

Kinder- und Jugend- Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark

**Gesundheitsziel:
Rahmenbedingungen für ein
gesundes Leben schaffen**

**Voraussetzungen zur Stärkung der
Zahngesundheit schaffen**

Kapitel 23: Zahngesundheit



**gesundheit
steiermark**



**Das Land
Steiermark**

Inhaltsverzeichnis

23	Zahngesundheit	141
23.1	Bedeutung des Indikators „Zahngesundheit“	141
23.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Zahngesundheit“	141
23.3	„Zahngesundheit“ bei 6-Jährigen nach Geschlecht, Region und im Vergleich zu Gesamtösterreich	143
23.4	„Zahngesundheit“ bei 12-Jährigen nach Geschlecht, Region und im Vergleich zu Gesamtösterreich	144
23.5	„Zahngesundheit“ nach sozioökonomischem Status	144
23.6	„Zahngesundheit“ und Trend.....	145
23.7	Zusammenfassung.....	146
	Literatur	146

23 Zahngesundheit

23.1 Bedeutung des Indikators „Zahngesundheit“

Eine gute Zahngesundheit ist nicht nur für eine verbesserte Lebensqualität wichtig, sondern dient auch der Verhütung von verschiedenen Krankheiten und führt somit zu einem besseren Gesundheitszustand (WHO, 1999, S. 80). Orale Erkrankungen, die vor allem im Erwachsenenalter auftreten, sind Zahnfleischerkrankungen, während bei Kindern und Jugendlichen die häufigste orale Erkrankung Karies ist (Sax, 2005, S. 1). Ein gesundes Milchgebiss gilt als Indikator für die weitere Zahngesundheit, da ein kariöses Milchgebiss ein erhöhtes Risiko für die verbleibenden Zähne darstellt (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 3). Die WHO deklarierte daher als Ziel, dass bis zum Jahr 2000 50 % der Kinder kariesfrei sein sollten, bis zum Jahr 2020 80 % (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 1).

Für 12-Jährige wurde seitens der WHO für das Jahr 2000 ein DMFT-Index von maximal 2 und für das Jahr 2020 von maximal 1,5 als Ziel festgelegt (Sax, 2005, S. 2). Der DMFT-Index misst jeweils die durchschnittliche Anzahl an kariösen (decayed), fehlenden (missing) und sanierten (filled) Zähnen (teeth) im bleibenden Gebiss. Für die Milchzähne ist der entsprechende Index der dmft-Index (in Kleinbuchstaben) (Rigby & Köhler, 2002, S. 57). Um verschiedene Stufen von Karies zu beschreiben, wird zwischen d_0 , d_1 , d_2 und d_3 unterschieden, wobei d_3 bedeutet, dass ein füllungsbedürftiger Kariesdefekt vorliegt, während Stufen davor noch reversible Schädigungen der Zähne bedeuten (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 7).

23.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Zahngesundheit“

Rigby und Köhler empfehlen für die Darstellung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen eine Analyse des durchschnittlichen dmft-Index für 5-Jährige und des durchschnittlichen DMFT-Index für 12-Jährige (Rigby & Köhler, 2002, S. 57). In dem vorliegenden Bericht werden Daten dargestellt und analysiert, die im Rahmen der Zahnstatuserhebung 2006 für 6-Jährige sowie der Zahnstatuserhebung 2008 für 12-Jährige durch die Koordinationsstelle Zahnstatus des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) erhoben wurden. Durch die Koordinationsstelle Zahnstatus werden seit 1996/1997 Zahnstatuserhebungen durchgeführt¹, allerdings nur auf Österrikebene, weshalb keine Darstellung dieser Daten auf Bundeslandebene möglich ist. Im Jahr 2006 wurden für 6-Jährige in Zusammenarbeit mit sechs Bundesländern – darunter die Steiermark – auch auf dieser Ebene Daten erhoben. Da die Erhebung in Volksschulen durchgeführt wird (Sax, 2005, S. 2), entsteht das zur oben genannten Empfehlung unterschiedliche Alter von 6 Jahren anstatt von 5 Jahren. Im Jahr 2008 wurden auch für 12-Jährige auf Bundeslandebene Daten erhoben mit einem Schwerpunkt auf dem Vergleich des Zahnstatus

¹ Die Koordinationsstelle Zahnstatus führt in allen von der WHO definierten Altersgruppen (6-Jährige, 12-Jährige, 18-Jährige, 35- bis 44-Jährige und 65- bis 74-Jährige) Zahnstatuserhebungen durch, wobei jedes Jahr eine andere Altersgruppe untersucht wird (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 1).

zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Als Kinder mit Migrationshintergrund werden in der Zahnstuserhebung jene Kinder bezeichnet, die nicht in Österreich geboren wurden bzw. die aus Familien stammen, wo zumindest ein Elternteil nicht in Österreich geboren wurde (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 36).

Die Stichprobenziehung für die Zahnstuserhebung erfolgt in mehreren Stufen, wobei zuerst Schulen zufällig, anschließend Kinder mit positiver Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Untersuchung ausgewählt werden. Durch diese Art der Stichprobenziehung ist es möglich, dass z.B. Kinder mit besonders schlechtem Zahnstatus unterrepräsentiert sind, da deren Eltern u.U. eine Zustimmung verweigern (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 4-5)

Präsentiert werden daher einerseits gemäß der Empfehlung von Rigby und Köhler der durchschnittliche d_3mft -Index für 6-Jährige nach Geschlecht sowie andererseits der Anteil der kariesfreien Kinder, um darzustellen, inwieweit in der Steiermark das oben genannte WHO-Ziel für 6-Jährige bereits erfüllt ist. Als kariesfrei werden jene Kinder bezeichnet, die entweder ein völlig gesundes Milchgebiss oder nur Schmelzkaries, die durch gezielte Vorsorgemaßnahmen behandelbar ist, aufweisen (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 14). Um von einem kariesfreien Gebiss sprechen zu können, muss der d_3mft -Index 0 sein (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 37). Diese Daten werden nach Geschlecht und für verschiedene steirische Regionen dargestellt.

Weiters wird für die Altersgruppe der 12-Jährigen der Zahnstatus anhand des Anteils jener, die ein kariesfreies Gebiss aufweisen, und des durchschnittlichen d_3mft -Index dargestellt. Dadurch ist es möglich abzuschätzen, inwieweit die WHO-Ziele für 2000 (d_3mft -Index von 2) und für 2020 (d_3mft -Index von 1,5) bereits erreicht wurden. Aufgrund des zuvor angesprochenen Augenmerks der Erhebung auf den Migrationshintergrund ist bei diesen Daten eine weitere Unterscheidung – zusätzlich zu Geschlecht und Region – möglich.

23.3 „Zahngesundheit“ bei 6-Jährigen nach Geschlecht, Region und im Vergleich zu Gesamtösterreich

Gliederungsmerkmal	Mädchen			Buben		
	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index
NUTS-3-Regionen						
Graz	100	67,0	1,4	111	68,5	1,4
Oststeiermark	41	63,4	1,9	41	46,3	3,0
östliche Obersteiermark und Liezen	55	67,3	1,7	53	54,7	2,0
westliche Obersteiermark und West-/ Südsteiermark	71	50,7	2,3	72	66,7	1,6
Steiermark	272	61,8	1,8	279	61,6	1,8
Österreich	279	47,7	2,6	284	43,3	2,8

Datenquelle: Styria vitalis

Tabelle 23.1: Zahngesundheit bei 6-Jährigen nach Geschlecht und steirischen Regionen im Jahr 2006

Sowohl bei Mädchen als auch bei Buben ist in der Steiermark der Anteil derjenigen, die als kariesfrei bezeichnet werden können, höher als im österreichischen Schnitt. Auf Österreichebene wurde 2006 mit 48 % kariesfreie Mädchen und 43 % kariesfreie Buben das WHO-Ziel für 2000 (50 % kariesfreie Kinder) noch nicht erreicht. Anders stellt sich die Situation in der Steiermark dar, wo sowohl Buben als auch Mädchen zu 62 % als kariesfrei bezeichnet werden können. Ein weiterer Indikator dafür, dass die steirischen Kinder eine bessere Mundgesundheit aufweisen als andere österreichische Kinder, ist deren niedrigerer d₃mft-Index. In der Steiermark sind im Schnitt 1,8 Zähne der 6-Jährigen in irgendeiner Form nicht mehr gesund (fehlend, kariös oder bereits saniert). Auf Österreichebene liegt der d₃mft-Index bei Mädchen bei 2,6 und bei Buben bei 2,8.

In der Steiermark selbst sind jedoch regionale Unterschiede sichtbar. Während in der NUTS-3-Region „Graz“ der Anteil der kariesfreien Mädchen (67 %) und Buben (69 %) sowie der d₃mft-Index mit je 1,4 am niedrigsten ist, weisen Buben in den NUTS-3-Regionen „Oststeiermark“ (d₃mft-Index = 3,0) und „östlichen Obersteiermark“ sowie „Liezen“ (d₃mft-Index = 2,0) und Mädchen in den NUTS-3-Regionen „westlichen Obersteiermark“ und „West-/Südsteiermark“ die schlechteste Zahngesundheit (d₃mft-Index = 2,3) auf.

23.4 „Zahngesundheit“ bei 12-Jährigen nach Geschlecht, Region und im Vergleich zu Gesamtösterreich

Gliederungsmerkmal	Mädchen			Buben		
	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index
NUTS-3-Regionen						
Graz	59	56,4	1,2	70	52,5	1,5
Liezen	25	46,7	1,1	28	63,9	0,6
östliche Obersteiermark	46	35,9	2,1	36	39,1	1,9
Oststeiermark	38	69,3	0,8	28	50,8	1,3
West-/ Südsteiermark	21	60,1	0,8	24	58,0	0,7
westliche Obersteiermark	20	54,2	1,0	24	56,5	1,1
Steiermark	209	53,5	1,2	210	53,0	1,2
Österreich	1390	46,9	1,5	1273	47,4	1,4

Datenquelle: Styria vitalis

Tabelle 23.2: Zahngesundheit bei 12-Jährigen nach Geschlecht und steirischen Regionen im Jahr 2008

Der Anteil der kariesfreien Kinder ist in der Steiermark mit 53 % bei den Buben und 54 % bei den Mädchen höher als im österreichischen Schnitt (Mädchen und Buben je 47 %). Ein gesünderes Gebiss weisen die steirischen Kinder auch in Hinblick auf den d₃mft-Index auf. Bei steirischen Mädchen und Buben sind jeweils durchschnittlich 1,2 Zähne nicht mehr vorhanden, kariös oder bereits behandelt, während im österreichischen Schnitt Mädchen einen d₃mft-Index von 1,5 und Buben von 1,4 haben. Das bedeutet, dass in dieser Altersgruppe das WHO-Ziel von 2020 schon erreicht wurde.

Betrachtet man die Zahngesundheit der 12-jährigen Kinder in den sechs steirischen NUTS-3-Regionen, so werden regionale Unterschiede sichtbar. Der niedrigste Anteil an Kindern mit kariesfreiem Gebiss wurde in der Region „östliche Obersteiermark“ identifiziert, hier haben nur 36 % der untersuchten Mädchen und 40 % der untersuchten Buben keine Karies. In dieser Region ist auch das WHO-Ziel eines d₃mft-Index aufgrund der Untersuchungsergebnisse noch nicht erreicht, dieser beträgt bei Mädchen 2,1 und bei Buben 1,9. Eine weitere Region, wo aufgrund der Ergebnisse der Zahnstaterhebung weniger als 50 % der Kinder ein kariesfreies Gebiss haben dürften, ist Liezen. Davon sind jedoch nur die Mädchen betroffen, während bei den Buben 64 % als kariesfrei bezeichnet werden können.

23.5 „Zahngesundheit“ nach sozioökonomischem Status

Für die Darstellung nach sozioökonomischem Status liegen auf Bundesländerebene für 6-jährige Kinder keine Daten vor. Im Rahmen der Zahnstaterhebung 2006 wurde besonderer Wert auf die Analyse des unterschiedlichen Zahnstatus von österreichischen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund gelegt (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 5). Die Ergebnisse der Zahnstaterhebung weisen darauf hin, dass 6-jährige Kinder mit Migrationshintergrund nicht nur

seltener ein kariesfreies Milchgebiss aufweisen (Kinder mit Migrationshintergrund: 30 %; Kinder ohne Migrationshintergrund: 53 %), sondern auch häufiger einen Behandlungsbedarf haben. Im Vergleich zu österreichischen Kindern haben diese auch einen höheren dmft-Index (Kinder mit Migrationshintergrund: 3,9; Kinder ohne Migrationshintergrund: 2,2) (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 36-38).

Im Rahmen der Zahnstuserhebung 2008 bei den 12-Jährigen wurde auch auf Bundesländerebene der Migrationsstatus erhoben, weshalb es hier möglich ist, für die Steiermark eine Aussage zu treffen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Aussagen auf Basis von sehr geringen Fallzahlen gemacht werden und diese daher nur einen Hinweis auf die Situation geben können.

Gliederungsmerkmal	ohne Migrationshintergrund			mit Migrationshintergrund		
	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index
NUTS-3-Regionen						
Graz	53	58,4	1,3	76	40,7	1,7
Liezen	41	56,3	0,8	12	41,2	1,2
östliche Obersteiermark	52	38,6	1,9	30	27,2	2,7
Oststeiermark	59	60,9	1,0	7	70,7	0,9
West-/ Südsteiermark	37	59,4	0,7	8	49,5	1,5
westliche Obersteiermark	39	56,4	1,0	5	19,3	2,2
Steiermark	281	54,8	1,2	138	39,1	1,8
Österreich	1694	52,9	1,2	969	28,4	2,3

Datenquelle: Styria vitalis

Tabelle 23.3: Zahngesundheit bei 12-Jährigen nach Migrationshintergrund und steirischen Regionen im Jahr 2008

Sowohl auf Österreich- als auch auf Steiermarkebene ist zu erkennen, dass Kinder mit Migrationshintergrund eine schlechtere Zahngesundheit aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Während in der Steiermark 55 % der Kinder ohne Migrationshintergrund ein kariesfreies Gebiss haben, sind es bei den Kindern mit Migrationshintergrund nur 39 %. Auch der d₃mft-Index ist bei Kindern mit Migrationshintergrund sowohl in der Steiermark (1,8) als auch in Österreich (2,3) höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (jeweils 1,2). Aufgrund der teilweise geringen Zahlen für die steirischen Regionen lassen sich nur Trends ablesen, die jedoch ebenfalls auf eine schlechtere Zahngesundheit der Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu jenen ohne einen solchen hinweisen. Weitere Analysen zeigen, dass auch Kinder von Eltern ohne Matura häufiger von schlechterer Zahngesundheit betroffen sind, vor allem wenn es Kinder mit Migrationshintergrund sind (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 41).

23.6 „Zahngesundheit“ und Trend

Auch für die Darstellung einer zeitlichen Entwicklung liegen nur auf Österreichebene Daten vor. Die durch das ÖBIG durchgeführte Analyse zeigt auf, dass sich der Anteil der 6-jährigen Kinder, die ein kariesfreies Gebiss haben (1996: 47 %, 2006: 53 %), sowie der Anteil der Kinder, die ein völlig

gesundes Gebiss haben (1996: 7 %, 2006: 37 %), vergrößert. Zugleich ist der Anteil der Kinder, die einen Behandlungsbedarf aufweisen, etwas kleiner geworden, wenngleich er zwischen den letzten beiden Untersuchungen konstant geblieben ist (1996: 40 %, 2001 und 2006: 32 %) (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 51). Auch für 12- und 18-Jährige lässt sich auf Österreichebene eine Verbesserung der Zahngesundheit im zeitlichen Verlauf feststellen (Sax, 2005, S. 7-8).

23.7 Zusammenfassung

In der Steiermark wurde 2006 das Ziel der WHO für 2000 bezüglich des Anteils der kariesfreien Kinder bei den 6-Jährigen erreicht, es herrscht jedoch noch weiterer Handlungsbedarf, um das Ziel für 2020 (80 % kariesfreie Kinder) zu erreichen. Bei den 12-Jährigen wurde bereits das WHO-Ziel für 2020, welches einen d_3mft -Index von maximal 1,5 vorsieht, erreicht. Tendenziell ist die Zahngesundheit der steirischen Kinder besser als jene der anderen österreichischen Kinder. Handlungsbedarf herrscht vor allem in ländlichen Gebieten, hier besonders in der Oststeiermark. Daten auf Österreichebene geben Hinweise darauf, dass sich die Zahngesundheit insgesamt verbessert, es jedoch großen Bedarf an Präventionsmaßnahmen für sozial benachteiligte Gruppen gibt. Dies zeigt sich auch bei den Daten zur Zahngesundheit der 12-Jährigen, wo Kinder mit Migrationshintergrund eine schlechtere Zahngesundheit aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Auf Grund der jeweils nur sehr geringen Fallzahlen sind diese Daten und Ergebnisse jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

Literatur

- Bodenwinkler A., Sax, G., Kerschbaum, J. & Städtler, P. (2007). *Zahnstatus 2006. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Sax, G. (2005). *Mundgesundheit in Österreich. Gesammelte Ergebnisse der Zahnstatuserhebungen 1996-2003*. Endbericht. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.
- WHO. (1999). *Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.