

**GESUNDE ZÄHNE  
SIND DOCH  
WIE EINE  
LEISTUNGS-  
KONTROLLE  
BEI DIESEM  
MUTTER-  
JOB**

nicht mehr da: dieses furchtbare Wegsacken, wie ein kleiner Tod. Mein Kopf weiß: Das ist der Sinn von Narkose. Aber mein Herz, das rast vor Angst und kommt auch nicht zur Ruhe, als ich draußen bin und mich an dem längst kalten Kaffee festhalte. Ich starre auf das Haus vom Kinderzahnarzt und habe panische Angst, dass ich gleich eine Sirene höre und der Notarzt vorfährt. Dass etwas schiefgeht. Es sind schon gesunde Erwachsene bei nicht lebensnotwendigen Vollnarkosen gestorben: Bei so was wie Brust-Vergrößerungen, auch bei Zahnbehandlungen... Ich habe mein Versprechen gebrochen. Nicht nur einmal: Mein wehrloses Kind hat kaputte Zähne, weil ich nicht aufgepasst habe. Und jetzt riskiere ich sein Leben, um diesen unverzeihlichen Fehler „wieder gut“ zu machen.

Und es ist so weit gekommen, obwohl ich schon einmal hier saß. Mit genau diesen schrecklichen Schuldgefühlen: Auch seine große Schwester, meine Älteste, wurde hier unter Vollnarkose behandelt. Nur dass sie schon fünf war. Dafür hatte dann aber auch jeder einzelne Backenzahn ein Loch. Der Kinderzahnarzt riet: alles auf einmal machen lassen. Und zwar mit Kinderkronen. Die waren damals vor sechs Jahren noch nicht weiß, sondern aus silberfarbenem Stahl. Damit sah meine Tochter aus wie der „Beißer“ aus James Bond. Beim Abholen in der Kita nahm mich die Erzieherin beiseite und sagte: „Wenn wir gewusst hätten, wie das aussieht, hätten wir die Kinder darauf irgendwie vorbereitet“. Doch so schlimm also!

Vor Kurzem erst ist der letzte „Ritterzahn“ ausgefallen. Meine Tochter, jetzt in der 5. Klasse, hat sie wie alle ihre Milchzähne in einer rosa Zahnfee-Zahnbox gesammelt. Ich habe diese stahlfarbenen Hauer so sehr gehasst, ich habe sie heimlich rausgenommen und in den Müll geschmissen. Diese Zeugnisse meines Versagens, die sechs Jahre lang jeden angefunkelt haben, wenn mein Kind den Mund aufgemacht hat. Als Platzhalter sollten sie eigentlich dafür sorgen, dass sich die Zahnstellung nicht verschiebt. Die Zahnspange bekommt sie jetzt trotzdem. Tolle Zähne sind doch wie eine Leistungskontrolle bei diesem Mutterjob. Wäre er nicht unkündbar, ich hätte die Probezeit nie überstanden.

Auch meiner mittleren Tochter sieht man meine Unfähigkeit an: Sie hat Flourflecken, diese weißen Verfärbungen an den Zähnen. Da habe ich es übertrieben mit Flourtabletten plus Flourzahn pasta. Und auch beim Putzen bin ich zu brutal: immer im Schwitzkasten, immer Geschrei.

Trotzdem bin ich mit meinem Jüngsten jetzt wieder hier gelandet. Gleich beim Aufwachen werde ich ihm noch ein Versprechen geben: Ab Morgen macht Mama es besser! Ich würde es so gern halten.

*Dorothee, drei Kinder (fast 2, 8, 11)*

**BRAUCHT  
MEIN  
KIND  
WIRKLICH  
EINE  
ZAHN-  
SPANGE?**

**Nicht unbedingt, sagt der Kieferorthopäde Dr. Henning Madsen. In Deutschland werde zu viel, vor allem aber zu lange behandelt**

**BRIGITTE MOM: Wie viele Kinder sind in Deutschland bei einem Kieferorthopäden in Behandlung?**

DR. HENNING MADSEN: Etwa 60 Prozent eines Jahrgangs, also mehr als jedes zweite Kind. Eine so hohe Quote gibt es im internationalen Vergleich nur in den USA und den Niederlanden. In Norwegen etwa werden nur 33 bis 40 Prozent eines Jahrgangs kieferorthopädisch behandelt, in Schweden sogar nur 28 Prozent. Das bedeutet: Da tragen nur halb so viele Kinder Zahnspangen wie in Deutschland.

**Wie kommt es zu dieser hohen Zahl?** Sobald der Hauszahnarzt bei Ihrem Kind etwas bemerkt, das von der durchschnittlichen Kieferentwicklung abweicht, wird er Ihnen raten, einen Kieferorthopäden aufzusuchen. Das ist nachvollziehbar, denn damit entlastet der Zahnarzt ja sich selbst. Und ein Besuch beim Kieferorthopäden schadet ja erstmal nicht. Aber stimmen Sie nicht sofort der vorgeschlagenen kieferorthopädischen Behandlung zu. In Deutschland besteht die Tendenz, grundsätzlich alle Befunde zu behandeln, und das immer sofort. Dabei kann man mit vielen Befunden auch alt und glücklich werden, ohne die Zähne behandeln zu lassen.

**Was mache ich also am besten, wenn der Hauszahnarzt mir rät, mit meinem Kind zum Kieferorthopäden zu gehen?** Gehen Sie ruhig hin. Aber machen Sie unmissverständlich klar, dass Sie zunächst nur ein Beratungsgespräch wünschen. Der Beratungstermin und der Behandlungsbeginn sollten klar getrennt sein. Die Behandlung darf erst nach ausdrücklichem „Ja“ der Eltern erfolgen. Das können Sie offen ansprechen, indem Sie sagen: Ich möchte mich heute nur über die Möglichkeiten informieren und noch keine Behandlung beginnen.

**Wie und wo kann ich mir denn eine zweite Meinung holen, wenn ich mir nach dem Beratungsgespräch unsicher bin, ob mein Kind wirklich eine Spange braucht?** Das ist in der Tat gar nicht so einfach. Es steht Ihnen zwar frei, so viele Kieferorthopäden aufzusuchen, wie Sie wollen, aber wahrscheinlich werden die alle dazu tendieren, eine Behandlung aufzunehmen.

**Was kritisieren Sie denn konkret an der Art, wie in Deutschland behandelt wird?** Zum einen wird die Behandlung oft viel zu früh begonnen. Eine Zahnspange während des Wechselgebisses, also bei Grundschulkindern, ergibt meistens keinen Sinn. Der ideale Zeitpunkt für eine Zahnkorrektur ist in

aller Regel mit 11 Jahren. Dann steht der pubertäre Wachstumsschub unmittelbar bevor. Der erleichtert die Behandlung ungemein, da erzielt man in kurzer Zeit große Effekte, und darum geht es ja.

**Was heißt „in kurzer Zeit“?** Wenn der Kieferorthopäde den Behandlungsbeginn mit 11 Jahren ansetzt und sofort eine gut sitzende, feste Apparatur, eine sogenannte feste Spange verwendet, dauert eine erfolgreiche Behandlung in der Regel nicht länger als ein oder zwei Jahre. In Deutschland werden Behandlungsverträge mit den Eltern aber häufig über vier Jahre und länger abgeschlossen.

**Was passiert dann in den vier Jahren?** Wie gesagt: Es geht damit los, dass oft viel zu früh begonnen wird. Und dann bekommen die Kinder erst mal eine herausnehmbare Apparatur, eine sogenannte lose Spange. Die wird im Ausland nur in etwa 5 Prozent aller Fälle verwendet, weil sie extrem ineffizient ist. Aber in Deutschland wird die Hälfte aller Behandlungen mit losen Spangen durchgeführt.

**Und was spricht dagegen?** Die herausnehmbare Spange muss am Tag mindestens 12 Stunden getragen werden, um überhaupt einen Effekt zu haben. Die meisten Ärzte verlangen von ihren jungen Patienten eine tägliche Tragedauer von 14 bis 16 Stunden. Eine Studie aus Tübingen vom letzten Jahr belegt, dass lose Spangen im Schnitt aber nur 10 Stunden täglich getragen werden, meistens nachts. Das bringt gar nichts. Außerdem ist die Abbruchquote der Behandlung mit losen Spangen sehr hoch, sie liegt zwischen 30 und 70 Prozent. Ich rate allen Eltern, auf eine Behandlung mit einer festsitzenden Spange zu bestehen. Wenn der Kieferorthopäde nicht von der losen Spange lassen will, muss er nachvollziehbar erklären können, warum.

**Warum ist denn dann die lose Spange in Deutschland so verbreitet, wenn sie so wenig Nutzen hat?** Überspitzt gesagt: Lose Spangen werden nicht trotz, sondern wegen ihrer Ineffizienz verschrieben. Sie sind ein Goldesel für Kieferorthopäden. Durch die deutsche Gebührenordnung der Krankenkassen sind viele einzelne Leistungen über einen möglichst langen Zeitraum für den behandelnden Arzt das vernünftigste, weil einträglichste Verhalten. Die Kontrolle einer losen Spange in der Arztpraxis geht schnell und erfordert wenig materielle und personelle Ressourcen. Tatsächlich lässt sich mit einer losen Apparatur der doppelte Gewinn dessen erwirtschaften, was mit einer festen Apparatur im selben Zeitraum möglich ist. Das führt leider zu einer überlangen Behandlung mit losen Spangen.

**MIT VIELEN  
BEFUNDEN  
KANN MAN AUCH  
ALT UND  
GLÜCKLICH WERDEN,  
OHNE DIE ZÄHNE  
RICHTEN  
ZU LASSEN**

**Stichwort Kosten: Was ist, wenn mir der Kieferorthopäde sagt, die von ihm angestrebte Behandlung sei ohne eigene Zuzahlung nicht möglich?**

Grundsätzlich hat jeder Versicherte Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Behandlung. Der Arzt muss also immer eine gangbare Alternative nennen, die ohne Zuzahlung möglich ist. Seit 2004 wird in der Kieferorthopädie allerdings nahezu flächendeckend so behandelt, dass der Patient, also in diesem Fall die Eltern, zuzahlen. Auch bei uns in der Praxis wird zugezahlt.

**Muss denn überhaupt jede Abweichung von der Norm behandelt werden?** Nein. Die Kieferorthopädie geht von einem idealen Gebiss aus, das angestrebt wird. Ihr Hauptnutzen ist darum die ästhetische Verbesserung. Das wird aber meistens nicht klar kommuniziert. Eltern wird suggeriert, dass es um die Gesundheit ihres Kindes geht, dass man mit der Behandlung zum Beispiel Karies, Parodontose oder orthopädischen Erkrankungen vorbeugt. Das finde ich sehr unfair. Wenn die Ästhetik im Vordergrund steht, sollte das auch benannt werden.

**Mit Ihren Thesen machen Sie sich sicher keine Freunde bei Ihren Kollegen.** Das stimmt. Aber ich kann alles, was ich sage, mit Zahlen aus Studien und mit den Erfahrungen internationaler Kollegen belegen. Die deutschen Kollegen legen dagegen leider keine Zahlen auf den Tisch, die die Überlegenheit ihrer Methoden im internationalen Vergleich belegen. In Deutschland wird zu früh mit der Behandlung begonnen, es wird viel zu lange und häufig ineffizient behandelt. Ich kann Eltern nur raten, dieses Vorgehen sehr kritisch zu hinterfragen.

**Dr. Henning Madsen, 55, ist Kieferorthopäde mit Praxen in Ludwigshafen und Mannheim. Mehr über seine Kritik an der deutschen Kieferorthopädie unter [www.madsen.de/aktuelles](http://www.madsen.de/aktuelles).**

Interview | Stefanie Hentschel

# TIPPS & TRICKS

**„Morgen macht Mama es besser...“  
– aber wie nur? So wird der tägliche Zahnputz-Kampf erträglicher**

**1 RUHE BEWAHREN:** Abends beim Zähneputzen, wenn alle müde sind, liegen die Nerven meist blank. Und weil es ja sein muss, wird oft ein Zweikampf im Schwitzkasten draus. Manchmal hat man dann zwar das Kind, aber nicht mehr sich selbst im Griff. Vorher also immer noch mal tief durchatmen und nicht brutal werden.

**2** Kaum ist das Kind auf der Welt, steht schon die erste Zahn-Entscheidung an: Vitamin-D-Tabletten mit oder ohne Flourid? Kinderärzte und Zahnärzte sind sich da nicht einig. Wir halten es mit der Empfehlung der Zahnärzte: Vom ersten Zahn an **KINDERZAHNPASTA MIT FLOURID** nehmen, auch wenn die Kleinen noch nicht richtig ausspucken können. Tabletten also lieber flouridfrei, sonst gibt's später weiße Flourflecken („Flourose“) auf den Zähnen.

**3** Damit die erste Begegnung mit der Zahnbürste zum Beginn einer langen Freundschaft und nicht gleich zum Trauma wird, kann man Babys beim Putzen eine **ZWEITZAHNBÜRSTE** oder einen **ZAHNPUTZTRAINER** wie den „Beiß-Elefant“ (s. S. 66) in die Hand geben. Dann mischen sie selbst mit, und steckt die Zweitzahnbürste erst mal im Mund, hat man einen prima Keil, der den Zugang zum ersten Zahnchen offen hält, bis Mama schnell durchgeputzt hat.

**4** Am effektivsten arbeitet Mama dabei mit einer **ELEKTRISCHEN ZAHNBÜRSTE**. Die Hersteller empfehlen sie zwar erst ab 3, aber das Baby soll das Ding ja auch noch nicht allein halten. Auch später putzen Kinder „mit Motor“ gründlicher. Am besten in ein Gerät mit Zeiteinstellung investieren, denn Zahnpasta soll beim Putzen drei Minuten „einwirken“, damit der ganze Schutz gewährleistet ist.

**5 BEIM ZÄHNEPUTZEN IMMER DABEIBLEIBEN** und noch mal kurz nachputzen. Die nötige Feinmotorik, egal mit welcher Bürste, haben Kinder nämlich erst drauf, wenn sie selbst flüssig schreiben können. Dann werden sie auch schon gut mit Zahnseide-Viechern (s. S. 66) fertig, denn die Bürste erreicht nur 60 Prozent der Zahnflächen! Achtung: Zahnseide immer VOR dem Zähneputzen verwenden, das machen auch Große oft noch falsch.

**6** Um einem Kind möglichst gewaltfrei und mindestens drei Minuten die Zähne zu putzen, sind **ALLE MITTEL ERLAUBT:** Für größere Kinder gibt's prima Zahnputz-Apps (s. S. 66 und S. 133), und kleine Kinder dürfen abends während der Prozedur einfach einen kleinen Zahnputz-Film sehen: Nichts wirkt besser!