

Zusammenfassung (1)

Ein Hauptziel der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ist es, den Anteil der Kinder mit gesunden Zähnen in einer Population zu erhöhen (Primärprävention).

Hauptziel: Ohne Karies ist besser als mit Karies.

Doch auch wenn dieses Hauptziel nicht erreicht wird, können präventive Bemühungen erfolgreich sein, indem z.B. die Zahl kariesbefallener Zähne pro Kind mit Karieserfahrung ($dmft^{\circ}_{MW}$ / $DMFT^{\circ}_{MW}$) zurückgeht.

Nebenziel: Wenig Karies ist besser als viel Karies.

Differenzierte Angaben zum Ausmaß der Karies an einzelnen Zähnen sind mit den sog. Flächenbefunden ($dmfs^{\circ}_{MW}$ / $DMFS^{\circ}_{MW}$) möglich, die hier aber nicht erhoben wurden.

Nebenziel: Kleine Karies ist besser als große Karies.

Offene Karies bei Kindern sollte zeitnah therapiert werden, um größere Läsionen und deren mögliche Auswirkungen zu vermeiden ("Lehre vom kleinen Loch"). Dieses Ziel der traditionellen Jugendzahnpflege hat natürlich auch heute Bestand für Kinder mit Karieserfahrung (Sekundärprophylaxe).

Nebenziel: Sanierte Karies ist besser als offene Karies.

In dieser Rubrik wurden zahnärztliche Untersuchungsdaten analysiert von Kindern und Jugendlichen eines südhessischen Landkreises aus der Zeit 1960 bis 1982. Ziel war die qualitative Beurteilung der sog. traditionellen Jugendzahnpflege (Schulzahnpflege im engeren Sinne) nach den damaligen Richtlinien des DAJ. Insgesamt wurden in jener Zeit etwa 400.000 Kinder des Landkreises untersucht. Im Hinblick auf die Qualität der Befunderhebung waren (und sind) die örtlichen Untersuchungsbedingungen in Kindergärten und Schulen im Vergleich zur zahnärztlichen Praxis nicht optimal. Kleine kariöse Läsionen, insbesondere Approximalkaries oder Läsionen im Lichtschatten der Untersuchungslampe, konnten von Jugendzahnärzten häufig nicht detektiert werden und führten zu einer geringen Sensitivität. Andererseits waren genauere Inspektionen aufgrund der verfügbaren Zeit pro Kind auch nur selten möglich. Bei einer Klassenstärke von etwa 40 Kindern in den Schulen und einer verfügbaren Zeit von 45 Minuten pro Klasse blieb etwa 1 Min. pro Kind für die Untersuchung und Befunddokumentation auf vorgegebenen Befundblättern für das Bundesland Hessen. Die WHO empfiehlt für eine

Basisuntersuchung pro Kind etwa 5 bis 10 Minuten einzuplanen (1).

Hessische Befunddokumentation 1960 -1982 im Wechselgebiß (hypothetisches Beispiel)

Untersuchungs-
jahr 82 Kreis 1 Gemeinde 2 Schul-
ort 1 jhg. 2 Geschl. 7.5 Geb. Jhg. 10.06.1982 Reg. Nr. Ü
untersucht am: 10.06.1982 Bemerkung

Befund:

22 23 2 2 1 3 1
29 30 31 32 33 34 04 37 38

01 02 03 04 05 06 07 08 0 09 10 11 12 13 14 15 16
11 10 011

R 0 ✓ 6 6 6 6 5 16
40 41 42 43 44 45 46 47 48 49
110 011 6 6 6 6 K K

fi 0 0 6 6 6 6 K K
59 58 57 56 55 54 53 52 51 50
110 110 05x 05x

U ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17
011 011

Aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen sind die numerischen Werte für die verschiedenen Kennziffern der vorliegenden Datenanalyse, z.B. dmft°, DMFT° und die Anteile naturgesund oder behandlungsbedürftig, mit denen aus späteren Jahren oder anderen Quellen schwer vergleichbar, doch können Verlaufsbeobachtungen interpretiert werden. Die folgende Tabelle gibt eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse der Datenanalyse für die Zeit von 1960 bis 1982.

Entwicklung 1960 - 1982

Kennziffer	1. Dentition Alter: 3 - 6	2. Dentition Alter: 6 - 16
ng / n Anteil naturgesund	Zunahme bei den 5- und 6-Jährigen	keine Veränderungen
dmft°_{MW} mittlere Zahl kariesbefallener Zähne pro Kind mit Karieserfahrung	Rückgang	DMFT°_{MW} keine Veränderungen
n_beh / nk Anteil behandlungsbedürftiger Kinder unter Kindern mit Karieserfahrung	nahezu unverändert	nahezu unverändert
d*_{MW} mittlere Zahl behandlungsbedürftiger Zähne pro Kind mit Behandlungsbedarf	Rückgang	D*_{MW} teilweise Rückgang

$\Sigma d / \Sigma dmft$

Rückgang bei den
5- und 6-Jährigen

$\Sigma D / \Sigma DMFT$ Rückgang in allen
Altersklassen (Sanierung)

Anteil behandlungsbedürftiger Zähne unter allen befallenen Zähnen

Fazit nach 22 Jahren traditioneller Jugendzahnpflege:

A. Kindergärten (3 - 6-Jährige):

- Zunahme des Anteils 5- und 6-jähriger Kinder mit naturgesunden Milchzähnen.
- Rückgang des $dmft^{\circ}_{MW}$ bei Kindern mit Karieserfahrung.
- Rückgang des d^*_{MW} bei Kindern mit Behandlungsbedarf.

B. Schulen (6 - 16-Jährige):

- Rückgang behandlungsbedürftiger Zähne durch Sanierung in allen Altersklassen.

Ganz erfolglos, wie manchmal behauptet wurde ⁽¹⁾, war die traditionelle Jugendzahnpflege nach 22 Jahren nicht. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Gruppenprophylaxe nach 1990 bleibt jedoch die Frage nach der Effektivität der damaligen präventiven Maßnahmen.

(1) Literaturangaben siehe Rubriken "Geschichte" und "Reihenuntersuchung".