

Mundgesundheit von Vorschulkindern

Studie

Seit mehr als 15 Jahren hat sich in Deutschland die Mundgesundheit von Kindern, Jugendlichen und nunmehr auch schon von jungen Erwachsenen kontinuierlich verbessert. Diese als „Caries decline“ bezeichnete Entwicklung ist in allen Industrienationen nachweisbar und wird vor allem durch die kariespräventive Wirkung von Fluoriden, in Besonderheit der fluoridhaltigen Zahnpasten, erklärt. Epidemiologischer Nachweis dafür ist im Allgemeinen die Kariesprävalenz 12-Jähriger. In dieser Altersgruppe bezieht sich der „Caries decline“ auf das bleibende Gebiss.

Prof. Dr. Dr. h.c. Annerose Borutta, Prof. Dr. Susanne Kneist/Jena

■ Im Milchgebiss ist der „Caries decline“ im Vergleich zum bleibenden Gebiss weniger deutlich. Dabei beziehen sich die Mitteilungen übereinen „Caries decline“ zunächst immer nur auf den Durchschnitt der jeweiligen Alterskohorte. Daneben gibt es die sogenannten Risikogruppen, deren Mundgesundheitsstatus vom Durchschnitt deutlich abweicht. Als „Risikokinder“ betrachteten Ferro et al. jenes Drittel der von ihnen untersuchten 36 bis 71 Monate alten Kinder mit dem höchsten Kariesbefall. Diese Kinder hatten altersabhängig einen ca. dreifach höheren Kariesbefall (1,62 bis 4,02 dmft) als die gesamte Probandengruppe mit dmft-Werten zwischen 0,53 (36 bis 47 Monate) und 1,34 (60 bis 71 Monate). Im Rahmen einer epidemiologischen Studie zur Mundgesundheit von 5- und 12-jährigen Kindern aus Europa wurden in Berlin bei 23 % der 5-Jährigen 6 bis 15 dmf-Zähne registriert, was nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) ein erhöhtes Kariesrisiko darstellt. Berücksichtigt man zudem noch die Kinder mit initial kariösen Läsionen, so ist der Anteil von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko noch wesentlich höher, wie das in einer Untersuchung an schwedischen 6-jährigen Kindern nachgewiesen wurde.

5- bis 6-Jährige bzw. 6- bis 7-Jährige (Schulanfänger) gelten als Standardaltersgruppe zur Beschreibung der Mundgesundheit im Milchgebiss. In jüngster Vergan-

genheit häufen sich Mitteilungen über eine Stagnation der Kariesverbreitung bzw. über einen Wiederanstieg des Kariesbefalls im Milchgebiss. Besorgniserregend ist zudem der hohe kariesbedingte Behandlungsbedarf bei Vorschulkindern. So lag beispielsweise bei 5-Jährigen aus Großbritannien der Sanierungsgrad lediglich bei 14 %, d.h., nur 14 % aller dmf-Zähne waren erfolgreich behandelt, während bei 86 % der dmf-Zähne ein Behandlungsbedarf festgestellt wurde. 5-jährige Kinder aus Deutschland hatten einen Sanierungsgrad von 32 %, demzufolge waren 68 % der kariösen Flächen unversorgt.

In der oben genannten Studie an 6-jährigen schwedischen Kindern hatten insgesamt 42 % der Untersuchten kariöse, unversorgte Zähne. Bei 11 % der Kinder wurden 5 bis 23 unversorgte Zähne festgestellt. In den Industrienationen korrelieren die Kariesprävalenz und der Behandlungsbedarf mit dem sozio-ökonomischen Status. Je niedriger dieser Status ist, desto höher sind Kariesprävalenz und Behandlungsbedarf. Pine et al. ermittelten bei 5-jährigen Kindern auch einen Zusammenhang zwischen der Kariesverbreitung und Folgeerkrankungen am apikalen Parodont. Infolge ungenügender Sanierungsleistung steigt auch der Anteil von Kindern mit Kariesfolgeerkrankungen (apikale Parodontitiden, Abszesse), wodurch sich wiederum der Behandlungsaufwand und die Behandlungskosten erhöhen.



Abb. 1: An den Zähnen 51 und 61 ist deutlich die Neonatallinie, in der die ersten kariösen Veränderungen entstehen, zu erkennen; approximal hat sich bereits eine Defektkaries entwickelt. – **Abb. 2:** Zirkuläre Ausbreitung der Initialkaries entlang der Neonatallinie, am Zahn 62 hat sich die Karies bereits über die gesamte Vestibularfläche ausgedehnt. – **Abb. 3:** Kariöse Zerstörung an den Palatinalflächen der oberen Inzisivi als Ausdruck eines exzessiven Konsums kariogener Getränke aus der Babyflasche. Die Karies begann, wo der Nuckel an den Zähnen anliegt.