrund der gesamten Situation der Schwangeren oder jungen Mutter nicht durchgeführt werden können. Die Chlorhexidinanwendung selbst sollte zu dem Zeitpunkt erfolgen, zu dem die ersten Zähne des Kindes durchbrechen. Untersuchungen haben gezeigt, daß Kinder von Müttern, die gerade in dieser Phase des Zahndurchbruches eine Chlorhexidintherapie mitgemacht haben, signifikant weniger Karies hatten als Kinder einer Kontrollgruppe.

Ferner beinhaltet die Betreuung der Schwangeren bzw. der jungen Mutter die regelmäßige professionelle Zahnreinigung im Rahmen von entsprechend dem individuellen Bedarf durchgeführten Recallmaßnahmen.

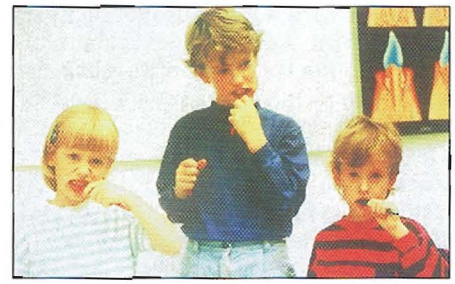


Abb. 4: Frühzeitig einsetzende Prävention reduziert den Behandlungsbedarf.

Maßnahmen der Primärprophylaxe

Sobald die Zähne durchbrechen, werden sie einem entsprechend vorbereiteten Mundbiotop ausgesetzt. Nun kann eine Besiedelung mit plaquebildenden kariogenen Keimen erfolgen. Von da an sollten Maßnahmen einsetzen, welche die Kolonisierung verhindern bzw. erschweren. Primärprophylaxemaßnahmen enthalten weitgehend die schon aufgezeigten Elemente einer Primär-Primär-Prophylaxe. Art und Umfang bei der Präventivtherapie des Kleinkindes richten sich nach den individuellen Bedürfnissen und nach den Behandlungsmöglichkeiten, die das Kind zuläßt. Im Rahmen des bisher aufgezeigten Betreuungskonzeptes bildet die Elternaufklärung und die Elternberatung einen Schwerpunkt in den Prophylaxebemühungen. Mit zunehmendem Alter des Kindes tritt jedoch die Motivierung des kleinen Patienten immer mehr in den Vordergrund. Hier bietet sich die Möglichkeit, mittels kindgerechter Methoden Zahngesundheitsbewußtsein und Bereitschaft zur Mitarbeit bei der Verhütung von Zahnschäden allmählich aufzubauen und später zu stabilisieren. Voraussetzung dafür ist ein entsprechendes Vorgehen in kleinen Schritten.

Bei den Eltern gilt es, der weitverbreiteten Meinung, es handle sich ja ohnehin nur um Milchzähne, die es nicht besonders zu beachten gelte, entschieden entgegenzutreten. Die Gesundheit der Milchzähne ist nicht nur mitbestimmend für die Gesundheit des bleibenden Gebisses, sondern für die Gesundheit des ganzen Kindes. Eine Erleichterung bei der Beratung und der Gesprächsführung ist die Kenntnis der bisherigen Verhaltensgewohnheiten von Mutter und Kind. Auf die Ernährungssituation des Kindes muß besonderer Wert gelegt werden. Als besonders gefährlich gilt hier wiederum der Fläschchenmißbrauch. In Kenntnis dieser Umstände kann gezielt auf erkennbares zahnschädigendes Verhalten eingegangen werden. Dies erleichtert den Zugang zum Patienten und den Einstieg in das Gespräch. Entsprechend dem Alter des Kindes bauen beratende Maßnahmen auf den geschilderten Zusammenhängen auf und werden entsprechend dem Älterwerden des Kindes vertieft.

Die Maßnahmen bei der Mutter beinhalten die Verhinderung der Übertragung kariogener Keime (insbesondere Mutans-Streptokokken) und die Verminderung des Übertragungsrisikos durch keimzahlreduzierende Maßnahmen.

Die folgenden, sich aufeinander langsam aufbauenden Maßnahmen beim Kleinkind haben das Ziel, die Abwehr zu stärken:

- regelmäßige professionelle Betreuungsmaßnahmen (diese beinhalten: Zahnreinigungsmaßnahmen, Speicheluntersuchungen zur Bestimmung des Keimniveaus und zur Verlaufskontrolle)
- Versiegelungsmaßnahmen auch im Milchgebiß
- Ernährungskontrollen, einschließlich entsprechender Zuckersubstitution durch Xylit
- verbesserte Oralhygiene
- regelmäßige Fluoridzufuhr
- keimzahlreduzierende Maßnahmen als letzte Möglichkeit, wenn andere präventive Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben.

Präventionssitzung für Dreijährige

Bei dreijährigen Kindern ist ein vollständiges Milchgebiß vorhanden. Meist

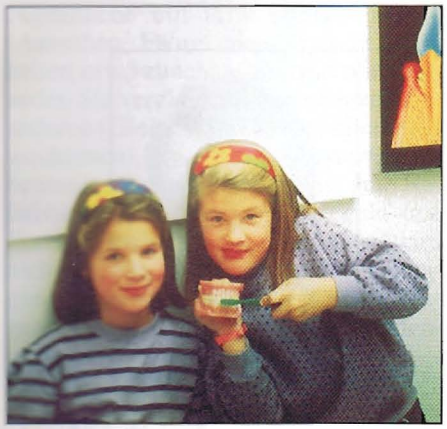


Abb. 5: Zähneputzen kann auch Spaß machen

kommt uninformierten Eltern hier erstmals der Gedanke, das Kind dem Zahnarzt vorzustellen. Aufgrund der in der Regel erfolgten Tablettenfluoridierung kann der klinische Zustand des Gebisses die tatsächlichen Gefährdungen im Augenblick noch maskieren.

1. Ziel der Prophylaxesitzung: Karies im Milchgebiß soll vermieden werden. Kinder mit hohem Kariesrisiko sollen erkannt werden. Ernährungsfehlverhalten einschließlich immer noch anhaltendem Flaschenmißbrauch sollen abgestellt werden. Das Kleinkind soll schrittweise die Zusammenhänge zwischen der Zufuhr von Zucker und Karies erkennen. Die Mundhygiene soll mit dem Ziel der selbständigen Durchführung eingeübt werden.

2. Diagnostische Maßnahmen:

- klinische Untersuchung: Das Auftreten von Karies bzw. Demineralisationen an den Glattflächen im Zahnfleischrandbereich oder an den Frontzähnen sind klinische Anzeichen einer erhöhten Kariesaktivität bei Ernährungsfehlverhalten bzw. mangelnder Hygiene. Die Transilluminationstechnik kann helfen, beginnende oder schon manifeste approximale Läsionen an Milchmolaren klinisch zu erkennen.
- der Speicheltest: Aufgrund der bekannten Ursachen des Krankheitsprozesses in diesem Lebensalter ist der Gehalt an Mutans-Streptokokken und die Pufferkapazität im Speichel festzustellen. Bei Kindern mit Fläschchenkaries kann zusätzlich der Gehalt an Hefepilzen dokumentiert werden.
- Kariesrisikobeurteilung: Das Auftreten von klinischer Karies oder anfänglichen Demineralisationen bedeutet in dieser Altersklasse eine erhöhte Kariesgefährdung.

Speichelkeimzahlen von Mutans-Streptokokken über 10.000 CFU/ml, erhöhter Zuckerkonsum und/oder andauernder Flaschenkonsum weisen auf eine erhöhte Kariesgefährdung hin.

3. Therapeutische Maßnahmen: Die Ernährungsberatung ist der entscheidende Schritt für die zukünftige Zahngesundheit des Kindes. Die Fluoridapplikation beinhaltet die regelmäßige Applikation eines fluoridhaltigen Lackes sowie das Benutzen einer fluoridhaltigen Kinderzahnpasta. Ebenfalls denkbar ist hier der therapeutische Einsatz von Fluoridtabletten (0,25 mg, je nach Alter ein- bis dreimal täglich). Diese Tabletten sind zu Tageszeiten zu lutschen, in denen eine verminderte Mobilität von Lippe und Zunge eine längerdauernde Fluoridkonzentration in der Mundhöhle garantiert.

Bei Nachweis höherer Keimzahlen von Mutans-Streptokokken (über 10.000CFU/ml) ist bei Hochrisikofällen und nicht kontrollierbarem Zuckerkonsum eine Therapie zur Keimzahlreduktion in Erwägung zu ziehen. Diese könnte durch die mehrmalige Lackapplikation (zwei- bis dreimal proWoche) eines Chlorhexidin-Thymol enthaltenden Lackes (Cercitec®) erfolgen.

In anderen Fällen könnten über einen Zeitraum von vier Wochen mit einem einprozentigen Chlorhexidingel einmal täglich die Zähne gereinigt werden. Wichtig ist die gleichzeitige Therapie zur Reduktion von Mutans-Streptokokken bei den Eltern bzw. anderen wichtigen Kontaktpersonen, wie z.B. bei Geschwistern.

Es muß ganz klar sein, daß bei Kindern mit erhöhtem Zuckerkonsum und/oder Ernährungsfehlverhalten zuerst helfend, beratend und motivierend auf das Problem eingegangen werden muß. Eine Applikation von chlorhexidinhaltigen Lacken kann nicht dazu dienen, mittelfristig ein falsches Ernährungsverhalten oder langfristig bestehende Hygienedefizite auszugleichen. Art und Umfang der mit dieser Therapie erzielten Veränderungen im Mundmilieu sollten nach drei bis sechs Monaten kontrolliert werden. Dazu sind neben einer Überprüfung der Ernährungssituation, z.B. durch Einsatz eines Laktobazillentestes, auch die Kontrolle der Speichelkeimzahlen von Mutans-Streptokokken wichtig.

Konsequente Weiterbetreuung

Bei der Durchführung der Primärprophylaxe sollte ein klares Konzept vorhanden sein, welche Leistungen in den unterschiedlichen Altersklassen eines Kindes erbracht werden müssen. Es bedarf daher einer bestimmten alters- und befundabhängigen Auswahl präventiver Maßnahmen. Die Erfolge in der Prävention sind maßgeblich davon abhängig, daß die richtigen Leistungen befundorientiert zum richtigen Zeitpunkt erbracht werden. Dies erfordert eine konsequente Betreuung der heranwachsenden Kinder. Die Abstände der Betreuungssitzungen sind interindividuell verschieden. Sie richten sich nach dem Umfang der individuellen Kariesrisikofaktoren. Diese können einerseits in Veränderungen bestimmter Verhaltensweisen des Patienten liegen, andererseits aber auch durch den Zahnbefund (vermehrt durchbrechende Zähne, sich entwickelnde Dreh- oder Kippstände) bedingt sein.

Daher lassen sich keine genauen Aussagen darüber machen, mit welcher Frequenz und Intensität dem Patienten präventive Leistungen angeboten werden müssen.

Dr. Lutz Laurisch

Korrespondenzadresse:
Dr. Lutz Laurisch
Arndtstr. 25
41352 Korschenbroich