

statement



→ **Dr. Dietmar Oesterreich**
Vizepräsident der
Bundeszahnärztekammer
und Präsident der
Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Mundgesundheit bei Kindern

In diesem Jahr haben wir unser besonderes Augenmerk auf die Prophylaxekonzepte für Mutter und Kind innerhalb der Familie gelegt. Insgesamt verzeichnen wir großartige Erfolge in der zahnärztlichen Prävention, insbesondere bei den 12-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 60 % Senkung des Erkrankungsaufkommens in dieser Altersgruppe in den letzten zehn Jahren haben Deutschland in die absolute Spitzengruppe im weltweiten Vergleich aufrücken lassen. Sicherlich eine Vorbildfunktion für das gesamte deutsche Gesundheitswesen. Trotzdem gilt es sich nicht auf diesen Erfolgen auszuruhen, sondern auf die vorliegenden Probleme auch am heutigen Tag einzugehen. Gerade in der Altersgruppe der 6- bis 7-Jährigen und der Kleinkinder sind wir längst noch nicht am Ziel unserer Wünsche angekommen. So belegen aktuelle Daten der epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) bei den 6- bis 7-Jährigen über die letzten zehn Jahre bundesweit zwar einen Kariesrückgang von 25%. Allerdings stellen sich die Ergebnisse regional sehr heterogen dar, sodass bezüglich der Karieserfahrung dieser Altersgruppe auch eine Stagnation bzw. eine Verschlechterung der Situation zu verzeichnen ist. Immerhin fast 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 den 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 die verstärkte Migration von Familien nicht deutscher Herkunft in bestimmten Regionen, wie beispielsweise in 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 ehrgeizigen Mundgesundheitsziele der Bundeszahnärztekammer auch mithilfe eines breitenwirksamen präventiv ausgerichteten Kommunikationskonzeptes umzusetzen, zeigen, vor welchen Aufgaben wir stehen.

Dieses Ziel kann nur dann erreicht werden, wenn es uns gelingt, die Patienten von der Notwendigkeit ihrer Mitverantwortung als Co-Produzenten ihrer Gesundheit zu überzeugen und eine kontinuierliche Mitarbeit bei der Erhaltung der Mundgesundheit sicherzustellen. Für den zahnärztlichen Berufsstand ergibt sich daraus die Konsequenz einer breiten Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahren (mund)gesundheitsschädigender Trink- und Essgewohnheiten, die bei den jungen Eltern beginnt und sich über das Kindes- und Jugendalter bis ins Erwachsenenalter fortsetzt.

Natürlich ist auch die Politik gefordert, gesundheits- und sozialpolitische Handlungsspielräume zu eröffnen bzw. auszubauen, um zahnmedizinische Prävention weiterhin erfolgreich zu ermöglichen.

Auf Grund des – in einer Vielzahl wissenschaftlicher Studien über alle Altersgruppen hinweg – nachgewiesenen Sozialschichtgradienten, der einen Zusammenhang zwischen Armut und geringerer (Mund)Gesundheit 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 prophylaktischen 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).