

Kariesprophylaxe in der Kinderzahnheilkunde

| Dr. med. dent. Stefanie Feierabend, Dr. med. dent. Stefanie Stumpf

Der allgemeine Trend des Rückgangs der Kariesprävalenz bei Kindern und Jugendlichen darf nicht vergessen lassen, dass die Karieserfahrung im Milchgebiss nach wie vor hoch und bei Kindern > sechs Jahre eine Polarisation deutlich ist. Sehr viele Kinder haben keine Karies, aber wenige Kinder sehr viel Karies. Ohne Frage ist, dass die in den letzten Jahrzehnten entwickelten Präventionsprogramme weiterhin Bestand haben und die Kinder mit viel Karies einen besseren Zugang zu diesen Programmen finden müssen. Dieser Artikel soll eine Übersicht über den derzeit aktuellen Stand in der Kariesprophylaxe bei Kindern geben.

Die guten Ergebnisse der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV)¹ in der Kinder- und Jugendgruppe stehen in starkem Kontrast zu den DAJ- (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.) bzw. LAGZ- (Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e.V.) Studien,² die eine auffallend hohe Kariesprävalenz im Milchgebiss offenlegen. Die Gründe für diese Diskrepanz sind vielfältig. Sie reichen von sozioökonomischen Faktoren in den Familien über Mängel in den Präventionsprogrammen bis hin zu der Meinung, dass Milchzähne ohnehin ausfallen und daher nicht behandlungsbedürftig sind.

Seit Langem wird die Einführung der Fluoride in Zahnpasten, Mundspüllösungen, Gelen, Lacken etc. als Hauptgrund für den oben beschriebenen Kariesrückgang

angeführt. Neuere Untersuchungen sprechen dem Fluorid allerdings die ihm zugeordnete Bedeutung wieder etwas ab.³ 1991 folgte zusätzlich die Marktzulassung für fluoridiertes Speisesalz, eine einfache und preisgünstige Alternative zu den Fluoridtabletten. Die Fluoridverfügbarkeit war innerhalb kurzer Zeit erheblich gestiegen und gleichzeitig ein Rückgang der Kariesprävalenz zu verzeichnen. 1989 wurde das Individualprophylaxe-Programm für Kinder (IP 1–5) der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt, 1999 folgten die zahnärztlichen Frühuntersuchungen (FU 1 und FU 2). Im Individualprophylaxe-Programm sind neben Mundhygiene-Instruktionen und lokaler Fluoridierung auch die Fissurenversiegelungen an den Molaren enthalten. Diese spielen ebenfalls eine wichtige Rolle in der Kariespro-

phylaxe. Die zahnärztlichen Frühuntersuchungen sollen besonders Kinder mit hohem Kariesrisiko früh herausfiltern. Der erhoffte Rückgang des Nursing-Bottle-Syndromes (Saugerflaschenkaries) wurde damit aber leider nicht erreicht. Für die FU 1 ist der Zeitraum zwischen dem 30. und 42. Lebensmonat gewählt. Das Nursing-Bottle-Syndrom entsteht aber häufig schon wesentlich früher.

Kariespräventionsprogramme und ihre Komponenten bieten für viele Kinder und Eltern eine sinnvolle Kombination aus Eigenverantwortlichkeit und Lenkung durch den Zahnarzt. Dennoch gibt es einige Kinder und Jugendliche, die keinen Zugang zu diesen Programmen finden. Die Gründe dafür sind sehr unterschiedlich und fundieren hauptsächlich auf einem veränderten Lebensstil und einem hohen Anspruch auf Lebensqualität (Ernährungsgewohnheiten, soziales Umfeld, Freizeitverhalten u.ä.),⁴ Desinteresse und niedrigem Bildungsstand der Eltern oder auch auf einem Migrationshintergrund.

Gerade Eltern wollen oft nicht sehen, dass die Karies alle Kriterien einer Infektionskrankheit erfüllt und durchaus verhindert werden könnte.



Abb. 1: Kinder bei der Gruppenprophylaxe auf den Cook-Inlands.