

Zahngesundheit Dortmunder Kinder und Jugendlicher

Bericht des Gesundheitsamtes, Zahnärztlicher Dienst 2003



Inhalt

	Seite
1. Blick in die Vergangenheit	3
2. Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchung bei Dortmunder Kindergarten- und Schulkindern	
2.1 Kindergarten	3
2.2 Schulen	6
2.2.1 Grundschulen	8
2.2.2 Weiterführende Schulen	10
3. Schlussfolgerungen	
3.1 Gruppenprophylaxe und zahnärztliche Untersuchungen	11
4. Ausblick	12

1. Blick in die Vergangenheit

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts wurden in Deutschland Schulzahnkliniken zur zahnmedizinischen Versorgung von SchülerInnen gegründet. Die Stadt Dortmund gehörte mit zu einer der ersten Kommunen, in der am 28.05.1911 eine Schulzahnklinik ihre Arbeit aufnahm. Neben der therapeutischen Tätigkeit, gegen Kostenbeteiligung durch die Eltern der versorgten Kinder, gehörte bereits damals Prävention von Zahn- und Munderkrankungen sowie die zahnärztlich Untersuchung der SchülerInnen zu den Aufgaben der Schulzahnärzte.

Durch Änderungen der Reichsversicherungsordnung (RVO), der Vorgängerin des Sozialgesetzbuches V (SGB V), konnten zahnärztliche Behandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden, so dass die therapeutische Tätigkeit der Schulzahnklinik mit einer Ausnahme nicht mehr erforderlich war. Erst in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurden kieferorthopädische Behandlungen in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) aufgenommen; aus diesem Grunde wurden vom jugendzahnärztlichen Dienst kieferorthopädische Behandlungen bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführt.

2. Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchung bei Dortmunder Kindergarten- und Schulkindern

2.1 Kindergarten

Der Zahnwechsel beginnt um das sechste Lebensjahr. Der Zeitpunkt ist bei jedem Kind unterschiedlich. Aus diesem Grunde wird im Kindergartenalter für die Bewertung der Zahngesundheit das Milchgebiss betrachtet. Als naturgesund wird ein Gebiss angesehen, wenn es keine Karies oder Füllung aufweist und wenn kein Zahn auf Grund von Karies entfernt wurde.

Die Zahl der naturgesunden Milchgebisse hat im Laufe der Jahre stetig zugenommen und liegt derzeit bei 63% der untersuchten Kinder. Entsprechend ist der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Gebissen gesunken. Im Vergleich zu den beiden erstgenannten Gruppen haben die Kinder mit sanierten (behandelten) Milchgebissen überproportional abgenommen. Dies entspricht der Lage auf Bundesebene. In der DAJ-Studie (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege) zur Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen aus dem Jahr 2000 wurde festgestellt, dass bei den Erstklässlern mehr als die Hälfte der kariösen Milchzähne nicht mit Füllungen versorgt war.

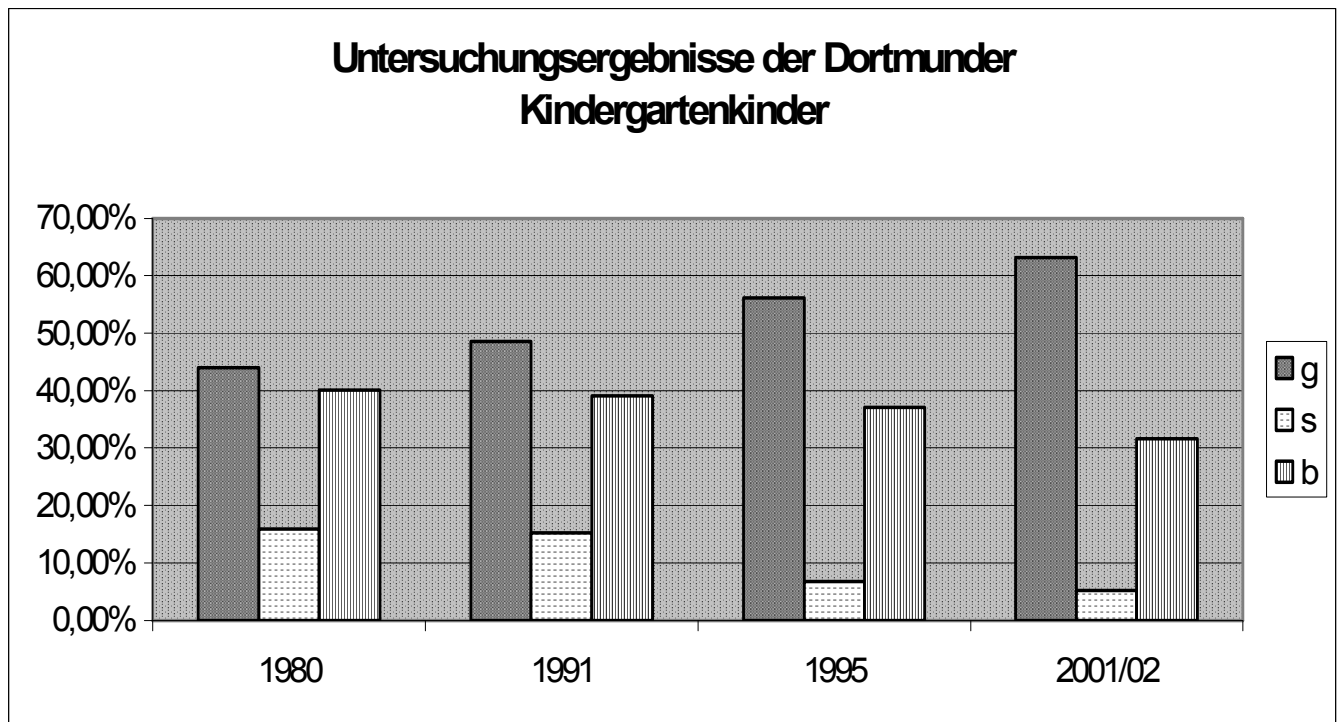
Für die fehlende Behandlung der Milchzähne gibt es wahrscheinlich vielfältige Ursachen. Zum einen wird den Milchzähnen keine so große Bedeutung beigemessen

wie den bleibenden Zähnen, da sie ja doch „ausfallen“, zum anderen ist die Angst vor dem Zahnarzt noch verbreitet. Auf eine zahnärztliche Behandlung muss ein kleines Kind vorbereitet werden. Am Besten geschieht dies bereits bevor eine Behandlung erforderlich wird. Wenn eine Füllung gelegt werden muss und ein Kind noch nie beim Zahnarzt war, ist das Kind einer Situation ausgesetzt, von der es häufig überfordert ist – fremde Umgebung, ungewohnte Geräusche, Personen, die etwas von ihm wollen (Mundaufhalten, möglichst still sitzen) und unter Umständen Eltern, die es auch bedrängen.

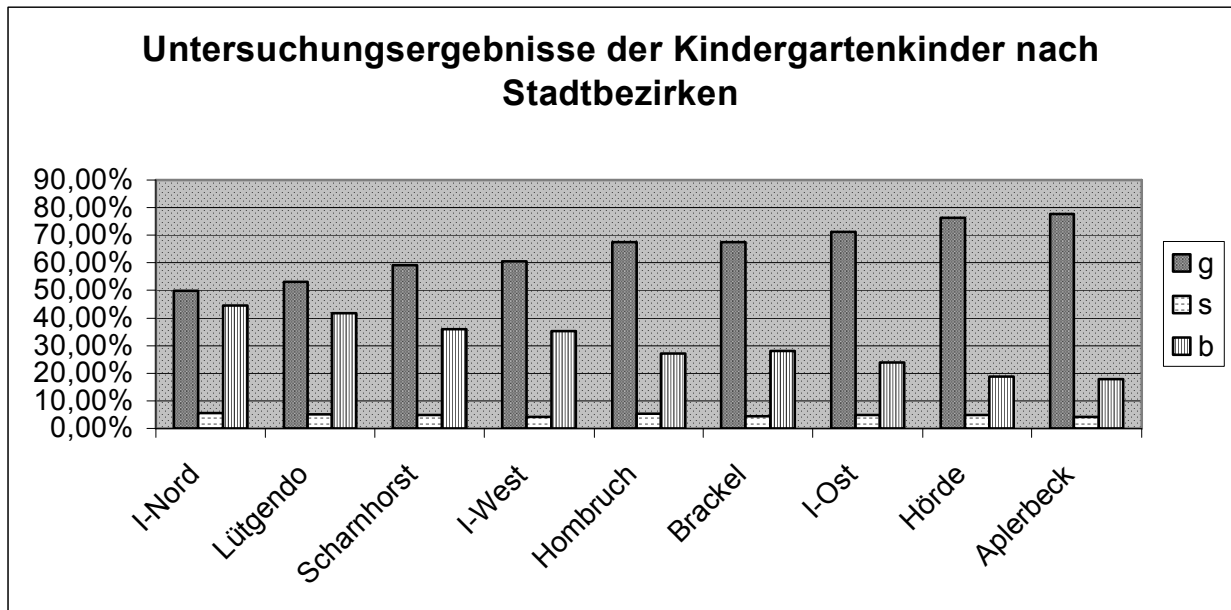
Die folgende Tabelle verdeutlicht die Verbesserung der Zahngesundheit bei den Milchgebissen der Kindergartenkinder.

Jahr	Untersuchte	g	s	b
1980	3.431	44,00%	15,90%	40,10%
1991	3.169	48,50%	15,30%	39,10%
1995	4.565	56,10%	6,80%	37,10%
2002	5.106	63,22%	5,17%	31,61%

g= naturgesundes Milchgebiss, s= saniertes (behandeltes) Milchgebiss, b= behandlungsbedürftiges Milchgebiss

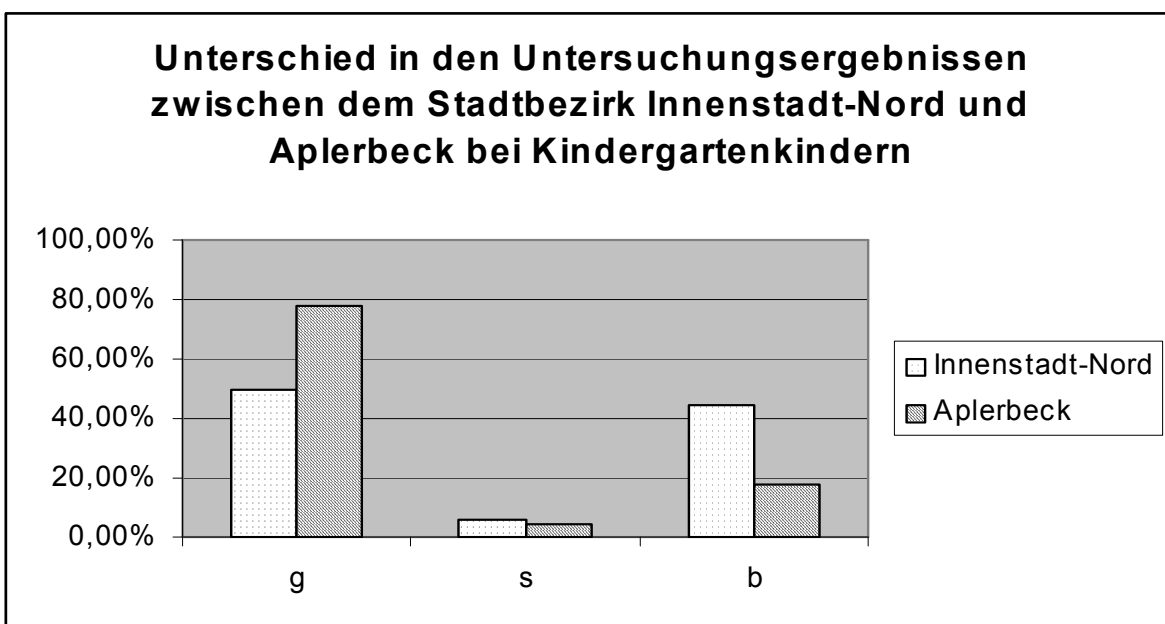


Um zu erfahren, ob sich die Zahngesundheit der Kindergartenkinder in den Stadtbezirken unterscheidet, wurde eine entsprechende Auswertung der Daten vorgenommen.

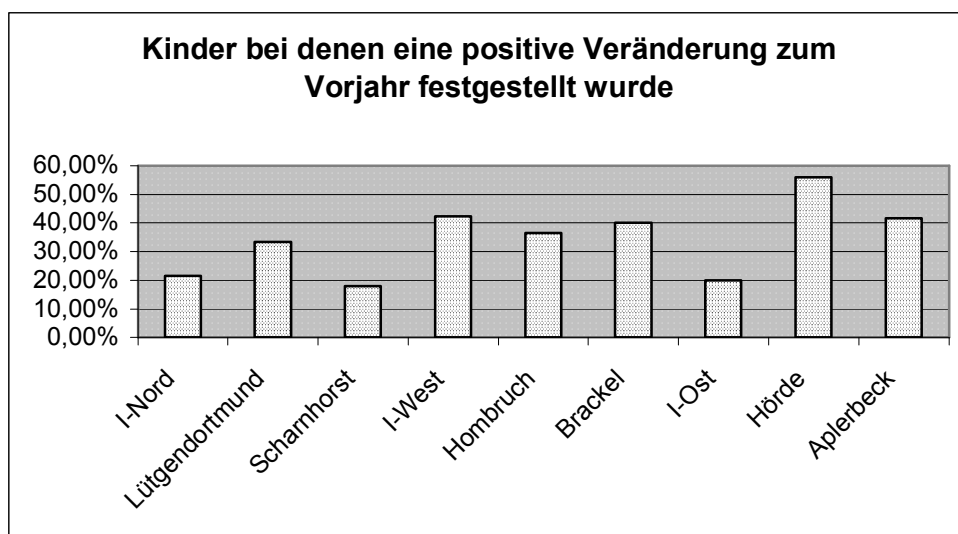


g= naturgesund s= saniert b= behandlungsbedürftig (Milchzähne)

Der Anteil der Naturgesunden variiert zwischen 49,93% (Innenstadt-Nord) und 77,70% (Aplerbeck). Auch bei den behandlungsbedürftigen Gebissen weisen diese beiden Bezirke den größten Unterschied auf Innenstadt-Nord 44,44% Aplerbeck 17,96%. Je kleiner die Gruppe der behandlungsbedürftigen ist, um so schwieriger wird es eine Motivation zur Behandlung zu erreichen, weil es sich unter Umständen um ängstliche Kinder handelt.



Um festzustellen, was die Benachrichtigung der Erziehungsberechtigten über das Untersuchungsergebnis bewirkt, wurde überlegt, wie dies zu erfassen ist. Da die Untersuchung der Kinder in der Regel im jährlichen Abstand erfolgt, haben wir uns entschieden, die Kinder zu erfassen, bei denen im Vorjahr eine Behandlungsbedürftigkeit bestand und mit dem Ergebnis der Untersuchung im Folgejahr zu vergleichen. Wurde das Kind in der Zwischenzeit behandelt wurde es gezählt. Im Kindergarten konnten so zwei Jahrgänge bewertet werden. Bei 31,69% der Kinder war eine positive Veränderung festzustellen. Wobei dieses Ergebnis keinen Einfluss auf den Sanierungsgrad hat, da im Abstand von einem Jahr bereits ein anderer Milchzahn erkrankt sein kann.



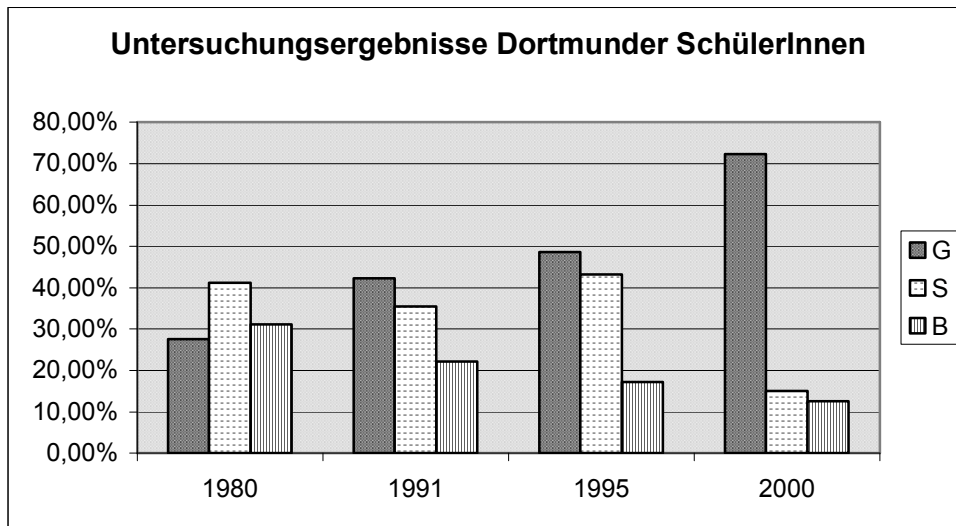
Im Vergleich zu den Befunden ist hier die Verteilung sehr unterschiedlich. Es ist allgemein bekannt, der Gesundheitszustand –auch des Gebisses- ist abhängig vom sozioökonomischen Status. In jedem Bezirk gibt es mehr oder weniger problem-belastete Stadtteile. Es ist zu vermuten, in diesen Stadtteilen leben einerseits vermehrt Kinder mit behandlungsbedürftigen Milchgebissen, andererseits ist die Bereitschaft zur Therapie geringer.

2.2 Schulen

Aus den Untersuchungsdaten der letzten Jahrzehnte war abzulesen, dass in den verschiedenen Schulsystemen der Sekundarstufe II die Zahngesundheit variiert, was zur Folge hat, dass in den „guten“ (aus zahnärztlicher Sicht) Schulen die Zahl der Untersuchungen reduziert wurde. Um die langfristige Entwicklung der Zahn-

gesundheit der Dortmunder SchülerInnen darzustellen und dies auf Basis vergleichbarer Untersuchungszahlen zum Jahr 1995 wurde das Jahr 2000 ausgewählt.

Bei den SchülernInnen wird das Augenmerk für die Auswertung auf das bleibende Gebiss gelegt, da mit fortschreitendem Alter die Milchzähne verloren gehen.



G= naturgesundes bleibendes Gebiss, S= saniertes bleibendes Gebiss, B= behandlungsbedürftiges bleibendes Gebiss

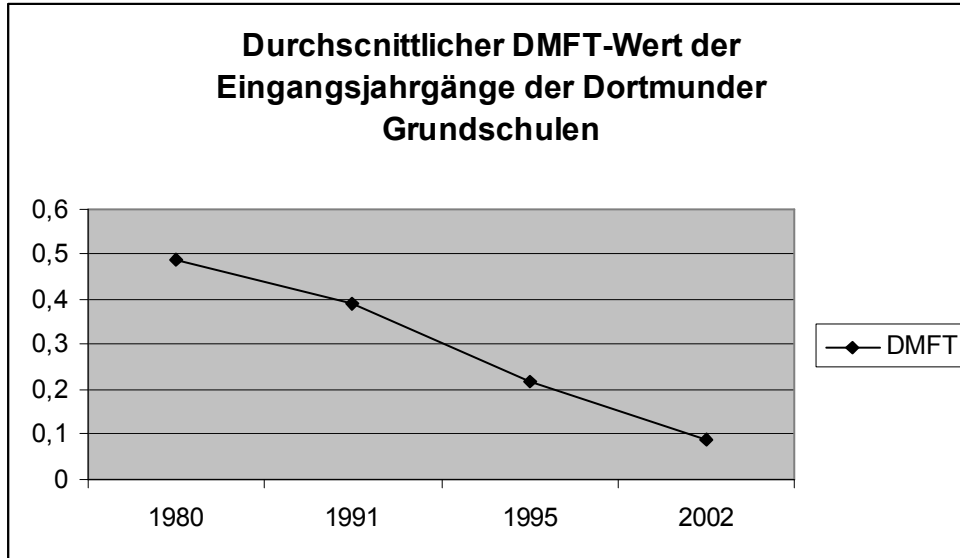
Da im Laufe der Jahre die Untersuchungen der älteren SchülerInnen zu Gunsten der jüngeren reduziert wurden, könnte dies eine Erklärung für den sprunghaften Anstieg im Jahr 2000 sein, denn je länger sich ein Zahn im Mund befindet, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er an Karies erkrankt. Trotzdem hat sich die Zahngesundheit der SchülerInnen weiter verbessert.

Die bisherigen Angaben sagen wenig darüber aus, wie viel an Karies erkrankte Zähne die SchülerInnen im Durchschnitt aufweisen. Um hierzu eine Aussage machen zu können ist es erforderlich den international gebräuchlichen DMF-T Index zu verwenden. Hierbei steht D für decayed=kariös, M für missing-fehlend in Folge von Karies, F für filled=gefüllt T für tooth=Zahn. Zähne die wegen einer kieferorthopädischen Behandlung entfernt wurden oder durch einen Unfall verloren gingen, gehen nicht in den Wert ein. Dies gilt auch für Füllungen, die auf Grund eines Traumas gelegt wurden.

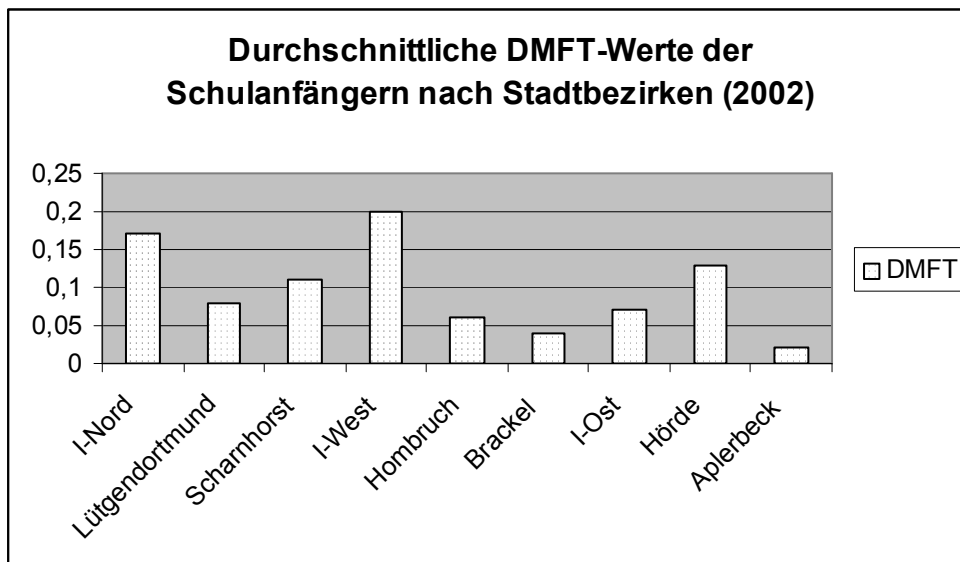
Die Verwendung der Großbuchstaben weist darauf hin, die Angaben beziehen sich auf das bleibende Gebiss. Wird für den DMF-T 2 angegeben bedeutet dies, zwei Zähne haben oder hatten Karies.

2.2.1 Grundschulen

Wie aus den obigen Daten zu vermuten ist, hat sich der DMFT-Wert in den letzten Jahren kontinuierlich verringert. Hatte im Jahr 1995 noch jeder fünfte Schulanfänger einen erkrankten Zahn, war es im Jahr 2002 nur noch jeder zehnte.

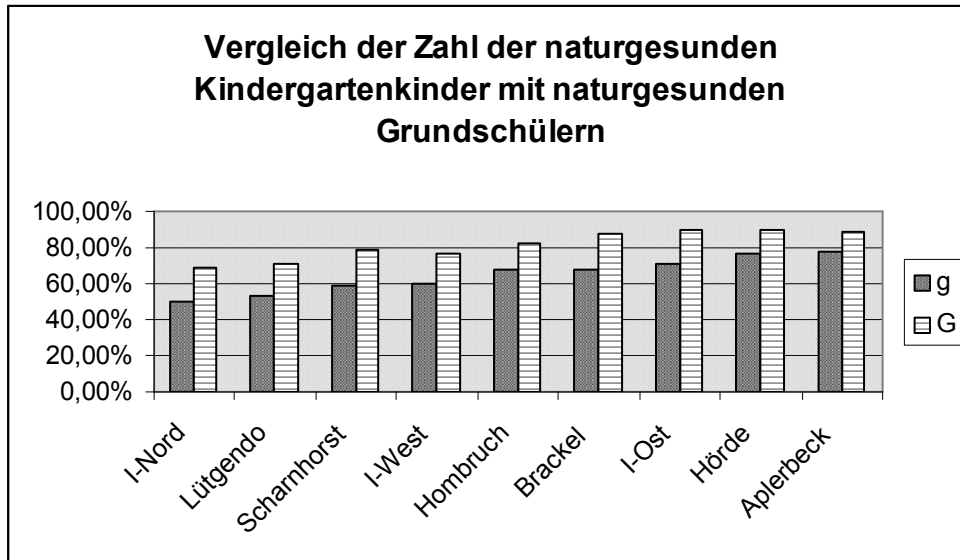


Wie im Kindergartenbereich wurde eine Differenzierung nach Stadtteilen vorgenommen und folgendes Ergebnis ermittelt.



An dieser Stelle sei der Hinweis erlaubt, die obige Grafik nicht mit den Ergebnissen der Kindergärten in den Stadtteilen zu vergleichen. Beim DMFT-Wert wird jeder Zahn gezählt, der einen Befund aufweist, was zur Folge hat, dass wenige Kinder mit vielen kariösen, gefüllten oder fehlenden Zähnen den Wert erhöhen. Legt man die Bewertung naturgesundem Gebiss zu Grunde treten kaum Unterschiede zwischen

Kindergarten- und Grundschulbereich auf, obwohl das Milchgebiss mit dem bleibenden Gebiss verglichen wird.



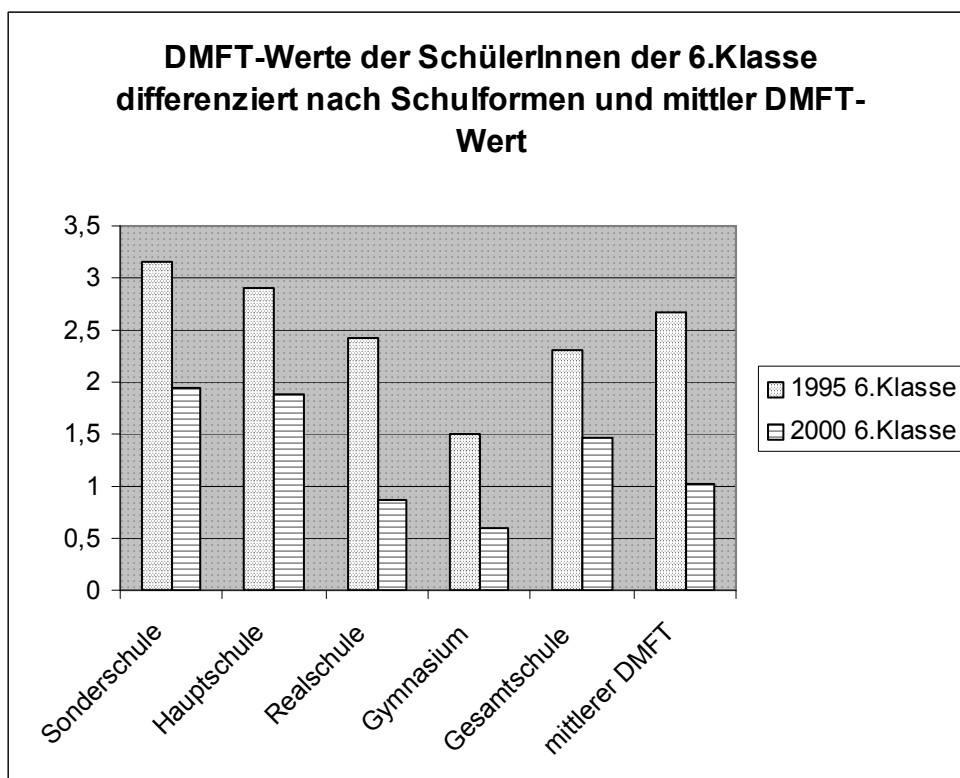
g= Milchgebiss, G= bleibendes Gebiss

Um zu sehen ob die schriftliche Mitteilung an die Erziehungsberechtigten eine Auswirkung hat, haben wir die im Vorjahr erhobenen Befunde der Kinder, die eine Benachrichtigung erhalten hatten, mit den aktuellen Ergebnissen verglichen und konnten bezüglich der Behandlung von Karies feststellen, dass im Jahr 2002 bei 46,4% der im Vorjahr erkrankten Kinder eine Verbesserung im Sinne einer zahnärztlichen Behandlung stattgefunden hat.

Zum Ende der Grundschulzeit ist der Zahnwechsel bei den einzelnen SchülerInnen unterschiedlich weit fortgeschritten, so dass mit der Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen begonnen werden oder eine Beratung hinsichtlich einer Behandlung erfolgen sollte. Da die Erziehungsberechtigten hierüber ebenfalls schriftlich informiert werden, wurden ein Datenvergleich vorgenommen. Wenn ein Kind eine „Klammer“ hat, weiß es dies, aber ob es beim Zahnarzt zur kieferorthopädischen Beratung war, ist im häufig nicht bewusst. Für den Datenvergleich werden nur die Kinder berücksichtigt, bei den nach der Benachrichtigung im Folgejahr eine kieferorthopädische Behandlung begonnen wurde oder auf Grund der Angabe des Kindes vorbereitende Maßnahmen, wie z.B. die Abdrucknahme zur Erstellung eines kieferorthopädischen Behandlungsplanes, vorgenommen wurden. Im Jahr 2002 war bei 55,66% der benachrichtigten Kinder eine kieferorthopädische Behandlung begonnen worden.

2.2.2 Weiterführende Schulen

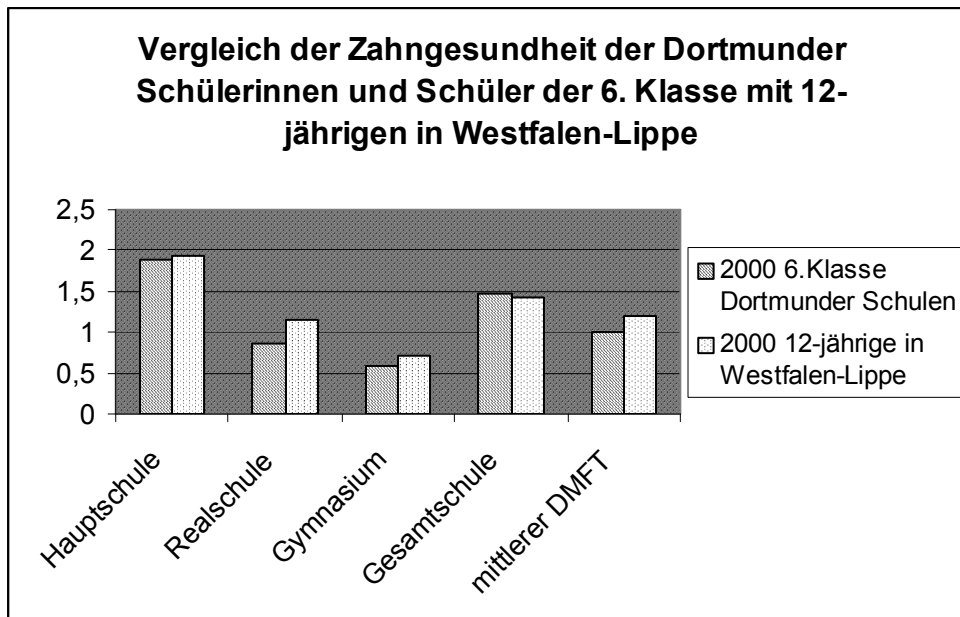
Aus den Befundergebnissen war bekannt, dass die Behandlungsbedürftigkeit in den einzelnen Schulformen unterschiedlich ausgeprägt ist und sich auch die DMFT-Werte unterscheiden. In den letzten Jahren wurden die Untersuchungen in Real-, Gesamtschulen und Gymnasien zu Gunsten der Kindergartenkinder, Grund-, Haupt- und Sonderschüler reduziert, so dass die Untersuchungsergebnisse zum Vergleich der einzelnen Schulformen aus dem Jahr 2000 genommen werden mussten. In allen Schulformen liegen DMFT-Werte der SchülerInnen der 6. Klasse vor. Für die Haupt- und SonderschülerInnen auch noch die Werte der 10. Klasse.



Betrag im Jahr 1995 der DMFT-Wert bei den Sechstklässern (11-12-Jährige) 2,67 und lag über dem im Rahmen einer bundesweiten, epidemiologischen Studie ermittelten Wert von 2,44 bei den 12-Jährigen, liegt er im Jahr 2000 in Dortmund (11-12-Jährige) bei 1,01 und somit unter dem in 13 Bundesländern ermittelten Wert von 1,21.

Für den Landesteil Westfalen-Lippe liegen aus dem Jahr 2000 DMFT-Werte für die 12-jährigen vor, die auch nach Schulformen (ohne Sonderschulen) differenziert sind. Beim Vergleich mit den Dortmunder Schülerinnen und Schüler der 6.Klasse ist zu berücksichtigen, dass in der 6. Klasse auch 11-jährige anzutreffen sind. Dies erklärt

die besseren Werte für Dortmund. Insgesamt zeigt sich aber, die Zahngesundheit in Dortmund kann sich einem Vergleich stellen.



Auch die Zahngesundheit der SchülerInnen der 10.Klassen der Haupt- und Sonderschulen hat sich erheblich verbessert. Wiesen die HauptschülerInnen 1995 noch einen DMFT-Wert von 5,50 auf, so liegt der Wert heute bei 3,79. Die SchülerInnen haben heute im Vergleich zu 1995 durchschnittlich zwei gesunde bleibende Zähne mehr im Mund. Bei den SonderschülerInnen zeigt sich eine Verbesserung von 6,00 (1995) auf 3,75 heute. Warum die Werte bei den SonderschülerInnen heute besser sind als bei den HauptschülerInnen, lässt sich zahnmedizinisch nicht erklären. Es müssen äußere Einflüsse verantwortlich sein, z.B. intensivere Betreuung durch LehrerInnen, SozialpädagogenInnen.

3. Schlussfolgerungen

3.1 Gruppenprophylaxe zahnärztliche Untersuchung

Das Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Jahr 2000, alle 12-Jährigen sollen einen DMFT-Wert von 2 haben, wurde in Dortmund mit einem Wert von 1,01 bei den 11-12-Jährigen deutlich erreicht. Für das Jahr 2010 hat die WHO ein neues Ziel formuliert. Der DMFT-Wert soll bei den 12-Jährigen 1 betragen. Auch von diesem Ziel sind wir in Dortmund nicht weit entfernt. Wobei insgesamt der DMFT-Wert nur durch einen kleinen Teil der Untersuchten hervorgerufen wird. Dieser Gruppe der Kariesrisikokinder muss zukünftig das Augenmerk gelten.

Um die Erfolge oder gegebenenfalls auch Misserfolge der Gruppenprophylaxe feststellen zu können, sind zahnärztliche Untersuchungen auch weiterhin erforderlich und fester Bestandteil der Gruppenprophylaxe. Auch hat sich gezeigt, die Benachrichtigung der Eltern wird als Anlass genommen, eine zahnärztliche Behandlung der Kinder vornehmen zu lassen.

4. Ausblick

Die Auswertung der Befunddaten ermöglicht es auf sich ändernde Situationen zu reagieren und die vorhandenen Ressourcen gezielt einzusetzen. Die von der WHO gesetzten Ziele sind fast erreicht, was aber nicht zu einer Reduktion der Anstrengungen führen darf, da dieser Stand auch gehalten werden muss.

Zukünftig werden wir unsere gruppenprophylaktischen Bemühungen gezielt in den Schulen verstärken, an denen auf Grund der Untersuchungsergebnisse ein Bedarf festgestellt werden kann. Wir erhoffen uns davon eine weitere Verbesserung der Zahngesundheit.

Impressum
Dr. Annette Düsterhaus (verantwortlich)
Anna-Elisabeth Bongen
Gesundheitsamt Dortmund