



Prof. Dr. Annerose Borutta, Professorin für Kinderzahnheilkunde an der Universität Jena, zum Thema Kariesprophylaxe bei Kindern und ihrer Bedeutung zur Verhinderung einer Kariesflut in Deutschland.

interview

mit Prof. Dr. Annerose Borutta

Haben wir in Deutschland in der Kariesprophylaxe alles erreicht?

Nein, Prophylaxe muss immer weitergehen, sonst gibt es eine Situation, in der der Kariesbefall und die Anzahl der von Karies Betroffenen wieder steigen könnte – eine sogenannte „Kariesflut“.

Warum ist die hohe Fluoridapplikation – z.B. mit Duraphat Fluoridlack – die beste Prophylaxemaßnahme bei erhöhtem Kariesrisiko?

Bei jedem, der keine Karies hat, reicht es, sich täglich zweimal mit einer Fluorid-Zahnpaste die Zähne zu putzen (bis zum 2. Lebensjahr nur einmal mit Fluorid-Kinderzahnpaste putzen). Doch bei Kariesrisiko-Patienten sollten zusätzlich lokale Fluoridapplikation erfolgen, um den gefährdeten Zahn durch die karieshemmende Wirkung des Fluorids ausreichend zu schützen. Dabei bietet sich in der Zahnarztbehandlung Duraphat an, dessen regelmäßige Anwendung die Zähne präventiv schützt. Neben den Fluoriden sollte das Gesundheitsverhalten hinsichtlich Ernährung (weniger häufig kariogene, zuckerhaltige Speisen und Getränke) und Mundpflege verbessert werden.

Wann ist der erste Zahnarztbesuch sinnvoll? Und wann ist Intensivprophylaxe sinnvoll?

Der erste Zahnarztbesuch sollte nach dem Durchbruch der ersten Zähne, also ca. im 8. bis 12. Lebensmonat erfolgen. Dabei sollte die Aufklärung der Eltern zur Vermeidung von Zahnschäden, insbesondere der frühkindlichen Karies betrieben werden. Erste kariöse Veränderungen können von den Eltern nicht erkannt werden. Da ist es wichtig, auf professionelle Hilfe zurückzugreifen. Intensivprophylaxe sollte bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko zur Anwendung kommen. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen Gruppen- und Individualprophylaxe. Gruppenprophylaxe wird als Basis- und Intensivprophylaxe in Kindergärten oder Schulen häufig umgesetzt, während die Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis zwischen Arzt und Patienten erfolgt.

Ist Karies genetisch bedingt?

Marginal. Karies entsteht in erster Linie aufgrund von Ernährungsfehlverhalten, verbunden mit einer ungenügenden Zahnpflege. Die Erkrankung wird nicht vererbt.

Sind Kinder kariesgefährdeter als Erwachsene?

Morphologische Besonderheiten an Milch- und jugendlich bleibenden Zähnen sowie die mit Zahndurchbruch noch nicht beendete posteruptive Schmelzreifungsphase erhöhen die Kariesanfälligkeit im Kindes- und Jugendalter. Ein Kind befindet sich in dieser Reifungsphase bis etwa zu seinem 14. Lebensjahr, da es bis dahin zunächst das Milchgebiss und darauf dann das Erwachsenengebiss entwickelt. Also muss bis zu diesem Zeitpunkt besonders intensive Kariesprophylaxe betrieben werden.

Wie können Kinder sinnvoll betreut werden?

Gute Kinderbetreuung ist nur durch ein effektives „Recall-System“ möglich. Das bedeutet, dass die Kinder viertel- oder halbjährlich – je nach individuellem Bedarf – beim Zahnarzt erscheinen sollten. Leider nehmen gerade Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko nicht regelmäßig die Angebote einer präventiven Betreuung in Anspruch (meistens sind das Kinder aus unteren Sozialschichten, mit Immigrantenhintergrund, Eltern mit niedriger Bildung etc.). Kinder, die nicht in den Kindergarten gehen, kommen zum Beispiel nicht in den Genuss einer Gruppenprophylaxe. Für diese Kinder ist die Gefahr der frühkindlichen Karies somit wesentlich größer.