

# Verweise im gelben U-Heft: Frühe Kariesprävention gezielt fördern

**FACHBEITRAG** Bei ungefähr jedem siebten Kleinkind im Alter von drei Jahren liegt laut einer aktuellen Studie bei mehr als 95.000 untersuchten Dreijährigen in Deutschland eine Karies auf Defektniveau vor (Team DAJ 2017). Die von Karies betroffenen Kinder weisen in dieser Altersgruppe im Schnitt bereits 3,6 Zähne mit Karieserfahrung auf, die im Wesentlichen nicht saniert sind. Die Prävalenz Frühkindlicher Karies (ECC) und die Zahl der betroffenen Zähne insgesamt zu reduzieren, ist das ehrgeizige Ziel.

Daher wird die vertragszahnärztliche Vorsorge für Kinder bis zum 6. Lebensjahr seit Juli 2016 nachhaltig gefördert. Insbesondere die Präventionslücke vor dem 30. Lebensmonat in der vertragszahnärztlichen Versorgung konnte durch die exzellente Kooperation von KZBV, BZÄK, DGZMK, DGKiZ, DGKFO, BuKiZ und wissenschaftlicher Expertise der Universitäten weiter verkleinert werden.

## Verweise vom Kinderarzt zum Zahnarzt

Im Rahmen der Überarbeitung der Kinderrichtlinie, welche die Verfahren beim sogenannten Gelben U-Heft (Kinderuntersuchungsheft, Abb. 1) enthält, konnten erstmalig sechs rechtsverbindliche Verweise vom Kinderarzt zum Zahnarzt für Kinder vom 6. bis zum 64. Lebensmonat in Form von Ankreuzfeldern zur Dokumentation etabliert werden (Tabelle 1). Einen entsprechenden Beschluss konnte die

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bereits zum 1. Juli 2016 erwirken.

Nun sind zunächst insbesondere die Kinderärzte gefragt, die Kleinkinder ab dem 6. Lebensmonat zum Zahnarzt zu verweisen und natürlich auch die Zahnärzteschaft, diese zahnärztlichen Untersuchungen erfolgreich umzusetzen, um die Mundgesundheit, speziell im Milchgebiss, zu verbessern. Dazu müssen flächendeckend die Generalisten, Familienzahnärzte und natürlich auch die Kinderzahnärzte bereitstehen, moderne und wirksame Prävention bei diesen kleinen Kindern im Alter von sechs bis 64 Monaten umzusetzen.

Ab 30 Monaten ist dies sicherlich schon vielerorts Routine, da seit 2004 die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen implementiert sind, die eine Erkennung von oralen Erkrankungen wie Gingivitis und frühkindlicher Karies, deren Risikofaktoren wie dentale Plaque und häufiger Zuckerkonsum,

eine Überwachung der physiologischen Entwicklung des stomatognathen Funktionssystems und die Erkennung von Pathologien beinhalten. Genauso wichtig ist aber auch die Aufklärung über die Kariesätiologie und eine Motivation sowie Instruktion der Eltern (Putztraining in der Praxis) über altersgemäße häusliche Präventionsmaßnahmen.

Hauptursache von ECC ist eine mangelhafte Zahnpflege beim Kleinkind in Kombination mit einem hochfrequenten Konsum zuckerhaltiger Getränke zwischen den Mahlzeiten und/oder nachts. Dies bedeutet, dass meist kein (Nach-)Putzen durch die Eltern erfolgt. Die Kleinkinder erhalten meist mehrmals täglich die Nuckelflasche, gefüllt mit zum Beispiel Apfelschorle, Eistee oder speziellen zuckerhaltigen „Kindertees“ zur freien Verfügung.

## Ratgeber „Zahnmedizinische Prävention der frühkindlichen Karies“

Nun gilt es, das Konzept der erfolgreichen zahnärztlichen Prävention des permanenten Gebisses auf die bisherige Präventionslücke im Milchgebiss (insbesondere bei Kleinkindern 6. bis 30. Lebensmonat) vorzuziehen. Dazu wurde in Vorarbeit durch eine Arbeitsgruppe aus KZBV, BZÄK, DGKiZ, BuKiZ, dem Hebammenverband in Kooperation mit der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der Universität Greifswald ein Ratgeber „Zahnmedizinische Prävention der frühkindlichen Karies“ (Abb. 2) erstellt, der kostenfrei online abrufbar ist. Hervorzuheben ist, dass in der frühen Phase der Gebissentwicklung erwartungsgemäß wenig manifeste Karies

Zeitraum	Verweis
Im Zeitraum der U5   6.–7. Lebensmonat	Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
Im Zeitraum der U6   10.–12. Lebensmonat	Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
Im Zeitraum der U7   21.–24. Lebensmonat	Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut
Im Zeitraum der U7a   34.–36. Lebensmonat	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung
Im Zeitraum der U8   46.–48. Lebensmonat	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung
Im Zeitraum der U9   60.–64. Lebensmonat	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung

**Tabelle 1:** Zusätzliche Verweise im überarbeiteten Gelben Kinderuntersuchungsheft zu vertragszahnärztlichen Untersuchungen beim Zahnarzt.



Abb. 1a

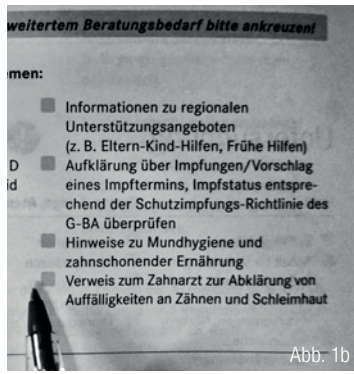


Abb. 1b

Abb. 1a und b: Das aktuelle gelbe Kinderuntersuchungsheft (a) enthält zusätzliche rechtsverbindliche Verweise durch den Kinderarzt zur vertragszahnärztlichen Untersuchung beim Zahnarzt für Kinder vom 6. bis zum 64. Lebensmonat in Form von Ankreuzfeldern für die U5–9 (b). So soll die Rate der Erstvorstellung beim Zahnarzt mit Durchbruch des ersten Milchzahns (circa 6. Lebensmonat, U5) erhöht und frühkindliche Karies reduziert werden. (Foto: Schmoeckel)

vorliegt. Somit sollten die ersten Anzeichen einer Kariesaktivität wie Plaque, Gingivitis, beginnende kariöse Initialläsionen (White Spots) und kleinere kavitierte kariöse Läsionen, frühzeitig erkannt werden (Abb. 3). Insbesondere Kinder aus Haushalten mit niedrigerem sozioökonomischen Status unterliegen einem erhöhten Karies- bzw. ECC-Risiko (Cianetti et al. 2017; Schwendicke et al. 2015; Cortellazzi 2008), das heißt, es sollte die spezifische Situation der jungen Familie von Kinderarzt (Verweis besonders wichtig!) und Zahnarzt (Prophylaxe besonders wichtig!) erfasst und berücksichtigt werden. Die Durchführung der häuslichen Mundhygiene durch die betreuenden Personen am Kleinkind sollte in der Praxis ab Durchbruch des ersten Zahns trainiert werden. Nur so können die Eltern mit dem Wissen und der Befähigung für eine adäquate tägliche Mundhygiene entlassen werden. Der ECC-Ratgeber gibt detaillierte, bilderreiche, praktische Tipps für eine schrittweise Umsetzung für das anderthalbjährige, ein- und einanderthalbjährige Kind.

Abb. 2: Praktischer Ratgeber zur Prävention von frühkindlicher Karies ist online verfügbar.

**Praktischer Ratgeber  
für die zahnärztliche Praxis**

Frühkindliche Karies vermeiden



**KZBV**  
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

**BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER**

ANZEIGE



# Mut zur Lücke.



**Wer gesunde Zähne hat, hat gut lachen.**

Interdentärbürsten von TePe sorgen für die besonders effektive und schonende Reinigung der Interdentalräume.

# Gut zur Lücke.

**TePe Interdentärbürsten**

- Ideal für die tägliche Anwendung
- In 9 Größen/Farben
- Kunststoffummantelter Draht und optimale Borstenanordnung
- Auch für Zahnspangen, Brücken und prothetische Versorgungen



[tepe.com/gutzurloecke](http://tepe.com/gutzurloecke)  
We care for healthy smiles.



Abb. 3: Anzeichen von Kariesaktivität, wie Plaque, Gingivitis, beginnende kariöse Initialläsionen und kleinere kariöse Defekte, müssen frühzeitig erkannt werden, damit schwere Formen der ECC vermieden werden können. (Foto: Santamaría)

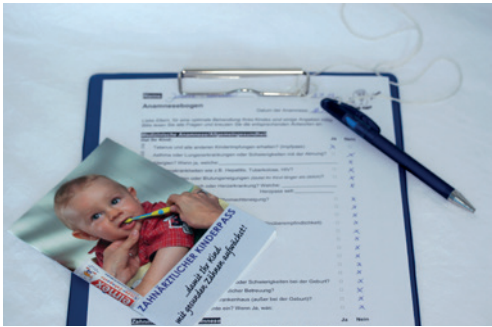


Abb. 4: Der Anamnesebogen sollte auch Fragen zu Fluoridnutzung, Putzgewohnheiten, Ernährungs- und Trinkgewohnheiten inklusive Stillen enthalten. Ein zahnärztlicher Kinderpass ist bislang in einigen Bundesländern auf freiwilliger Basis verfügbar. (Foto: Schmoeckel)

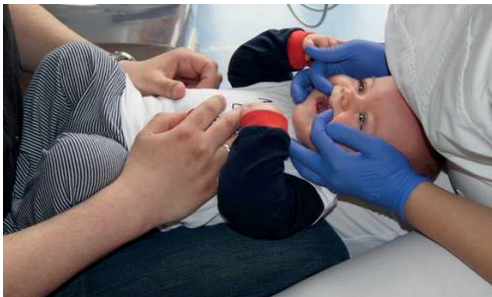


Abb. 5: Für die zahnärztliche Frühuntersuchung kann das kleine Kind in den Schoß des Zahnarztes gekippt werden. Dabei kann das Kleinkind die Erziehungsperson gut sehen. Diese liegende Position eignet sich sehr gut für die Inspektion. (Foto: BZÄK/KZBV, Fotograf: Schmoeckel)



Abb. 6: Die zahnärztliche Frühuntersuchung kann bei etwas größeren und selbstbewussten Kleinkindern nach einer kurzen Orientierungszeit im Behandlungszimmer unter Umständen auch alleine auf dem Behandlungsstuhl erfolgen. (Foto: BZÄK/KZBV, Fotograf: Schmoeckel)

## Zahnärztliche Untersuchung: Prophylaxe bei Säugling und Kleinkind

In welchem Ausmaß Eltern mit ihren Kleinkindern bereits wie gewünscht ab dem 1. Milchzahn erscheinen, bleibt abzuwarten. Das zahnärztliche Personal sollte jedoch darauf vorbereitet sein. Zu den wesentlichen Aspekten zur Durchführung der frühen zahnärztlichen Untersuchungen bei Säugling und Kleinkind zählen:

### Anamnese

Die Anamnese sollte neben den Sozialdaten (Beruf/Schulbildung), der medizinischen Anamnese und dem Grund des Besuchs auch das bisherige zahnmedizinisch relevante Gesundheitsverhalten erfassen:

- Fluoridnutzung
- Putzgewohnheiten
- Ernährungsgewohnheiten (Nuckelflasche) und auch Stillen

Daneben können Erwartungen, Lieblingskuscheltier, Ängste etc. erfragt werden. Mit dem Verweis vom Kinderarzt zum Zahnarzt, bietet sich insbesondere bei auffälligen Befunden eine Rückmeldung im U-Heft an. Beispielsweise in Rheinlandpfalz werden die gelben U-Hefte um einen Aufkleber erweitert, damit eine Rückkopplung zwischen Zahnarzt und Kinderarzt leichter gewährleistet werden kann, die im U-Heft primär nicht vorgesehen ist. Bislang war in einigen Bundesländern ein getrennter „Zahnärztlicher Kinderpass“ verfügbar (Abb. 4), der jedoch im Gegensatz zum U-Heft nur auf freiwilliger Basis und daher kaum flächendeckend genutzt wird.

Bei dem initialen Dialog mit der Begleitperson sollten die im Anamnesebogen (Abb. 4) erhobenen Angaben sowie die Wünsche bzw. Erwartungen, aber auch mögliche Befürchtungen durchgegangen werden. Die Mundhygiene- und Ernährungsgewohnheiten sowie die häusliche Fluoridnutzung sollten durch offene W-Fragen verifiziert werden. Die Technik der motivierenden Gesprächsführung ist anzuraten, da wissenschaftlich belegt, diese wirksamer ist als eine reine Mitteilung der Sachinhalte. Dabei steht im Vordergrund, herauszufinden, ob das Kleinkind regelmäßig, insbesondere nachts, süße oder zuckerhaltige Getränke, zum Beispiel über die Nuckelflasche zu sich nimmt und inwieweit die Eltern

täglich die Kinderzähne mit fluoridhaltiger Zahnpasta nachputzen.

### Zahnärztliche Untersuchung

Kleinere Kinder sitzen oder liegen meist auf dem Schoß der Eltern. Bei Bedarf kann auch kleinen (schüchternen) Kindern eine Orientierungszeit im Behandlungszimmer gegeben werden.

Für die zahnärztliche Frühuntersuchung selbst kann das Kind aus dem Schoß der Erziehungsperson auch in den Schoß des Zahnarztes gekippt werden (Abb. 5). Dabei kann das Kleinkind das Elternteil gut sehen und oftmals öffnet sich der Mund des Kindes reflektorisch. Größere Kinder können dafür mitunter auch schon alleine auf dem Stuhl sitzen bzw. liegen (Abb. 6).

### Plaueanfärbung

Dentale Plaque lässt sich besser feststellen und für die Eltern visualisieren, wenn sie mittels einer Plaqueanfärbelösung angefärbt wird. Deshalb sollte ein Anfärben des Biofilms idealerweise bei allen Kindern, aber vor allem bei Kindern, die Anzeichen von (Initial-)Karies, Gingivitis oder sichtbarer Plaque zeigen, erfolgen (Abb. 7). Ein wesentlicher Vorteil hierbei ist, dass bei der Mundhygieneinstruktion die angefärbte Plaque viel eindrücklicher durch die Eltern mit der Zahnbürste (Training) entfernt werden kann. Hilfreich ist bei Kleinkindern mit Sprachkompetenz eine Anwendung der Tell-Show-Do-Technik. Hierbei wird ein Gegenstand, wie z.B. das Wattestäbchen, mit der Plaqueanfärbelösung (Abb. 8a) und die dazugehörige Tätigkeit kurz erklärt und gezeigt sowie abschließend durchgeführt. So kann nach der Demonstration am Finger des Kindes (Abb. 8b) das Anfärben der Zahnbeläge mit „Zauberfarbe“ (Abb. 9) oftmals viel leichter und mit Freude erfolgen.

### Putzinstruktion der Eltern

In liegender Position kann das abschließende Zähneputzen, also das erwähnte Nachputzen durch die Eltern, auch sehr gut durchgeführt werden (Abb. 10). Dabei sollte eine Systematik wie KAI (Kau-, Außen-, Innenflächen) beigebracht werden. Zudem ist die sogenannte „Lift the Lip“-Technik zu zeigen (Abb. 5), damit vor allem auch die Oberkiefer(front)zähne, die bei ECC meist am schwersten betroffen sind, gut gereinigt werden können. Nach jedem erfolgreichem Untersuchungstermin sollte das Kind anschlie-



Abb. 7: Bei Kindern mit Anzeichen von (Initial-)Karies, Gingivitis oder sichtbarer Plaque sollte ein Anfärben des Biofilms erfolgen. (Foto: Schmoeckel)

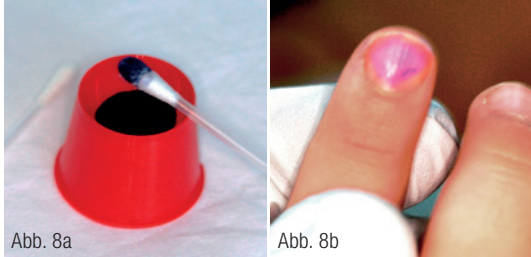


Abb. 8a und b: Die Tell-Show-Do-Technik kann bei Kleinkindern mit Sprachkompetenz sehr hilfreich sein. Hierbei wird zum Beispiel das farbige Wattestäbchen (a) und die beabsichtigte Tätigkeit „Anfärben der Zahnbeläge mit Zauberfarbe“ kurz erklärt und am Finger des Kindes (b) gezeigt. Abschließend kann dies meist deutlich einfacher an den Zähnen durchgeführt werden. (Foto: BZÄK/KZBV, Fotograf: Schmoeckel)



Abb. 9: Bei der zahnärztlichen Prävention am Kleinkind stehen neben der Überwachung von Wachstum und Entwicklung die Vermeidung und Detektion von Plaque, Gingivitis und (Initial-)Karies im Vordergrund – vom ersten Zahn an ist ein Anfärben der Zähne dafür sehr hilfreich. (Foto: Schmoeckel)

Bend dafür mit einem kleinen Geschenk belohnt werden (Abb. 11). So wird das Kind den Zahnarztbesuch in positiver Erinnerung behalten.

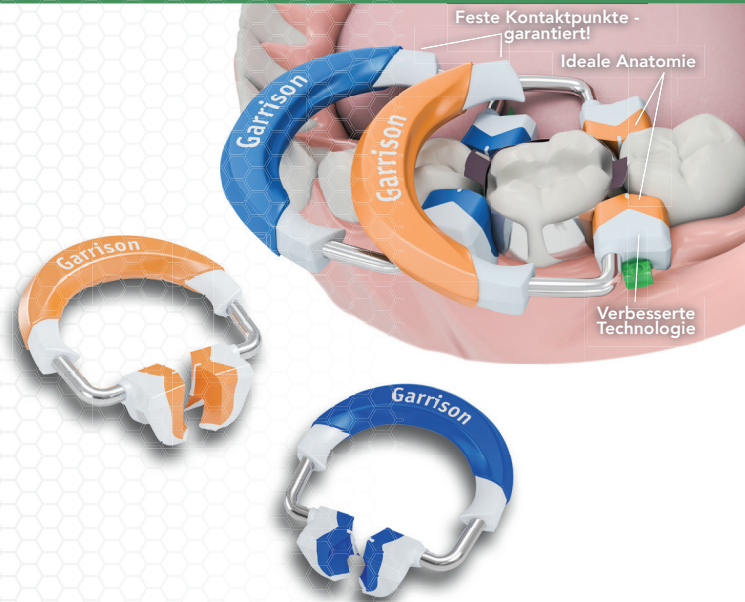
### Vermeidung und Inaktivierung frühkindlicher Karies

Wirksame Maßnahmen zum Erhalt eines gesunden Milchgebisses und zugleich auch zur Inaktivierung von frühkindlicher Karies sind bekannt (Public Health England 2013, Sälzer et al. 2017):

- Früherkennung von Ursachen und Symptomen der frühkindlichen Karies durch regelmäßige Kontrollen beim Kinderzahnarzt ab dem Durchbruch des ersten Zahns
- Demonstration des Zähneputzens während der oben genannten Kontrollen durch die Eltern in der Praxis oder zum Beispiel auch in Kindertagesstätten inklusive helfender Instruktionen

ANZEIGE

Wenn Design und Funktion aufeinandertreffen... erhalten Sie **FUSION!**



**NEU!**  
**Composi-Tight® 3D Fusion™**  
Sectional Matrix System



**Exklusiv!** Ein Ring für breite Präparationen.

### FX-KFF-00

Das neue Composi-Tight® 3D Fusion™ Teilmatrixsystem bietet die Lösung für alle Klasse II Kavitäten.

### FX-KFF-00 Starter Set

- 1x Composi-Tight® 3D Fusion™ Ring kurz blau,
- 1x Composi-Tight® 3D Fusion™ Ring lang orange,
- 1x Composi-Tight® 3D Fusion™ Ring breit grün,
- 1x verbesserte Ringseparierzange,
- 80x Composi-Tight® 3D Fusion™ Matrizenbänder,
- 70x Composi-Tight® 3D Fusion™ Keile



**Preis:**  
**€ 449,00\***

**Testen ohne Risiko mit der 60-Tage-Geld-zurück-Garantie!**

Rufen Sie uns an: 02451 971 409

**Garrison**  
Dental Solutions

\*Alle Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen zzgl. MwSt. Es gelten unsere AGB.

Tel.: +49 2451 971 409 • Fax: +49 2451 971 410  
info@garrisdental.net • www.garrisdental.com

ADGM0318

THE LEADER IN MATRIX SYSTEMS

© 2018 Garrison Dental Solutions, LLC



Abb. 10: Die praktische Zahnputzübung mit den Eltern, die selbst die Zähne bei Ihrem Kind in der Praxis putzen sollten ist ein wichtiger Bestandteil dieses Termins. Auf das Anheben und Abhalten der Lippen kann dabei eindrücklich hingewiesen werden. (Foto: BZÄK/KZBV, Fotograf: Schmoeckel)



Abb. 11: Nach der erfolgreichen Untersuchung und Reinigung der Zähne darf sich das Kind zur Belohnung eine Kleinigkeit aus der „Geschenkebox“ aussuchen. (Foto: BZÄK/KZBV, Fotograf: Schmoeckel)



Abb. 12: Bislang erfolgte bei Kindern mit ECC meist erst bei Schmerzen – also viel zu spät – ein Zahnarztbesuch. Durch die Verweise im gelben Kinderuntersuchungsheft soll die Prävention gefördert und solche Zahnbefunde wie dieser möglichst vermieden werden. (Foto: Schmoeckel)



Abb. 13: Ein gesundes Milchgebiss, verbunden mit hoher oraler Lebensqualität, ist das Ziel dieser ECC-Präventionsmaßnahmen. (Foto: Schmoeckel)

- zweimal tägliches häusliches Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpaste durch die Eltern
  - Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid) bei gesunden Milchzähnen und niedrigem Kariesrisiko
  - Juniorzahnpasta (meist 1.450 ppm Fluorid) ab dem ersten permanenten Zahn oder vorher bei erhöhtem Kariesrisiko (bei ECC der Fall) nach Absprache mit den Eltern, insbesondere wenn das Kind bereits gut ausspucken kann
- Professionelle Fluoridapplikationen (fluoridhaltiges Gel oder fluoridhaltiger Lack alters- und risikogerecht im Rahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe)
- Keine nächtliche Gabe der Nuckelflasche bzw. Saugerflaschen mit Obstsaften (auch nicht verdünnt), gesüßten Tees oder anderen süßen Getränken (auch nicht zwischendurch als Durstlöscher), das heißt, eine konsequente Getränkeumstellung auf Wasser und ungesüßten Beuteltee bei frühestmöglicher Umgewöhnung auf den Trinkbecher
- Ferner ist die Methode der motivierenden Gesprächsführung für eine gelingende kariespräventive Beratung erfolgsversprechend. Anstelle der einfachen Mitteilung der Sachinhalte wird die intrinsische Motivation zur Zahngesundheit, das heißt, insbesondere zur Mundhygiene, Fluoridnutzung und Ernährung, angesprochen und gestärkt.

### Abrechnung

Abgerechnet werden kann diese Untersuchung/Beratung bisher als Beratung (Ä1), Untersuchung (01) oder ab 30. bis 72. Lebensmonat insgesamt dreimal als Früherkennungsuntersuchungen (FU). Im Rahmen des Präventionsgesetzes von 2015, das die Implementierung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen vor dem 30. Lebensmonat ermöglicht, können je nach Region und Krankenversicherung zwei zusätzliche FUs zwischen 6. und 30. Lebensmonat erfolgen. Dazu sollte der Zahnarzt sich individuell informieren.

### Fazit und Ausblick

Zurzeit wird auf Antrag der KZBV die Einführung der „Therapeutischen Fluoridierung“ von kariösen Initialläsionen im Milchgebiss wissenschaftlich evaluiert,

um gegebenenfalls auch für diese sehr kleinen Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko das Touchieren mit Fluoridlacken wirksam im vertragsärztlichen System zu implementieren. Damit könnten aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur noninvasiven Kariestherapie bzw. Kariesinaktivierung in die Regelversorgung eingeführt werden und dies nicht mit dem Gießkannenprinzip, sondern entsprechend der stark polarisierten Kariesverteilung bei Kleinkindern (Team DAJ 2017).

Durch regelmäßige Verweise der Kleinkinder vom Kinderarzt zum Zahnarzt für adäquate zahnärztliche Untersuchungen und Präventionsempfehlungen schon in diesen frühen Lebensjahren rückt das Ziel, insbesondere die schweren Formen von ECC (Abb. 12) zu vermeiden und ein gesundes Milchgebiss (Abb. 13) für alle Kinder zu gewährleisten, näher. Diese gemeinsam erzielten strukturellen Fortschritte sind ein Meilenstein in der zahnmedizinischen Prophylaxe und ein gutes Beispiel für die Innovationsfähigkeit der Zahnmedizin bei einer modernen Versorgung in Deutschland.

**Hinweis** – ECC-Ratgeber ist online kostenfrei als PDF verfügbar unter:

[www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b16/ecc-ratgeber.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b16/ecc-ratgeber.pdf)

Dr. Julian Schmoeckel  
Infos zum Autor



Literatur



## INFORMATION

**Dr. Julian Schmoeckel**  
ZZMK Universitätsmedizin Greifswald  
Abt. für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde  
Walther-Rathenau-Straße 42  
17475 Greifswald  
Tel.: 03834 86-7136  
julian.schmoeckel@uni-greifswald.de

Dr. Ruth M. Santamaría  
Infos zur Autorin



Prof. Splieth  
Infos zum Autor



## Probiotika – wichtige Adjuvanten für eine intakte Mundflora

Probiotika werden in der Behandlung gastrointestinaler Infektionen häufig eingesetzt, ihre Wirkung ist gut dokumentiert. Neuere Studien zeigen, dass der probiotisch wirksame Keim *Lactobacillus reuteri* Prodentis<sup>®</sup> (GUM<sup>®</sup> PerioBalance<sup>®</sup>) auch bei Vorliegen parodontaler Entzündungen eine sinnvolle Therapieergänzung darstellt. Von einer prophylaktischen Anwendung profitieren insbesondere Risikopatienten wie etwa Schwangere.

Die Zahnfleischgesundheit in Deutschland hat sich zwar verbessert, ist aber immer noch nicht befriedigend. Die aktuelle Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie hat gezeigt, dass eine moderate Parodontitis bei 43,4 %, eine schwere Parodontitis bei 8,2 % der jüngeren Erwachsenen (35-44 Jahre) vorliegt. Bei jüngeren Senioren (65-74 Jahre) sind 44,8 % bzw. 19,8 % betroffen<sup>[1]</sup>. Ätiologisch steht neben der individuellen Krankheitsanfälligkeit ein Missverhältnis zwischen pathogenen und erwünschten Keimen im Mundraum im Vordergrund. Auch die Gravidität stellt einen ernst zu nehmenden Risikofaktor dar: Dies ist unter anderem auf die in der Schwangerschaft physiologisch erhöhten inflammatorischen Zytokine (TNF- $\alpha$ , Prostaglandine) zurückzuführen, welche eine überschießende Entzündungsreaktion der Gingiva auf benachbarte bakterielle Beläge nach sich ziehen. Durch effizientes Zähneputzen und eventuelles Scaling and Root Planing (SRP) lässt sich die Zahl der pathogenen Keime zwar deutlich, leider jedoch nur vorübergehend reduzieren.

### Überzeugende und übereinstimmende Studienergebnisse

In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass *L. reuteri* Prodentis<sup>®</sup> in der Lage ist, das Wachstum parodontalpathogener Keime effizient zu hemmen. Teughels et al. sowie Vicario et al. konnten nachweisen, dass GUM<sup>®</sup> PerioBalance<sup>®</sup>

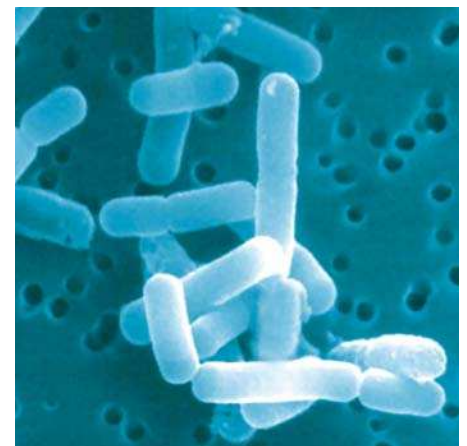


als Therapieergänzung zu SRP die klinischen Parameter Sondierungstiefe, Blutungs-Index und Plaque-Index erheblich verbessert<sup>[2, 3]</sup>. Eine Meta-Analyse hat gezeigt, dass SRP plus probiotische Behandlung im Vergleich zu SRP alleine einen signifikanten CAL-Gewinn (clinical attachment level) sowie eine signifikante Reduktion der Blutung bei Sondierung nach sich zieht<sup>[4]</sup>. Bei Schwangeren konnte drei Monate nach Beginn der Einnahme des Probiotikums im Vergleich zur Placebo ebenfalls eine signifikante Senkung des Gingiva-Index und des Plaque-Index beobachtet werden.<sup>[5]</sup>

### Supplementation bei chronischer Parodontitis und rezidivierender Gingivitis

Das Milchsäurebakterium kann sich im Speichel und an der Mundschleimhaut festsetzen und sowohl in der Mundhöhle als auch im Verdauungstrakt des Menschen überleben. Jede Lutschtablette enthält mindestens 200 Millionen aktive Keime. GUM<sup>®</sup> PerioBalance<sup>®</sup> (30er-Packung aus der Apotheke) sollte 1 x täglich über 30 Tage eingenommen werden, sobald erste Zahnfleischprobleme auftauchen. Risiko-Patienten ist eine prophylaktische Anwendung anzuraten. Dazu zählen neben Schwangeren auch Senioren und körperlich/geistig

eingeschränkte oder bettlägerige Menschen, Diabetiker, Osteoporose-Patienten, starke Raucher, stressgeplagte Personen sowie Patienten mit Brackets oder nach einer Parodontalbehandlung. Nebenwirkungen wie Verfärbungen der Zähne oder Irritationen der Schleimhaut sind nicht zu erwarten.



*Lactobacillus reuteri* Prodentis<sup>®</sup>

### Quellen

- <sup>[1]</sup> Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) 2016. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)  
<sup>[2]</sup> Teughels W et al. (2103) J Clin Periodontol 40:1025-35  
<sup>[3]</sup> Vicario M et al. (2012) Acta Odont Scand 71(3-4)  
<sup>[4]</sup> Martin-Cabezas R et al. (2016) doi: 10.1111/jcpe.12545  
<sup>[5]</sup> Schlägenhauf U et al. (2016) J Clin Periodontol 43:948-954

[www.GUM-professionell.de](http://www.GUM-professionell.de)