

Dr. Henriette Dörschug, Elchingen

Kieferorthopädische Prophylaxe

Ratschläge für eine gesunde Gebissentwicklung

Bisher galten die prophylaktischen Maßnahmen für Säuglinge und Kleinkinder auf zahnärztlichem Gebiet fast ausschließlich der Vermeidung von Karies und waren Bestandteile der Vorsorgeuntersuchungen in kinderärztlicher Hand.

Fluoridanwendung, Zahnpflegehinweise und Ernährungsberatung waren und sind nach wie vor die Themen für diesbezügliche Aufklärung und Prävention.

Während man sich also schon lange und auch erfolgreich bemüht, die Karies durch Individual- und Gruppenprophylaxe einzudämmen, findet eine systematische Vorsorge zur Vermeidung von Kieferdeformierungen und Zahnstellungsanomalien bisher nicht einmal im Ansatz statt.

Bürokratische, praxisferne Bestimmungen und fehlende Honorierung haben dazu geführt, dass eine kieferorthopädische Prävention auch in zahnärztlichen Praxen selten geworden, fast verkümmert ist und Wissen verloren ging, obwohl die Behandlungsbedürftigkeit ständig zugenommen hat.

Das ist leider auch ein Beleg dafür, wie sehr Gesetze Verträge und Gebührenordnungen ärztliches Handeln zwangsläufig beeinflussen und notwendige Entwicklungen behindern.

Erst 1997, im 2. Neuordnungsgesetz, § 26 Sozialgesetzbuch V, wurde bestimmt, dass auch Zahnärzte Früherkennungsuntersuchungen durchführen dürfen, und erst seit Juli 1999 gelten die neuen gesetzlichen Richtlinien und Bestimmungen. Man muss sie aber genau lesen, um zu erkennen, dass sie auch Zahnfehlstellungs- und Kieferanomalien sowie deren Verhütung mit einschließen.

Eine kieferorthopädische oder eine zahnärztliche Praxis ist fachlich der geeignetere Ort, auch mit Demonstrationsmitteln besser ausgestattet als eine Frauen- oder Kinderarztpraxis, um Habits vorzubeugen, auf den kontrollierten und begrenzten

Gebrauch von Babyfläschchen und Nuckeln hinzuarbeiten und Anleitung und Hilfestellung beim Abstellen schädlicher Gewohnheiten zu geben. Zudem unterstützen uns zahnmedizinisch ausgebildete Helferinnen, die auch in der Gruppenprophylaxe erfahren sind. Das bedeutet aber auch, dass wir vermehrt das Gespräch mit Kinderärzten suchen, unser Anliegen verdeutlichen und uns als geeignete fachliche Partner erweisen müssen.

Es liegt also an uns, Wissen aufzufrischen und aktuell zu ergänzen, um Ansprechpartner für die Mundgesundheit der Säuglinge und Kleinkinder zu werden. Die Welt ist so groß und die Mundhöhle so klein. Verengen wir nicht zusätzlich unseren Blickwinkel und unser Bemühen nur auf Zähne und Kariesprophylaxe, so wichtig sie sind.

Auch zahnärztliche Publikationen haben hier Defizite. Bei den Vorsorgeempfehlungen für 0-4 jährige steht absolut die Karies im Vordergrund. Zwar werden Habits kurz erwähnt, wie gravierend sie aber die Kiefer- und Gebissentwicklung und manchmal das ganze Leben beeinflussen können, darüber findet sich ebenso wenig wie über diesbezügliche Diagnostik und Therapie.

Nur etwa 50 Prozent aller Anomalien sind schicksalhaft angeboren oder ererbt. In 10 Prozent der Fälle ist die Ursache nicht eindeutig zuzuordnen. Aber 40 Prozent aller Anomalien der Kiefer- und Zahnstellung sind erworben, das heißt sie sind durch Fehlverhalten entstanden und können durch Aufklärung und Verhaltensänderung beeinflusst werden.

In einer großen Zahl der Fälle ist die Karies schuld, dass die Platzhalterfunktion der Milchzähne nicht erfüllt wird. Umso erfreulicher ist es, dass heute ein zunehmender Anteil, zum Beispiel der Schulanfänger, kariesfreie Gebisse aufweist. Deshalb soll hier das Augenmerk auf die Habits, also schädliche Gewohnheiten, gelenkt werden, die ständig zunehmen, was wohl mit dem sich ändernden Lebensumfeld für Kinder und Familien zusammenhängt. Die Mundhöhle ist auch ein Ausdrucksfeld psychosozialer Störungen (Kleinfamilien, Einzelkinder mit arbeitenden Eltern, Ehekonflikte und Scheidungen, Alleinerziehende). Die häufigsten Habits sind Lutschgewohnheiten im weitesten Sinne und die Mundatmung. Die Prophylaxe

beider Habits ist am erfolgreichsten, wenn sie ganz früh einsetzt, vor allem zuerst einmal in den Köpfen von uns allen.

Erinnern wir uns: Da der Gesichtsschädel mit Ober- und Unterkiefer bei der Geburt in seiner Entwicklung gegenüber dem Hirnschädel zurückliegt (die Natur hat hier bei begrenztem Geburtskanal Prioritäten gesetzt), beginnt sein Wachstum vermehrt postanal. Der Oberkiefer wächst in den Knochennähten, der Sutura palatina, also in der Mitte und im molaren Bereich. Der Unterkiefer wächst vornehmlich über An- und Abbauvorgänge im aufsteigenden Ast, im Kieferwinkel und im Kiefergelenk, natürlich sollte dieses Wachstum möglichst ungestört sein. Das beginnt zum Beispiel schon bei der Schlafagerung des Säuglings, am besten flach und in Rückenlage.

Mütter, die ihr Kind stillen, wechseln die Brust und damit halten sie ihr Kind einmal rechts, einmal links im Arm. Mütter, die das Fläschchen geben, wechseln nicht. Auch hier kann bereits der frühe Ansatz für Kiefergelenks- und Gesichtsasymmetrien gelegt werden. Man sollte Mütter darauf aufmerksam machen.

Der Saugreflex ist dem Baby angeboren und die Lust am Saugen und ein Lutschbedürfnis bleiben oft bis zur Schulzeit (oder länger) erhalten. Das Bedarfsstillen kommt in den ersten Lebensmonaten diesem Bedürfnis mehr entgegen als das Intervallstillen und erübrigt eher Ersatzbefriedigung mit Daumen oder Fingern.

Beginnt der Säugling am Däumchen zu lutschen, ist es besser, einen Nuckel anzubieten. Dieses Nuckeln wird nachweislich früher vom Kind aufgegeben als Daumenlutschen. Der Saugreflex wird durch den Kaureflex abgelöst, wenn die Zähnen kommen. Unterstützend gibt es den Beißring; früher war es die Veilchenwurzel, die man dem Baby gab. Wichtig ist es, den Saugreflex nicht künstlich zu verlängern. Ab dem siebten bis achten Monat, dem Beginn des Zahndurchbruchs, sollte das Fläschchen allmählich dem Trinklernbecher weichen, der Schnuller abgewöhnt und auf Breikost und zunehmend auf festere Nahrung übergegangen werden, um die Kautätigkeit anzuregen.

Ob Daumen, Sauger oder Nuckel, jeder Fremdkörper zwischen den Zähnen stört und beeinflusst das myofunktionelle Gleichgewicht. Ob es dabei zu Kieferdeformierungen kommt, hängt von der Disposition, der Intensität, also Zeit- und Kraftereinwirkung, und vom Lutschgegenstand ab.

Beim Nuckel ist zwar das Gewicht gering, aber das Luftpolster wirkt auf die durchbrechenden Frontzähne wie eine Intrusionsfeder, behindert ihren Durchbruch und auch das Wachstum des Alveolarfortsatzes. Es entsteht ein offener Biss. Beim Daumenlutschen ist die Hebelwirkung deutlich größer, Alveolarfortsatz und obere Zähne werden protrudiert, die unteren Zähne nach innen, lingual gedrückt, es bildet sich eine Frontzahnstufe. Sie wird zusätzlich verstärkt, wenn das dem Kinn aufliegende Fäustchen das physiologische Mesialwachstum, bei der Geburt liegt ja der Unterkiefer noch zurück, behindert.

Schon beim Kleinkind kann man Kiefergelenk-Auffälligkeiten wie Knacken und abnorme Beweglichkeit vorfinden. Durch einen Lutschgegenstand werden die Kiefer gesperrt, die Orientierung zueinander geht verloren. Für die im Verlauf der ersten Dentition durchbrechenden Milchzähne sind aber die approximalen und antagonistischen Zahnflächen zur Ausbildung der Zahnreihen, der Okklusion und der Gelenkführung ganz wichtig. Was nützen 20 kariesfreie Milchzähne, wenn sie nicht zusammenpassen und als Gebiss funktionieren?

Kreuzbisse im Milchgebiss, Nonokklusionen und mandibuläre Verlagerungen finden sich häufig im bleibenden Gebiss wieder und auch Arthropatien nehmen so ihren Anfang. Muskelfunktionen passen sich zwangsläufig den Malokklusionen an. Es entstehen Spannungszustände, die zu Parafunktionen, zu Knirschen und Abschleifen der Zähne verführen. Im ersten Lebensjahr, also der Säuglingszeit, ist die schädliche Wirkung von Habits unerheblich. Aber wie bei allen Gewohnheiten wird es, je länger, desto schwerer, sie abzustellen

Das gilt besonders für die falsche Zungenlage als Folge langandauernder und intensiver Lutschgewohnheiten. Normalerweise verlagert sich die Zunge mit fortschreitendem Zahndurchbruch und Absetzen von Stillen und Flaschenfütterung nachdorsal und cranial und nimmt in der Ruhelage ihren Platz am Gaumen ein. Bei Lutsch- und Saughabits bleibt die Zunge sichtbar vorn. Außerdem wird die Zunge durch den Lutschkörper nach unten gedrückt, anstatt im Gaumen zu liegen, Wachstumsdruck auf den Oberkiefer auszuüben, das Gaumengewölbe zu formen und den Zahnbogen zu erweitern.

Die Verdrängung der Zunge in den Unterkiefer bewirkt häufig eine falsche Zungenfunktion: das „infantile“, sogenannte „viscerale“, Schluckmuster mit Stoßen gegen die Frontzähne bleibt erhalten und wird nicht durch das „somatische“ Schlucken mit Zungendruck gegen den Gaumen abgelöst.

Die Diagnose kann man stellen, indem man das Kind beim Schluckakt beobachtet. Man sieht, dass sich die Zunge zwischen die Zahnreihen presst. Außerdem sind ausgeprägte Rugae, also starke quere Gaumenfalten und ein extrem schmaler Oberkiefer, ein Zeichen dafür, dass die Zunge nicht dem Gaumen anliegt.

Kieferorthopäden und später Zahnärzte haben mit diesen Patienten ihre liebe Not:

- Die falsche Zungenfunktion ist Ursache für kieferorthopädische Rezidive, zum Beispiel beim offenen Biss oder der Oberkiefer verengt sich nach transversaler Dehnung wieder, weil die Zunge das Gaumendach nicht ausfüllt. Die Front wird wieder eng.
- Die Folgen parodontaler Insuffizienz werden verstärkt; besonders Frauen sind unglücklich, weil sie plötzlich mit 40 Jahren das Wandern ihrer Frontzähne und Lückenbildung beobachten.
- Prothesenträger hebeln ihren Zahnersatz ab.

Auch Logopäden sind meistens machtlos, wenn das infantile Schluckmuster über Jahre besteht. Denn natürlich werden auch die Lautbildung und Sprachentwicklung gestört. Die Zahl der Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung hat sich in den vergangenen 20 Jahren versechsfacht. Lispeln und Babysprache sind vielleicht bei Kleinkindern niedlich, bei größeren leider ein Grund zum Hänkeln. Das stärkt nicht gerade das Selbstbewusstsein eines Kindes.

Wie können wir helfen

Fangen wir bei den Eltern an.

Vielfach ist es ja Gedankenlosigkeit, mangelndes Wissen und natürlich auch Bequemlichkeit und geschickte Reklame, dass Plastikfläschchen und Nuckel als selbstverständliches Zubehör in Bettchen, Kinderwagen und Laufstallchen ständig verfügbar sind.

Die Bezeichnung „Beruhigungssauger“ suggeriert etwas Positives. Immer verfügbare Sauger an hübschen Kettchen, die unkontrolliert stundenlang, auch tagsüber, im Mund sind, sogar Leuchtschnuller, die nachts im Dunkeln schnell wieder in den Mund gestopft werden können, sind heute leider die Regel.

Häufig ist zu beobachten, wie hellwachen, interessierten Kleinkindern, die eigentlich völlig zufrieden sind, der Nuckel förmlich aufgedrängt wird, als wenn der Stöpsel in das Gesicht gehört – Schnuller als life-style Attribut.

Wir müssen Eltern und Geschwister aufklären, dass die Nuckelzeit beim Baby begrenzt, der Schnuller zum Beispiel nach dem Einschlafen wieder aus dem Mund gezogen werden sollte (früher gab es Wiegenlieder!). Es gibt zwar Schnuller für Ein-, Zwei- und Dreijährige, Eltern sollten aber wissen, dass sie ihrem Kleinkind damit nichts Gutes tun. Dieser Lebensabschnitt ist prägend und unwiederbringlich für die Sprachentwicklung da, für verbale Anregung und Beschäftigung, für Zuwendung und nicht für künstliche Ruhigstellung.

Über das Nursing-bottle-Syndrom, also die Babyfläschchenkaries, muss angesichts der vielen Plastikfläschchen in Kinderhänden ebenfalls weiter aufgeklärt werden.

Es ist aufgefallen, dass die unteren Frontzähne dem Säureangriff am längsten widerstehen. Die Puffer- und Remineralisationswirkung des Speichels wird hier ganz deutlich. Die Zähne profitieren vom unverdünnten Sekret der unmittelbar dahinter liegenden sublingualen Speicheldrüsen. Nächtliches Trinken oder Stillen nach dem Zahndurchbruch ist deshalb besonders kritisch zu sehen, weil der Speichelfluss nachts stark eingeschränkt ist.

Ob Tee, Saft oder Wasser, verdünnter Speichel ist unwirksamer. Deshalb gehören Plastikfläschchen nicht zur ständigen Bedienung in Kinderhände.

Neuere Untersuchungen warnen übrigens vor den beliebten Eistees als Kindergetränk, da sie viel Zitronensäure enthalten. Es zeichnet sich bereits eine neue Karieswelle ab, da aus Bequemlichkeit Schnabelbecher und Fläschchen von Kleinkindern weiterbenutzt werden, statt normal aus Tassen oder Bechern zu trinken.

Oft hängen Eltern so an ihrem Baby, dass sie Babyverhalten und Babysprache konservieren wollen und dadurch unbewusst die Entwicklung hemmen. Oder ältere

Geschwister fangen wieder an zu nuckeln und Fläschchen zu saugen, weil sie auch so beachtet werden wollen wie der Neuankömmling. Gerade zu diesen Verhaltensfehlern ist das persönliche Gespräch notwendig, da es Einblick in Familienverhältnisse gibt. So erkennt man, ob ein Habit nur eine Angewohnheit ist, die einfach abzustellen wäre oder ob tiefere Ursachen dahinterstecken.

Nuckeln und Saugen sind, wie wir wissen, häufig die sprachlosen Bitten um Liebe, Zärtlichkeit und Zuwendung. Auch größere Kinder äußern sich leider so und finden keinen sprachlichen Ausdruck. Nicht befriedigte seelische Bedürfnisse werden dann durch materielle Befriedigung kompensiert. Wer schon früh die Erfahrung macht, bei jeder Unlustäußerung etwas in den Mund gestopft zu bekommen, wird sich an diese Form der Tröstung gewöhnen. Es beginnt eine Fehlsteuerung, die sogar zu Suchtverhalten (sich selbst etwas Gutes tun) führen kann. (Süßigkeiten, Nikotin, Alkohol)

Beim Abgewöhnen von Nuckeln, Saugern oder Daumen sollte man in diesen Fällen besonders behutsam vorgehen. Meistens sind es ja dieselben milieubedingten Ursachen, die wir auch bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko finden. Nicht selten werden seelische Spannung und körperliche Unruhe ein Leben lang über den Mund abgeleitet und als Lippensaugen und –beißen, Nägel- und Bleistiftkauen als Parafunktion der Zunge, als Pressen und Knirschen ins Erwachsenenalter mitgenommen.

Wie kann man in einfachen Gewohnheitsfällen den Schnuller abgewöhnen

Wenn man sich umhört, erfährt man allerhand:

Da gibt es die mutige aufgeklärte Mutter, die ihr sieben Monate altes Kind einfach schreien lässt, aber alle fünf Minuten ans Bettchen geht, damit sich das Kind nicht verlassen fühlt. Am ersten Abend dauerte das Schreien eine Stunde, am zweiten Abend nur noch fünf Minuten, bis Ruhe war. Also ein schlaues Kind. Oder mal probieren, den Nuckel unattraktiv zu machen: Den Nuckel durchstechen, dann ist im Wortsinn schon mal die Luft raus. Wenn man ihn dann noch wöchentlich um einen Millimeter mit der Schere kappt, hält er irgendwann nicht mehr und wird freiwillig aufgegeben. Oder das auf den Daumnagel gemalte Gesicht: Der kleine Däumling fürchtet sich im nassen dunklen Mund und will nicht mehr hineingesteckt werden. Der

Fantasie sind keine Grenzen gesetzt. Größeren Kindern kann man ein Tauschgeschäft anbieten: Eine Vorhofplatte gegen den Schnuller, der Übergang ist dann leichter. Eine Andere Idee: Mutter und Kind verpacken den Nuckel wunderschön mit selbstausgesuchtem Papier und Zierband und bringen ihn als Päckchen zur Post (wo man natürlich eine Komplizin hinter dem Schalter gefunden hat). Es gibt ja so viele ganz kleine arme Babys, die keinen Nuckel haben und sich ganz doll über das Geschenk freuen. Wichtig ist immer, das Kind mit einem verständlichen Motiv für die freiwillige Aufgabe der Gewohnheit zu begeistern und dafür zu belohnen. Das gilt ganz besonders für Daumenlutscher. Erfahrungsgemäß sind sie erst im Alter von fünf bis sechs Jahren Vernunftgründen zugänglich. Man sollte vorsichtig eruieren, ob das Kind wirklich bereit ist, vielleicht lieber noch etwas zu warten, um ihm die Erfahrung des Versagens zu ersparen. Aber ein hübscher Lutschkalender, vor allem aber ein kleines Fest, wenn das Lutschen vorbei ist, sind ein großer Anreiz für ein jetzt so gescheites Kind!

Diese Anstrengung ist ähnlich groß wie beim Abgewöhnen von Rauchen, das Lob muss entsprechend ausfallen.

Eine zweite Angewohnheit verdient unsere größte Aufmerksamkeit, ein Habit, das verbreitet ist und die kindliche Entwicklung erheblich stört, nämlich die Mundatmung. In fast allen Fällen liegt kein organischer Grund vor, sondern es ist nur eine unbewusste Fehlhaltung mit schlaffen Lippen (als ob die motorische Leitung zum Gehirn noch nicht gebahnt ist). Bei geöffnetem Mund liegt die Zunge im Unterkiefer. Je nach Schädelaufbau und Wachstumsrichtung kann ein Wachstumsvorsprung des Unterkiefers in Richtung progene Entwicklung resultieren oder der Unterkiefer hängt schlaff nach hinten und begünstigt die Entstehung einer Unterkiefer-Rücklage. Hier hilft nur das Bewusstmachen. Wahrscheinlich sagen nicht mehr viele Eltern, wie noch zu uns: „Sitz gerade!“, „Heb die Füße!“, „Mach den Mund zu!“. Sicher sitzen viel zu viele Kinder mit stauend geöffnetem Mund vor dem Fernseher genauso wie im Kindergarten, wenn die nette Helferin etwas erzählt. Eltern sind oft betriebsblind, wenn sie gefragt werden, ob ihr Kind durch die Nase oder den Mund atmet. Eher wissen sie schon, ob das Kopfkissen vollgesabbert ist. Verklebte Nasenlöcher sind genauso sichere Anzeichen wie auch Rhaghaden in den Mundwinkeln oder ein besonders schmaler Kiefer. Nicht jeder Mundatmer muss gleich zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt.

Lässt man ein Kind einen Schluck Wasser so lange wie möglich im Mund halten, kann man leicht prüfen, ob die Nasenatmung überhaupt möglich ist. Bevor ein Kind erstickt, wird es das Wasser schlucken oder ausspucken. Wahrscheinlich aber bekommt es Luft durch die Nase und hat nur vergessen, dass und wozu sie auch da ist: Zum Atmen und dabei die Luft zu filtern, zu regulieren und zu erwärmen. Viele Erkältungskrankheiten könnten durch Einüben der Nasenatmung und des Mundschlusses vermieden werden. Schmatzen beim Essen hörte auf und vielleicht danken es später die Ehepartner, wenn sie nicht durch Schnarchen gestört werden.

Auch Zahnfleischentzündungen durch Austrocknen der Schleimhaut mit vermehrter Plaque und Karies sind Folgen der Mundatmung. Im übrigen werden viel zu oft adenoide Wucherungen, Polypen und Mandeln operiert, ohne anschließend den Mundschluss und Nasenatmung einzuüben. Der Nutzen dieser belastenden Prozedur ist, wenn nicht zweifelhaft, so zumindest geschmälert.

Wie kann man Lippentonus und Mundschluss trainieren und das myofunktionelle, also das muskuläre Gleichgewicht zwischen Wangen, Lippen und Zunge herstellen?

Erst einmal durch Bewusstmachen – es gibt ja Spiegel – und dann so, wie jeder Muskel aktiviert wird, durch Übungen. Ein probates Hilfsmittel sind wieder Mundvorhofplatten. Ihre Indikation, Anwendung und Überwachung muss individuell und regelmäßig, wie bei einem kieferorthopädischen Gerät auch, erfolgen. Ein Kind soll in dieser Phase begleitet und behütet werden. Es muss spüren, wie wichtig uns der Mundschluss ist, um die Übungen selbst ernst zu nehmen.

Eigentlich könnte man die kieferorthopädische Prophylaxe neben der Kariesprophylaxe in zwei Sätze fassen:

Nichts zwischen Kiefer und Zähne stecken, was nicht hingehört und Mund zu !

Kindern dazu zu verhelfen, ist eine wirklich lohnende Aufgabe und ein längst fälliger Schritt nach den Erfolgen in der Kariesprophylaxe.