

1. GESUNDHEITZUSTAND

1.10. Zahngesundheit bei Kindern

Zahnprobleme, meistens in Form von Karies (Zahnverfall) und Parodontose (Zahnfleischschwund) sind in den Industrieländern weit verbreitet und betreffen 60-90% der Schulkinder und die große Mehrzahl der Erwachsenen (WHO, 2003). Menschen mit einer schlechten oralen Gesundheit können unter Schmerzen und Beschwerden, funktionalen Einschränkungen, niedrigem Selbstwertgefühl und einer allgemeinen Unzufriedenheit mit ihrem Äußeren leiden. Zahn- und sonstige Mundkrankheiten stellen daher ein großes öffentliches Gesundheitsproblem dar. Zahnerkrankungen hängen in starkem Maße mit bestimmten Lebensgewohnheiten, z.B. einer zuckerreichen Ernährung, zusammen, werden aber auch durch den Einsatz bzw. Nichteinsatz vorbeugender Schutzmaßnahmen wie Fluoridanwendungen und einer guten Mundhygiene beeinflusst. Benachteiligte und sozial ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen sind von Zahnerkrankungen übermäßig stark betroffen (WHO, 2003), und Kinder sind besonders anfällig. In den Industrieländern sind Zahnbehandlungen oft kostspielig, wenngleich viele Länder für Kinder und Jugendliche unentgeltliche oder bezuschusste zahnärztliche Leistungen anbieten (vgl. auch Indikator 6.6 „Ungleichheiten in Bezug auf Zahnarztconsultationen“).

In Deutschland, im Vereinigten Königreich, in Dänemark, Luxemburg, den Niederlanden und der Schweiz lag die durchschnittliche Zahl der kariösen (D), fehlenden (M) oder gefüllten (F) bleibenden Zähne (T) bei 12-Jährigen im Jahr 2006 bzw. dem nächstgelegenen verfügbaren Jahr unter 1 (DMFT-Index) (Abbildung 1.10.1). Kinder in Polen und Ungarn hatten indessen einen DMFT-Indexwert von mindestens 3. In den meisten OECD-Ländern lag der DMFT-Wert von 12-Jährigen auf sehr niedrigem bis niedrigem Niveau, d.h. zwischen 1 und 2.

In den vergangenen 25 Jahren ist der DMFT-Index im OECD-Durchschnitt, bezogen auf eine konsistente Ländergruppe, für die längere Zeitreihen vorliegen, deutlich zurückgegangen, und zwar von 4,7 im Jahr 1980 auf 2,7 im Jahr 1990 und 1,5 im Jahr 2006 (Abbildung 1.10.3). In diesem Zeitraum verzeichneten mit Ausnahme eines Landes (Polen) alle OECD-Länder, für die Daten verfügbar sind, eine Verringerung der DMFT-Werte um mindestens 50% (Abbildung 1.10.2), was einen großen Fortschritt für die öffentliche Gesundheit darstellt. Fast allen OECD-Ländern ist es gelungen, das von der Weltgesundheitsorganisation angestrebte Ziel eines DMFT-Werts von unter 3 bis zum Jahr 2000 zu erreichen (WHO, 2003). In einigen Ländern, wie Australien, Österreich und den Vereinigten Staaten, besteht jedoch Anlass zu Besorgnis, da sich der Rückgang der DMFT-Werte dort in den letzten Jahren verlangsamt hat bzw. diese Werte sogar gestiegen sind.

Der Rückgang von Karies und sonstigen Zahnproblemen wurde durch zahlreiche öffentliche Gesundheitsmaßnahmen, wie die Fluorierung von Trinkwasser in den

Gemeinden, erzielt, wobei auch sich wandelnde Lebensbedingungen, ein effizienteres Gesundheitsmanagement und eine bessere Mundhygiene positiv zum Tragen kamen. Im Bereich der Zahnmedizin und der Mundgesundheit vollzieht sich eine Entwicklung hin zur Vorbeugung und zu Behandlungsverfahren mit minimal invasiven Eingriffen, was auch bedeutet, dass die nationalen Strategien in breiter angelegte Programme zur Verhütung chronischer Krankheiten eingebunden und mit allgemeineren Zielen der Gesundheitsförderung verknüpft wurden, da die Risiken hier jeweils miteinander verbunden sind (Europäische Kommission, 2008b; Petersen, 2008). Dieser „Common risk factor approach“ bietet insofern einen großen Vorteil, als er sowohl auf die Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung als auch von Risikogruppen ausgerichtet ist.

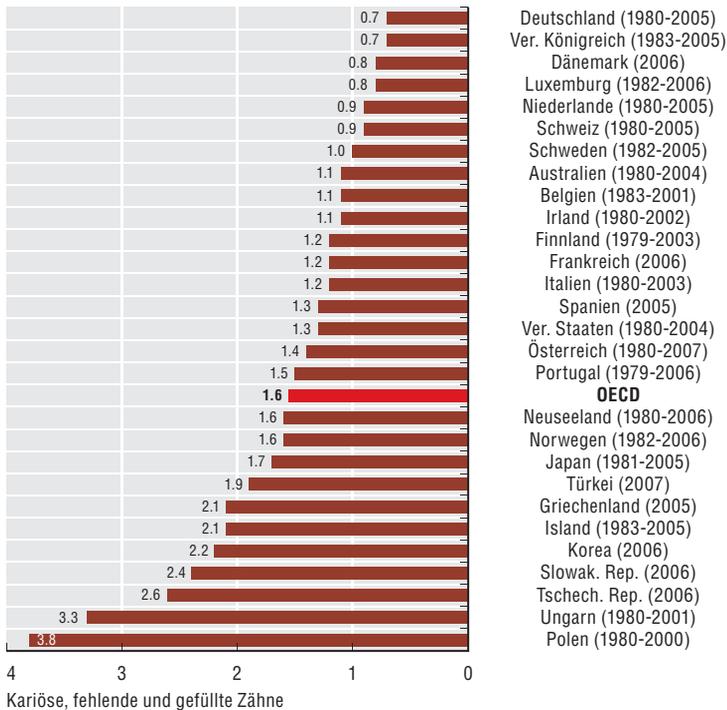
Abbildung 1.10.4 zeigt kaum einen Zusammenhang zwischen den DMFT-Werten von Kindern und der Zahl der Zahnärzte je Einwohner. Es gibt erhebliche Unterschiede bei den DMFT-Indexwerten zwischen Ländern mit derselben Zahl von Zahnärzten je Einwohner, was darauf hindeutet, dass neben dem Angebot an Zahnärzten noch zahlreiche andere Faktoren die Zahngesundheit beeinflussen.

Definition und Abweichungen

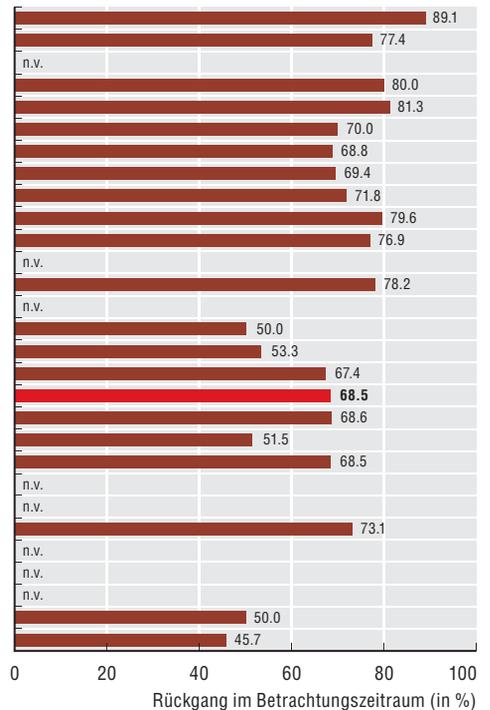
Ein häufig herangezogener Maßstab für die Zahngesundheit ist der DMFT-Index. Er misst die Anzahl der von Karies befallenen Zähne einzelner Personen unter Zugrundelegung der Anzahl der akut kariösen (D), wegen Karies fehlenden (M) oder gefüllten (F) bleibenden Zähne. Die Summe dieser drei Faktoren bildet den DMFT-Index. Hier beziehen sich die Daten auf 12-jährige Kinder. Ein DMFT-Indexwert von weniger als 1,2 wird als sehr niedrig, ein Wert von 1,2-2,6 als niedrig, von 2,7-4,4 als mäßig und von über 4,5 als hoch eingestuft.

Norwegen verwendet einen MFT-Index, bei dem die kariösen Zähne unberücksichtigt bleiben, und Schweden einen DFT-Index, in den die Zahl der fehlenden Zähne nicht einbezogen ist. Das Durchschnittsalter der in Neuseeland untersuchten Kinder könnte etwas über 12 Jahre liegen, da die Untersuchungen bei Schülerinnen und Schülern der 8. Klasse durchgeführt werden. Bei den Daten für Belgien und die Schweiz handelt es sich um regionale Daten.

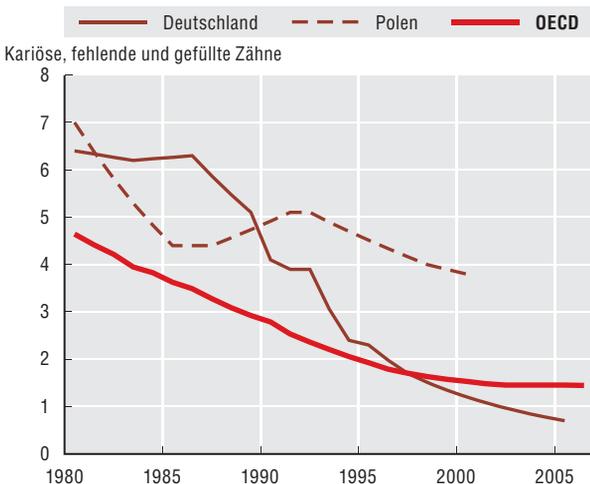
1.10.1 Durchschnittliche Zahl der kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



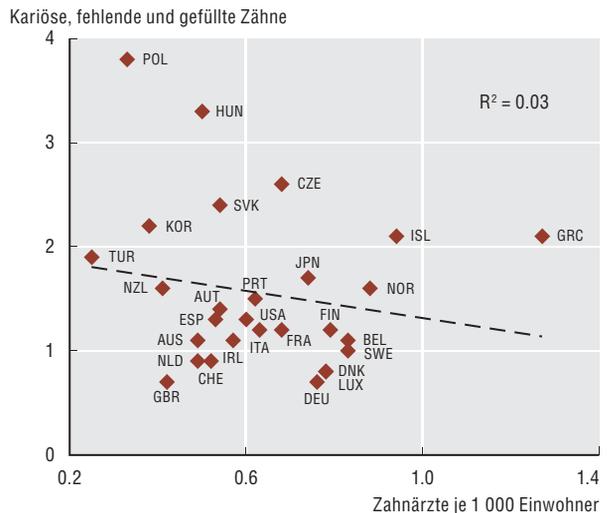
1.10.2 Rückgang der durchschnittlichen Zahl der kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, 1980-2006



1.10.3 Durchschnittliche Zahl der kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2006



1.10.4 Durchschnittliche Zahl der kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen und Zahnärzte je 1 000 Einwohner, 2006



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/803055415854>



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Zahngesundheit bei Kindern", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-12-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.