

Pressegespräch

der Deutschen Arbeitsgemeinschaft
für Jugendzahnpflege e. V.
(DAJ)
24. August 2005 in Berlin

Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen weiter auf Erfolgskurs – erreichte Ziele und zukünftige Schwerpunkte

Statement:

**Ursachen für die Verbesserung der
Zahngesundheit sowie Handlungsansätze
aus der Sicht der DAJ**

Dr. Dietmar Oesterreich

Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer,
amtierender Vorsitzender der DAJ

Es gilt das gesprochene Wort

Wie soeben von Prof. Dr. Klaus Pieper, Marburg, eindrucksvoll dargestellt, zeigen die aktuellen Ergebnisse der epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) **beachtliche Erfolge bei der Entwicklung der Zahngesundheit** bei den Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Diese positiven Ergebnisse sind jedoch in den untersuchten Altersgruppen verschieden stark ausgeprägt.

Verglichen mit anderen Präventionsmodellen im Gesundheitswesen ist die Zahnmedizin ein ausgesprochenes Erfolgsmodell und besitzt somit eine maßgebliche **Vorbildfunktion in Deutschland** sowie im internationalen Raum. Deutschland befindet sich mit diesen Ergebnissen in einer absoluten Spitzengruppe der europäischen Kariesliga.

Nach der Ergebnisdarstellung möchte ich im Folgenden die **Ursachen für die Verbesserung der Zahngesundheit sowie** mögliche **Handlungsansätze** aus der Sicht der DAJ, sowohl für eine Sicherung der bestehenden Erfolge als auch für die Beseitigung evidenter Defizite, darlegen.

Der epidemiologische Trend bei den **6- bis 7-Jährigen** zeigt über die letzten 10 Jahre bundesweit einen Kariesrückgang von 25 %. Allerdings stellen sich die Ergebnisse regional sehr heterogen dar, so dass bezüglich der Karieserfahrung dieser Altersgruppe auch eine Stagnation bzw. eine Verschlechterung der Situation zu verzeichnen ist. Immerhin etwa die Hälfte aller kariösen Milchzähne sind im Durchschnitt nicht saniert. Wie für die anderen Altersgruppen ebenfalls wiederholt bestätigt, zeigt sich eine deutliche **Polarisierung der Karies** in sozioökonomischen Risikogruppen.

Da sich aus unseren Untersuchungen nur teilweise kausale Zusammenhänge ableiten lassen, können unter Hinzuziehung bereits vorliegender Erkenntnisse folgende **Überlegungen zu den Ursachen** angestellt werden.

Ein möglicher Erklärungsansatz für die differente Entwicklung der Milchzahnkaries in den verschiedenen Bundesländern könnten **Unterschiede in der soziodemographischen Entwicklung** sein, hier insbesondere von Familien mit Migrationshintergrund in bestimmte Regionen wie Berlin.

Ein weiterer Aspekt verbirgt sich hinter den Begriffen "**sozioökonomischer Status**" und "**Bildung**". In einigen östlichen Bundesländern könnte daher die "neue Armut"

zu einer Verschlechterung der Zahngesundheit von Vorschulkindern beigetragen haben, da das gesundheitliche Verhalten in Familien sehr eng mit dem Sozialstatus der Eltern und speziell mit deren schulischen und beruflichen Ausbildungen verknüpft ist. Eltern mit einem hohen sozioökonomischen Status sorgen also in der Regel besser für die Zahngesundheit ihrer Kinder als Eltern mit niedrigem Sozialstatus.

Das verstärkte Aufkommen von Milchzahnkaries in bestimmten Regionen in der Altersgruppe der 6- bis 7-Jährigen hat sicherlich auch mit der noch **mangelhaften Aufklärung** der Eltern bezüglich bestimmter frühkindlicher Zahnerkrankungen wie der **Nuckelflaschenkaries** zu tun sowie mit einer **mangelnden Inanspruchnahme** zahnärztlicher Leistungen, beginnend im zweiten Lebensjahr des kleinen Kindes. Hier muss auch die kinderärztliche Aufklärung noch effektiver wirken.

Die **Entwicklung der Mundgesundheit der Gesamtgruppe der 12-Jährigen** in Deutschland stellt sich sowohl im nationalen Vergleich mit älteren Untersuchungen als auch im internationalen Vergleich als **echte Erfolgsstory** dar: Wir verzeichnen eine 60 %ige Kariesreduktion in den letzten 10 Jahren! Die bleibenden Zähne der 12-Jährigen profitieren vor allem von den Fluoridierungsmaßnahmen, der Aufklärung und Intervention im Rahmen der sich gegenseitig ergänzenden Gruppen- und Individualprophylaxe, von Fissurenversiegelungen an den Backenzähnen und von der regelmäßigen Zahnpflege mit fluoridhaltigen Zahnpasten.

Die **Gruppe der 15-Jährigen** wurde im Rahmen der vorliegenden Studie zum ersten Mal untersucht. Interessanter Weise stellt sich die **Zahngesundheit** bei den 15-Jährigen **erfreulich positiv** dar, obwohl die 15-Jährigen im Vergleich zu den 12-Jährigen mehr kariöse Zähne vorweisen. Auch in dieser Altersgruppe ist eine deutliche Polarisierung des Kariesbefalls zu verzeichnen.

In der Pubertät nimmt die Kariesdynamik dieser Jugendlichen überproportional zu. Das Hauptproblem hierbei ist die vermehrte Entstehung der sogenannten **Zahnzwischenraumkaries** bedingt durch die anatomischen Gegebenheiten des vollständig durchgebrochenen bleibenden Gebisses. Hinzu kommt, dass die Mundhygiene von Jugendlichen in der Pubertät zum Teil vernachlässigt wird und dass verstärkt eine Zunahme riskanter Lebensstile (Alkohol, Nikotin, Ernährung, Drogen) zu beobachten ist.

Handlungsansätze und Empfehlungen

Auf Grund der zwar grundsätzlich positiv - aber der doch sehr heterogen - verlaufenden Entwicklung der Mundgesundheit bei den **6- bis 7-Jährigen**, sollten ab der Geburt bis zum 6. Lebensjahr **folgende präventionspolitischen Ansätze** verfolgt werden:

- Verstärkte Kooperation zwischen Zahnärzten, Kinderärzten und Gynäkologen,
- Risikogruppenorientierte und aufsuchende Prophylaxestrategien für sozial schwache Bevölkerungsschichten,
- Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens zahnärztlicher Praxen beginnend im 2. Lebensjahr (Aufklärung, Anreize),
- Verbesserung der Behandlung von Milchzähnen (Zahnärzteschaft),
- Vernetzung von Gruppen- und Individualprophylaxe weiter voran treiben.

Auf der Basis der Vorgaben von WHO und FDI für das Jahr 2020, die für Deutschland durch die Bundeszahnärztekammer modifiziert wurden, soll in Deutschland im Jahr 2020 bei den **12-Jährigen** der mittlere DMFT-Wert < 1 sein. Dieses für die 12-Jährigen vorgegebene Mundgesundheitsziel wurde - wie die vorliegende Studie zeigt - bereits im Jahre 2004 unterschritten. Allerdings bietet dieser Erfolg keine Gewähr dafür, dass sich die Situation bis zum Jahr 2020 nicht wieder verändert, so dass für diese Altersgruppe die **risikogruppenorientierte Intensivprophylaxe** zu optimieren ist, um auch weiterhin die Jugendlichen aus sozial schwachen Schichten an der Verbesserung der Mundgesundheit teilhaben zu lassen.

Auf Grund der Ergebnisse bei den **15-jährigen Jugendlichen** werden als zukünftige Ansätze folgende Punkte zu verfolgen sein:

- Altersgerechte und vernetzte Präventionsstrategien (Risikoorientierte Intensivprophylaxe),
- Verstärkung der Individualprophylaxe und der Zahnzwischenraumreinigung,
- Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens zahnärztlicher Praxen (Aufklärung)
- Altersgerechte Öffentlichkeitskampagnen.

Auf Grund des über alle Altersgruppen nachgewiesenen **Sozialschichtgradienten**, der einen Zusammenhang zwischen Armut und geringerer Mundgesundheit zeigt, ist nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass präventive Maßnahmen auch die gesellschaftlichen und sozialen Verhältnisse tangieren müssen (**Verhältnisprävention**). Hier sei vor allem auf die Bereiche Arbeit und Bildung verwiesen, die im wesentlichen den sozioökonomischen Status eines Menschen beeinflussen. Auch ziehen sich die Kommunen seit Jahren finanziell aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zurück, der eine wichtige Rolle für die gruppenprophylaktische Betreuung gerade von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko hat. Wir dürfen deshalb **staatliche Stellen**, die gerne die Gruppenprophylaxe an die regionalen Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege delegieren, **nicht aus ihrer Verantwortung entlassen!** Auch an die Krankenkassen geht an dieser Stelle die Bitte, die so wichtigen Budgets für die erfolgreichen prophylaktische Bemühungen im Kindes- und Jugendalter nicht zu kürzen.

Ebenfalls von gesellschaftlicher Relevanz sind die Aspekte einer ausgewogenen und mundgesunden Ernährung und risikoarmer Lebensstile, die zukünftig in Kooperation mit den entsprechenden Partnern (Ministerien, Kommunen, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Drogenbeauftragte, Medien etc.) verstärkt öffentlichkeitswirksam vermittelt werden müssen (**Gesundheitserziehung**).

Schließlich sei noch der große Bereich der Nahrungsergänzungsmittel (z. B. Kochsalzfluoridierung in Deutschland), der derzeit auf EU-Ebene kontrovers diskutiert wird, angesprochen. Die Kochsalzfluoridierung muss vor diesem Hintergrund in Deutschland und Europa auch zukünftig möglich sein, damit die aktuell über 60 %ige Akzeptanz dieser bevölkerungsbezogenen Maßnahme weiter wächst.

Um die dargelegten Erfolge in der Entwicklung der Mundgesundheit in Deutschland auch zukünftig zu sichern, sind weiterhin sehr viel Engagement und kontinuierliche Anstrengungen aller Akteure rund um die Mundgesundheit erforderlich. Mein Dank und Anerkennung gelten von dieser Stelle allen Beteiligten in der DAJ und in den Landes- und regionalen Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege, wie den Krankenkassen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Städte- und Gemeindetag, den Erziehern und Lehrern sowie den niedergelassenen Zahnärzten für die, für das gesamten Gesundheitswesen vorbildlichen, Erfolge.

Pressekontakt

Bundeszahnärztekammer

Dr. Dietmar Oesterreich

Vizepräsident

Tel.: 03 99 54 / 2 11 78, Fax: 03 99 54 / 3 91 63

E-Mail: Dr.Dietmar.Oesterreich@t-online.de