

ZRU_17: Kieferorthopädische Anomalien

Als „*Kieferorthopädische Anomalie*“ (KFOA) werden hier alle Arten von Fehlstellungen/ Korrekturen (inklusive Zahnspangen) ohne nähere Spezifizierung definiert. Als „*behandlungsbedürftige kieferorthopädische Anomalie*“ (bKFOA) wird eine KFOA definiert, die so gravierend ist, dass das Kind/der Jugendliche schon in Behandlung ist (inkl. Tragen einer Zahnspange) oder dass die Eltern anlässlich der Untersuchung des Kindes eine Mitteilung über den erstmaligen oder erneuten Behandlungsbedarf erhalten. Insgesamt (alle Altersstufen 1-18 Jahre) hatten **26 %** der untersuchten Kinder/Jugendlichen eine behandlungsbedürftige kieferorthopädische Anomalie (bKFOA), unter den 10-18-Jährigen waren es **41 %**. Die Häufigkeit der Diagnose einer bKFOA steigt bis zum Alter von 3 Jahren und fällt dann bis zum Alter von 6 Jahren wieder ab. Dies ist auf eine natürliche Rückbildung von KFOA zurückzuführen, die teils durch den natürlichen Milchzahnausfall, teils durch das Absetzen von Nuckelflaschen, Saugern usw. ermöglicht wird. Im Alter von 7-12 Jahren steigt die Häufigkeit von bKFOA-Diagnosen dann rapide an. Dies ist einerseits durch die zunehmende Manifestation von KFOAs im sich entwickelnden Dauergebiss bedingt, andererseits dadurch, dass die Zahnärztinnen/ Zahnärzte häufig erst mit zunehmendem Alter der Kinder eine KFOA-Behandlung empfehlen, weil die gesetzlichen Krankenkassen diese in der Regel erst ab 10-12-Jahren erstatten. Der Rückgang der bKFOA-Diagnosen ab 12 Jahre ist wahrscheinlich auf den zunehmenden Erfolg von KFOA-Behandlungen zurückzuführen, die in jüngerem Alter begonnen wurden.

Bezogen auf alle Kinder/Jugendlichen (1-18 Jahre), die eine behandlungsbedürftige kieferorthopädische Anomalie hatten, waren etwa 10 % schon in Behandlung; unter den 10-18-Jährigen mit bKFOA waren es etwa 25 %. Das bedeutet, dass selbst in einem Alter, in dem KFOA-Behandlungen spätestens eingeleitet werden sollten (ab 10 Jahre), bei 75 % der Heranwachsenden mit bKFOA, **aktuell keine Behandlung erfolgte und der erstmalige oder erneute Behandlungsbedarf erst durch die Untersuchungen der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste aufgedeckt wurde.**

Mädchen erhielten in allen Jahresaltersstufen häufiger die Diagnose bKFOA als Jungen. Ob dies ausschließlich auf eine tatsächlich schlechtere Zahnstellung/Kiefergesundheit bei Mädchen zurückzuführen ist, oder ob auch oder vor allem die Sensibilität der Eltern und Zahnärzt/innen bzgl. KFOA bei Mädchen größer ist als bei Jungen, kann hier nicht entschieden werden. Dass in allen Jahresaltersstufen bei Kindern/Jugendlichen mit bKFOA der Anteil schon in Behandlung Befindlicher bei Mädchen größer war als bei Jungen, scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass der KFOA-Handlungsbedarf bei Jungen geringer eingeschätzt wird als bei Mädchen.

Stand der Daten: Schuljahr 2015/2016