

# Prävention nach Maß?

## Mundhygienegewohnheiten bei drei- bis vierjährigen Kindern mit und ohne kariöse Defekte\*

*Der Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland und international ist erheblich,<sup>3,15</sup> allerdings ist er weitaus stärker in der permanenten Dentition ausgeprägt als im Milchgebiss.*

PROF. DR. CHRISTIAN H. SPLIETH\*, DIPL. MULT. CHRISTIAN SCHWAHN\*,  
ZÄ CORNELIA HÖLZEL\*, DR. ABDUHL NOURALLAH\*/KIEL,  
PROF. DR. CYNTHIS PINE\*\*/LIVERPOOL

Kinder in Deutschland weisen nach den ersten sechs bis sieben Lebensjahren im Milchgebiss fast doppelt so viele kariöse, gefüllte oder extrahierte Zähne (1,6–3,27 DMFT) auf wie in den folgenden sechs Jahren im bleibenden Gebiss (1,03–1,95 DMFT).<sup>15</sup> Weiterhin ist die Mehrheit der kariösen Defekte im Milchgebiss nicht versorgt,<sup>15</sup> was z. T. mit Zahnschmerzen und erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität einhergeht.<sup>11</sup> Auch der Anteil der naturgesunden Milchgebisse liegt in Deutschland hinter anderen Ländern, insbesondere in Skandinavien.<sup>8,10,15,17</sup> Der Anteil der frühkindlichen Karies bzw. Nuckelflaschenkaries scheint in Deutschland sogar zu steigen.<sup>4</sup> Daher stellt sich die Frage, nach einer Neubewertung der Kariesprävention bei kleinen Kindern, was in Deutschland durchaus kontrovers diskutiert wird. Die Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde differieren erheblich von den Empfehlungen der deutschen Kinderärzte, die die Kinder und Eltern mehrheitlich während der ersten drei Lebensjahre betreuen.<sup>6–7</sup> Aber auch die Bedeutung der Mundhygiene für die Kariesprävention und die daraus resultierenden Empfehlungen werden von Kinderärzten und innerhalb der Zahnmedizin sehr unterschiedlich eingeschätzt. Kinderärzte favorisieren den Gebrauch fluoridhaltiger Zahnpaste erst, wenn die Kinder die Zahnpaste nicht mehr herunterschlucken, was tendenziell die Bedeutung des Zähneputzens reduziert.<sup>6</sup>

Das Lutschen einer „Anti-Karies-Tablette“ ist für Eltern sicherlich auch bequemer als das Zähneputzen bei kleinen Kindern. Aber auch innerhalb der zahnmedizinischen Literatur gibt es stark divergierende Ansichten zum Zusammenhang von Plaqueentfernung und Karies. Übersichtsarbeiten weisen darauf hin, dass mehrheitlich keine Beziehung zwischen Plaqueindizes und der Karies besteht und dass auch die Plaqueentfernung nicht in weniger Karies(zuwachs) resultiert.<sup>2,12,18</sup> Der Effekt des Zähneputzens wird im Wesentlichen auf die Lokalfluoridierung durch die Zahnpaste reduziert. Die konventionellen Plaqueindizes (API, QHI) bewerten jedoch nicht die

am häufigsten von Karies betroffenen Okklusalfächen, was bei einer flächenspezifischen Erkrankung methodisch nicht korrekt ist.<sup>1,13–14</sup>

Studien, die detailliert Plaque auf Okklusalfächen erfassten, konnten feststellen, dass dort Plaque und Kariesentwicklung zusammenhingen und gezielte Plaqueentfernung zu weniger Karies führt.<sup>5,9</sup> Um die Kariespräventionsmaßnahmen bei kleinen Kindern zu erfassen, wurden in einem internationalen, vom amerikanischen National Institute of Health/USA geförderten Projekt in 17 Ländern parallel Untersuchungen an insgesamt 2.822 drei- bis vierjährigen Kindern durchgeführt.<sup>16</sup> Dabei wurde bewusst auf den Ansatz einer repräsentativen Querschnittsstudie verzichtet, da in dem gewählten Design der Fall-Kontroll-Studie Einstellungen, Kompetenz und Verhalten bei kariesfreien Kindern und Kindern mit deutlichem Kariesbefall stärker gegenüber gestellt werden können. Da der Kariesbefall auch erheblich in Beziehung zum sozialen Status steht,<sup>4</sup> sollte eine soziale Schichtung vorgenommen werden. In diesem Artikel werden die deutschen Daten zur Mundhygiene ausgewertet.

### Material und Methode

Zur Abklärung struktureller Unterschiede wurden in einem Fall-Kontroll-Design die Mundhygienegewohnheiten bei 100 drei- bis vierjährigen Kindern aus dem Kreis Lohne/Niedersachsen mit und ohne kariöse Defekte (DMFT = 0 bzw. DMFT > 3; jeweils n = 50) von den Eltern anonym erfragt (Tab. 1). Die Kinder wurden bei kommunalen Reihenuntersuchungen in den Kindergärten selektiert. Anhand der Angaben zur Ausbildung der Eltern wurden die Kinder jeweils noch einmal hälftig in Familien mit niedrigem bzw. höherem Sozialstatus (mind. ein Elternteil mit Realschulabschluss und abgeschlossene Ausbildung) unterteilt. In einem Fragebogen wurden erfasst (Tab. 1):

- Überzeugungen (7 Items: z.B. Verantwortlichkeit für orale Gesundheit, Vermeidbarkeit von Karies, Ausübung von Kontrolle und Zwang beim Zähneputzen),
- Kompetenz (3 Items: Einschätzung der eigenen Fähigkeit, beim Kind Mundhygiene durchzuführen)

\* Universität Kiel

\*\* University of Liverpool/England