

Offizielles Organ des Bundesverbandes  
der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

BZÖG

# ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

38. Jahrgang / April 2008 [www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de)

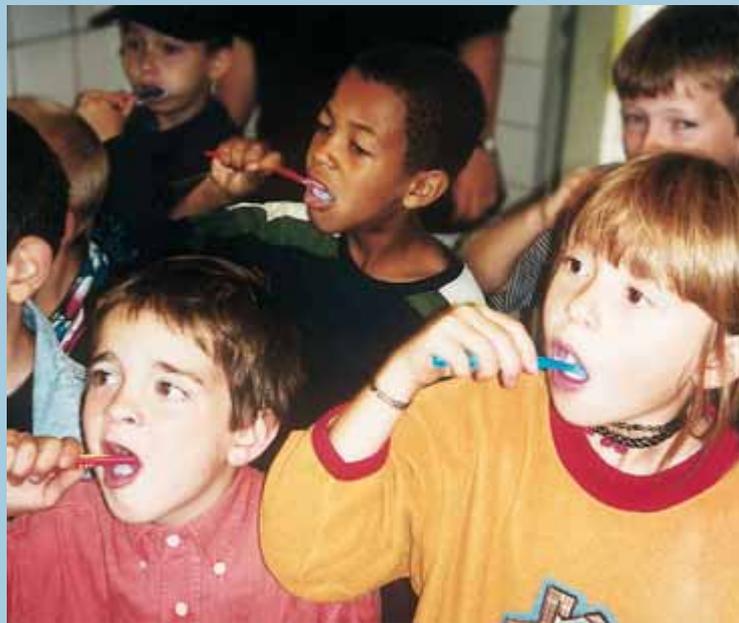
Beitrag vom  
57. Bundeskongress  
in Bad Lausick

---

Tagungsbericht  
aus Naunhof

---

Tag der Zahngesundheit  
in Cottbus 2007



Gesundheitsarmut  
von Kindern  
und Jugendlichen

1.08

3 Editorial

**Kongressbeitrag**

4 Gesundheitsarmut von Kindern und Jugendlichen – Trends und Ansätze der Entwicklung eines wirksamen Child-care-Systems

**Aktuelles**

11 Gesundes Zahnfleisch in der Schwangerschaft

13 Hochaktuell – Tagung des BZÖG-Bundesvorstandes

17 Wrigley Prophylaxe Preis 2007

19 Veranstaltungshinweis

**Berichte**

13 Zweite Querschnittsuntersuchung zur Mundgesundheit 3- bis 5-jähriger Kindergartenkinder

16 Bericht über die Naunhofer Gespräche

18 Deutsch-polnische Schülerbegegnung zum Tag der Zahngesundheit 2007 im Cottbuser Tierpark

Titelbild:

Copyright  
BZÖG, Archiv

**Impressum**

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.08  
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –  
Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens

1. Vorsitzender: Dr. Michael Schäfer, MPH  
Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf  
Tel. 0211/899 26 41, Fax 0211/892 90 79  
Michael.schaefer@stadt.duesseldorf.de

2. Vorsitzende: Dr. Claudia Sauerland  
Uelzener Dorfstr. 9, 59425 Unna  
Tel. 02303/27 26 53, Claudia.Sauerland@kreis-unna.de

**Herausgeber:**

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes  
Geschäftsführung: Dr. Cornelia Wempe  
Erikastraße 73, 20251 Hamburg  
Tel. 040/42 80 13 375, Fax 040/42 80 12 567  
Cornelia.Wempe@t-online.de

**Redaktion:**

Dr. Grit Hantzsche  
Hohe Str. 61, 01796 Pirna  
Tel. 03501/51 58 22, Fax 03501/51 58 96  
Hantzsche-Pirna@t-online.de

**Anzeigenverwaltung:**

Schatzmeister: Bernd Schröder  
Mozartstr. 50, 47226 Duisburg  
Tel. 02065/905-8579, Fax -8572  
b.schroeder@stadt-duisburg.de  
Bankverbindung: Foerde Sparkasse  
KTO 192 05 558, BLZ 210 501 70

**Wissenschaftlicher Referent:**

Dr. Uwe Niekusch  
Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf  
Tel. 06221/522 18 48, Fax 06221/522 18 50  
niekusch@agz-rnk.de

**Zeitungsbeirat:**

Dr. Gudrun Rojas, Dr. Christoph Hollinger,  
Dr. Gereon Schäfer

**Satz und Druck:**

Poly-Druck Dresden GmbH  
Reisstraße 42, 01257 Dresden

**Bezug:**

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ erscheint dreimal im Jahr.  
Verbandsmitglieder erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.  
Einzelheft: 5,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, inkl. Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.  
Bestellungen werden von der Geschäftsführung entgegengenommen. Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluss.

**Nachdruck,**

auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.  
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

Auflage: 650 Exemplare

ISSN 0340-5478

Die Zeitschrift ist der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.

[www.bzoeg.de](http://www.bzoeg.de)

# EDITORIAL



Dr. Michael Schäfer

Liebe Leserinnen und Leser,

ein gewisses Maß an sozialer Ungleichheit ist heute jeder zivilen Gesellschaft immanent. Dabei akzeptiert die Bevölkerung solche Unterschiede, so lange diese ein gewisses Maß nicht überschreiten.

Offensichtlich vergrößert sich der Abstand zwischen gut und schlecht gestellten Bevölkerungsschichten in Deutschland rapide, einem Land, welches mit seinem hoch entwickelten Transfersystem gegen solche Entwicklungen gut gerüstet zu sein schien.

Die sich öffnende Schere berührt dabei nicht nur die materielle Situation, sondern auch Bildungschancen, Lebensqualität und gesundheitliche Lage.

Dabei steht Deutschland wie viele andere Länder vor einem Paradoxon. Einesteils sind die Menschen hierzulande noch nie so gesund gewesen, andererseits verbessert sich die Situation für sozial schlechter gestellte Menschen deutlich langsamer als für den Rest der Bevölkerung.

Bei genauerer Betrachtung der Umstände stellt man schnell fest, dass die „Kerndimensionen sozialer Ungleichheit“ (Bildung, Beruf und Einkommen) entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Dieser Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit wird heute mit „gesundheitlicher Ungleichheit“ beschrieben.

Forschung und Praxis zur sozial ungleichen Verteilung stehen neben der Beschreibung und der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit vor allem vor der Herausforderung, diese zu reduzieren.

Seit Jahren sind in der Zahnmedizin Kinder und Jugendliche benannt, die ein erhöhtes Risiko tragen, an Karies zu erkranken. Offensichtlich hat „zwischen 1997 und 2005 die soziale Polarisierung

deutlich zugenommen“, wie Heintze in ihrem Artikel in diesem Heft formuliert. So konnte die (zahn-)medizinische Forschung belegen, dass (zahn-)gesundheitliche Ungleichheiten ihre negativen Aspekte vielfach auf Personen mit einer niedrigen Bildung und beruflichen Stellung oder einem geringen Einkommen konzentrieren. Maßgeblich werden die Zahnmedizin und ihre Protagonisten im Öffentlichen Gesundheitsdienst eine Verringerung von Unterschieden in Einflussfaktoren wie Gesundheitsverhalten erwirken, wichtige Bereiche wie materielle und psychosoziale Faktoren werden sie aber nicht beeinflussen können.

Die Überwindung der gesundheitlichen Ungleichheit ist damit nicht nur Thema der Gesundheitspolitik, sondern auch der Sozial-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik.

Zweifellos ist das Wissen über Ursachen und Möglichkeiten der Reduzierung von sozioökonomisch bedingten Unterschieden, das durch Studien in anderen Ländern bereits vorhanden ist, viel stärker als bisher zu berücksichtigen, so wie es Heintze in ihrem Artikel vorschlägt. Gewarnt werden muss besonders vor unrealistischen Erwartungen im Hinblick auf eine kurzfristige Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit unter Fortführung bisheriger Strategien.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen

Dr. Michael Schäfer MPH

Cornelia Heintze

# Gesundheitsarmut von Kindern und Jugendlichen – Trends und Ansätze der Entwicklung eines wirksamen Child-care-Systems

Armut weist eine Reihe von Dimensionen auf. Einkommensarmut, Bildungsarmut und Gesundheitsarmut verstärken sich wechselseitig. Galt die Aufmerksamkeit lange vorrangig der materiellen Seite von Armut, hat sich in den letzten Jahren die Sensibilität für sowohl den Aspekt der Bildungsarmut wie den der Gesundheitsarmut erhöht. Hinsichtlich aller Dimensionen von Armut zeigt sich in Deutschland eine wachsende Polarisierung. Während es bei einer Reihe von Gesundheitsindikatoren altersgruppenübergreifend Fortschritte zu verzeichnen gibt, sind bestimmte Gruppen abgehängt. Die Benachteiligung beginnt ab Geburt und setzt sich über Kindheit und Jugend kumulativ fort. Welche Strategien sind geeignet, der wechselseitigen Verstärkung von Benachteiligungsfaktoren entgegen zu wirken und welche Anforderungen resultieren daraus für die Weiterentwicklung von Instrumenten und institutionellen Strukturen? Ausgehend von einem Problemaufriss versucht der nachfolgende Beitrag<sup>1</sup> deutlich zu machen, dass unterschiedliche Denkrichtungen möglich sind. Die Philosophien, die dabei zum Tragen kommen, basieren auf wohlfahrtsstaatlichen Traditionen, die in unterschiedlicher Weise geeignet sind, angemessene Antworten für neue Herausforderungen zu geben.

## Gesundheit und sozioökonomische Lage

### Übergreifende Trends

Nicht wenige Reformdiskurse (z. B. Reform der Alterssicherung) gehen von der Prämisse weiter steigender Lebenserwartung aus.

Dies entspricht der menschlichen Neigung, Trends der Vergangenheit in die Zukunft fortzuschreiben. Für die Vergangenheit gilt: In den hochentwickelten Industrieländern hat die Lebenserwartung seit Anfang des letzten Jahrhunderts stark zugenommen. Ist es berechtigt, dies vorrangig den segensreichen Wirkungen des medizinischen Fortschritts zuzuschreiben? Weiland 2006 [1] zitiert eine international vergleichende Studie, die die Entwicklung über 160 Jahre untersuchte und dabei zu dem Ergebnis kam, dass die großen medizinischen Durchbrüche keine markanten Auswirkungen auf die Entwicklung der Lebenserwartung hatten. Die Zunahme der Lebenserwartung setzte weit vor der Entwicklung der modernen Medizin ein. Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts nahm sie in den Ländern mit den jeweils besten Werten pro Dekade ziemlich konstant um 2,3 Jahre zu. Faktoren wie die Abschaffung der Kinderarbeit, die Verbesserung der hygienischen Bedingungen und Wohnverhältnisse, die Reduktion inhuman langer Arbeitszeiten und die Entwicklung sozialer Sicherungssysteme hatten eine Schrittmacherfunktion; erst später kam der medizinische Fortschritt hinzu. Wenn es richtig ist, dass die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung einer Population nicht nur vom Stand der medizinisch-pflegerischen Versorgung, sondern von der Gesamtheit der sozialen und ökologischen Lebensverhältnisse abhängt, dann ist in dem Maße wie die sozialen und ökologischen Faktoren, die in der Vergangenheit das Lebensverlängerungsrad mit angetrieben haben, ins Rutschen geraten, mit einem Trendbruch zu rechnen. In Russland hat sich die Lebenserwartung mit den sozialen Verwerfungen nach dem Ende der UdSSR dramatisch

zurück entwickelt. Auch die USA ist ein Kandidat für einen Trendbruch. Zumindest wird die These, dass die Lebenserwartung der US-Bürger, die bereits heute nur im OECD-Mittelfeld liegt, zunächst stagniert und dann sinkt, ernsthaft diskutiert [2]. Hintergrund: Bei rd. einem Drittel der US-Bürger kumulieren sich schon in jungen Jahren Risiken (ungesunde Ernährung, wenig Bewegung, Fettleibigkeit) in einem Maße, dass bei dieser Gruppe von einer gegenüber ihren Eltern reduzierten Lebenserwartung auszugehen ist, was auf die Gesamtpopulation durchschlägt. Damit konform gehen Forschungsergebnisse der Anthropometrie. Komlos und Lauderdale [3] zeigen, dass das Wachstum der durchschnittlichen Körpergröße der US-Amerikaner, das lange über dem der West-Europäer lag, bereits vor einigen Jahrzehnten in ein Null- und phasenweise sogar Negativ-Wachstum übergegangen ist. Am besten schneiden Niederländer und Skandinavier ab. Die Rückentwicklung der US-Amerikaner wird auf die starke Zunahme sozialer Ungleichheit und das marktnahe Gesundheitssystem, in dem sich soziale Ungleichheit reproduziert, zurückgeführt; die relativen Körperlängengewinne von Niederländern und Skandinaviern umgekehrt auf das Zusammentreffen langfristig ausgewogener Wohlfahrtsentwicklung mit guter Gesundheitsversorgung.

Stark zugenommen hat die soziale Ungleichheit seit über einer Dekade auch in Deutschland. Die Zunahme ist hinsichtlich ihrer verschiedenen materiellen Facetten, die sich mit Stichworten wie Zunahme der Kinderarmut [4]<sup>2</sup>, Wachstum ungesicherter Niedriglohn- und Armutsbeschäftigung [5], wachsende Einkommens- und Vermögensdiskrepanz [6;7;8], Verfesti-

<sup>1</sup> Der Beitrag basiert auf dem Vortrag „Lebenslauforientierte Gruppenprophylaxe: Eckpunkte und Einbettung in ein „Child-care-System“ im Rahmen des 57. Wissenschaftlicher Kongresses „Der öffentliche Gesundheitsdienst – Mitgestalter einer modernen Gesundheitspolitik?!“ am 27. April 2007 in Bad Lausick.

<sup>2</sup> Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2005) bezifferte die Anzahl der Kinder unter 18 Jahren, die Sozialhilfe beziehen, für Ende 2003 mit 1,1 Mio., nach den Ermittlungen des Bremer Instituts für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe (BIAJ) stieg sie auf 1,89 Mio. Kinder unter 15 Jahren im Jahr 2006. Stärkste Zuwächse gab es in bislang begünstigten Bundesländern wie Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz. <http://www.zeit.de/online/2007/17/kinderarmut-studie>

Kindeswohl-Dimensionen	Durchschnitts-rang	Material well-being	Health and safety	Educational well-being	Family and peer relationships	Behaviour and risks	Subjective well-being
Niederlande	4,2	10	2	6	3	3	1
Schweden	5,0	1	1	5	15	1	7
Dänemark	7,2	4	4	8	9	6	12
Finnland	7,5	3	3	4	17	7	11
Spanien	8,0	12	6	15	8	5	2
Schweiz	8,3	5	9	14	4	12	6
Norwegen	8,7	2	8	11	10	13	8
Italien	10,0	14	5	20	1	10	10
Irland	10,2	19	19	7	7	4	5
Belgien	10,7	7	16	1	5	19	16
Deutschland	11,2	13	11	10	13	11	9
Kanada	11,8	6	13	2	18	17	15
Griechenland	11,8	15	18	16	11	8	3
Polen	12,3	21	15	3	14	2	19
Tschechien	12,5	11	10	9	19	9	17
Frankreich	13,0	9	7	18	12	14	18
Portugal	13,7	16	14	21	2	15	14
Österreich	13,8	8	20	19	16	16	4
Ungarn	14,5	20	17	13	6	18	13
USA	18,0	17	21	12	20	20	k.A.
Großbritannien	18,2	18	12	17	21	21	20

Legende: DIM = Dimension; Quelle: UNICEF (2007): Child Poverty in Perspective. An overview of child well-being in rich countries (Innocenti Report Card 7, 2007), Florence: 2

**Tabelle 1:** Kindeswohl im internationalen Vergleich

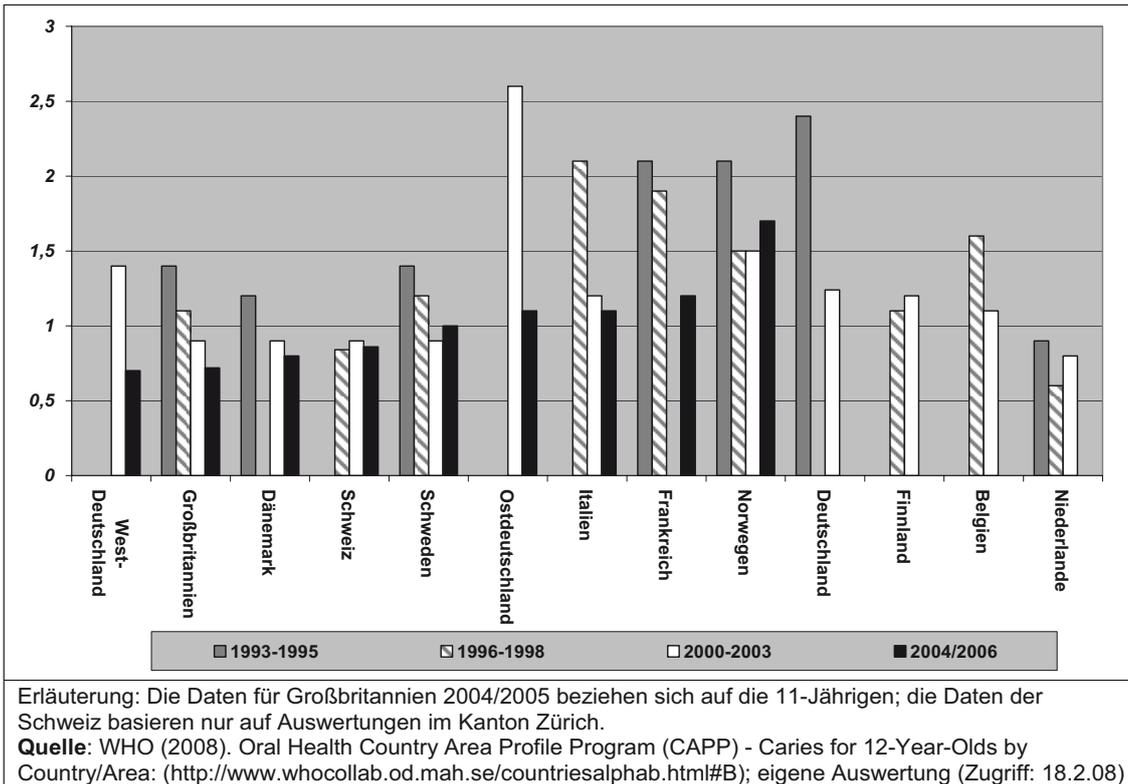
gung eines abgehängten Prekariats [9;10] bezeichnen lassen, gut dokumentiert. Gehörte Deutschland bis Mitte der 90er Jahre zu den Ländern mit eher geringer Lohnspreizung, ordnet es sich im EU-25-Vergleich nach Estland, Litauen, Polen und Slowenien heute in die Gruppe mit der höchsten Lohnspreizung ein, während sich alle skandinavischen Länder am anderen Ende der Skala befinden [11]. Bei der Niedriglohnbeschäftigung wurde Großbritannien binnen weniger Jahre überrundet. Jeder fünfte Beschäftigte ist in Deutschland heute ein Niedriglöhner und zu drei Vierteln sind diese gerade nicht gering qualifiziert, sondern verfügten über eine abgeschlossene Berufsausbildung [12]. Die Zunahme der Kinderarmut beinhaltet besondere Sprengkraft. Anfang der 90er Jahre gehörte Deutschland zu den Ländern mit den geringsten Quoten, eine Dekade später erreichte es nur noch einen mittle-

ren Platz und aktuell ebnet sich die Differenz zum angelsächsischen Raum ein. Es hat sich eingebürgert, die Zunahme sozialer Ungleichheit dem Wirken der Globalisierung zuzuschreiben. Auch in anderen reichen Ländern hätte die Kinderarmut gemäß dieser Denkfigur zunehmen müssen. Tatsächlich weist Unicef 2005 für 17 von 24 untersuchten OECD-Ländern eine Zunahme der materiellen Armut von Kindern im Zeitraum von 1991 bis 2001 aus. In 7 Ländern dagegen gab es entweder keine Zunahme oder eine Abnahme. So konnte die Kinderarmut in Großbritannien von einem allerdings sehr hohen Niveau aus durch aktive staatliche Politik um knapp 40 % reduziert werden und die skandinavischen Länder verteidigten durch ein verglichen mit Deutschland doppelt so hohes Umverteilungsniveau erfolgreich ihre Spitzenstellung mit Quoten von deutlich unter 5 %. In Deutschland dage-

gen hat sich die Kinderarmutsquote binnen einer Dekade verdoppelt [13]. Die konträren Entwicklungen verschiedener Länder verweisen mehr auf die national unterschiedliche Nutzung vorhandener politischer Gestaltungsspielräume als auf das Wirken der „Globalisierung“.

Als Multirisikoproblem wird Armut erst seit einigen Jahren verstärkt erforscht. Die Unicef legte im Februar 2007 erstmals eine Studie mit einem mehrdimensionalen Ansatz vor. Statt wie bisher nur die materielle Situation von Kindern zu beleuchten, wird nun das Kindeswohl in 21 reichen Ländern über sechs Dimensionen abgebildet. Neben der materiellen Lage, Gesundheit und Bildung wurden die Beziehungen zu Eltern und Freunden, die (Gesundheits-) Risiken im Alltag und das subjektive Wohlbefinden untersucht.<sup>3</sup> Die fünf Spitzenplätze (vgl. Tabelle 1) nehmen die Niederlande, drei skandinavische Länder

<sup>3</sup> Wie immer bei Vergleichsstudien stellen sich Fragen hinsichtlich der Indikatorenwahl. Die Dimension Bildung ist über nur 6 Indikatoren deutlich schwächer fundiert als Gesundheit und gesundheitliche Risikofaktoren mit 16 Indikatoren. Beschränkt ist die Aussagekraft auch dort, wo es nicht um harte Indikatoren wie Säuglingssterblichkeit, Gewicht der Kinder bei der Geburt, riskante Lebensstile (Rauchen, Alkohol, wenig Bewegung), sondern um Selbsteinschätzungen geht, etwa die Erwartung, eine qualifizierte Arbeit zu finden oder das subjektive Wohlbefinden. Derartige Einschätzungen sind immer auch kulturell aufgeladen.



**Abbildung 1:** Karieserfahrung 12-Jähriger (DMFT-Index) in ausgewählten Ländern 1993 – 2006

(Schweden, Dänemark, Finnland) und Spanien ein; Schlusslichter sind die USA und Großbritannien. Deutschland belegt einen mittleren 11. Platz. Die Blickerweiterung auf sowohl die objektive Lage wie das subjektive Empfinden ist geprägt von der Einsicht, dass die individuellen Chancen von Kindern, sich in ihrer Lebensumwelt entsprechend ihren Talenten und Potentialen entwickeln zu können und Vertrauen aufzubauen zu den Erwachsenen der eigenen Familie, aber auch zu den Erwachsenen, mit denen sie im Kindergarten, in Schule und Gemeinde zusammenleben, gleichzeitig über die individuelle Zukunft dieser Kinder wie über die Zukunft der Gesellschaft, in der sie aufwachsen, entscheidet. Objektive Lage und subjektives Empfinden decken sich dabei nicht zwingend. Bei Kindern in den skandinavischen Wohlfahrtsstaaten sind die Beziehungen zur eigenen Familie und zu Gleichaltrigen tendenziell ein Schwachpunkt, in den wohlfahrtsstaatlich weniger entwickelten südeuropäischen Ländern (Italien, Portugal) wie auch in den Niederlanden, der Schweiz und Belgien dagegen Pluspunkte. In der Tendenz zeigt sich folgendes Muster: Länder, die im

ersten Fünftel liegen, schneiden bei 5 der 6 Dimensionen besser ab als der Durchschnitt; Länder des oberen Drittels schneiden maximal bei 2 der 6 Dimensionen schlechter ab als der Durchschnitt. Dies setzt sich fort bis zu den beiden letztplatzierten Ländern, die auf keiner Dimension ein überdurchschnittlich gutes Ergebnis erzielen. Deutschland als mittelplatziertes Land liegt bei allen 6 Dimensionen im Mittelfeld. Der Befund unterstreicht die hohe wechselseitige Abhängigkeit der Dimensionen voneinander.

### Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland

Für zielgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit sind fundierte Informationen notwendig. Bezogen auf die allgemeine Gesundheitssituation bietet die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS des Robert-Koch-Instituts sowie BELLA, die Studie zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen, ein umfassendes Bild.<sup>4</sup> Die IV DMS-Studie zur

Mundgesundheit steuert aus dem Bereich der Zahnmedizin ergänzende Informationen bei. Als Modul an KiGGS angebunden ist auch der im Zeitraum 2003 bis 2006 durchgeführte Kinder-Umwelt-Survey (KUS) [15]. Erstmals wurden hier auf nationaler Ebene Daten zur Umweltsituation von Kindern bereitgestellt. Dies allerdings mit einer nur kleinen Unterstichprobe von 1.790 Kindern zwischen drei und 14 Jahren aus 150 Erhebungsorten. Die Ergebnisse lassen sich auf keinen einfachen Nenner bringen. Erfreuliches gibt es bei der Mundgesundheit zu registrieren. Vor der Jahrtausendwende lag Deutschland beim DMFT-Index der 12-Jährigen international noch etwas zurück. Die Niederlande, Großbritannien, die Schweiz, Schweden und Dänemark bildeten die Spitzengruppe mit Werten um 1,0 oder darunter (vgl. Abbildung 1). Diese Länder wie auch Finnland erreichten das von der WHO für das Jahr 2000 formulierte Ziel (mittlerer DMFT-Wert von unter 2) besonders früh. In Dänemark z. B. lag der DMFT-Wert der 12-Jährigen vor 30 Jahren (1975) bei durchschnittlich 5,2 und sank bis 1995 auf 1,2. 1997 (DMS III) lagen die

<sup>4</sup> An KiGGS nahmen im Zeitraum 2003–2005 17.641 Jungen und Mädchen von 0 bis 17 Jahren an 167 Orten teil. Sowohl Befragungen wie medizinische Untersuchungen (incl. Laborbefunde) kamen zum Einsatz. Der Sozialstatus der Kinder wurde über die Bildung und die berufliche Stellung der Eltern sowie das Haushaltsnettoeinkommen abgebildet. Personen mit Migrationshintergrund wurden entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung einbezogen. Die BELLA-Studie nutzt die bei KiGGS zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität erhobenen Daten und vertieft sie anhand spezieller Fragestellungen. Über 40 Beiträge dokumentieren im Bundesgesundheitsblatt Bd. 50, H. 5/6 (Mai/Juni 2007) die Ergebnisse.

	Nicht-Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen U3–U9 (Durchschnitt)	Adipositasprävalenz (7–10-Jährige)	Bewegungsmangel (3- bis 10-Jährige)	Defizit an Ressourcenverfügbarkeit (11 – 13-Jährige): personale/soziale/familiale	Gewalterfahrungen (11–13-Jährige)	Psychische Auffälligkeit (11–13-Jährige)	Zahnputzfrequenz < 2-mal täglich (bis 17-Jährige)
<b>Oberschicht</b>	<b>5,3</b>	<b>3,0</b>		<b>7,1/7,3/4,4</b>	<b>3,6</b>	<b>3,9</b>	<b>21,5</b>
Jungen			14,9				
Mädchen			12,1				
<b>Mittelschicht</b>	<b>5,2</b>	<b>6,3</b>		<b>11,3/10,3/6,4</b>	<b>5,0</b>	<b>7,8</b>	<b>27,7</b>
Jungen			21,0				
Mädchen			24,1				
<b>Unterschicht</b>	<b>13,6</b>	<b>9,8</b>		<b>14,1/14,9/10,1</b>	<b>8,1</b>	<b>13,3</b>	<b>39,0</b>
Jungen			36,2				
Mädchen			40,4				
<b>Kein Migrant</b>	<b>5,3</b>	<b>5,4</b>		<b>10,8/10,2/7,1</b>	<b>5,2</b>	<b>7,8</b>	<b>26,1</b>
Jungen			21,1				
Mädchen			21,1				
<b>Migrant</b>	<b>24,8</b>	<b>11,0</b>		<b>13,3/16,1/6,8</b>	<b>7,9</b>	<b>12,0</b>	<b>45,0</b>
Jungen			35,8				
Mädchen			48,3				

Erläuterungen und Quellen [19]

**Tabelle 2:** Konzentration von Gesundheitsarmut bei Migranten- und Unterschichtkindern in Deutschland anhand ausgewählter Indikatoren aus KiGGS (in %)

deutschen Werte noch um ein Drittel über dem skandinavischen Durchschnitt. Durch die für 2005 ermittelten Werte platziert sich Deutschland nunmehr im internationalen Spitzenfeld mit einem mittleren DMFT-Wert bei den untersuchten 12-Jährigen von 0,7 in West-Deutschland und 1,1 in Ost-Deutschland [16]. Zusammen mit Dänemark, Großbritannien, der Schweiz und den Niederlanden unterschreitet Deutschland damit im Landesdurchschnitt den Wert von 1,0.

In der Rückschau ist dies eine eindrucksvolle Erfolgsgeschichte. Allerdings, wie robust die Daten sind, ist nicht zweifelsfrei festzustellen. Nur 1.383 12-Jährige wurden untersucht gegenüber 70.751 2005 in Schweden. Außerdem, der Fortschritt verteilt sich regional sehr ungleich und kommt bei den unteren sozialen Schichten nur eingeschränkt an. Dementsprechend groß ist die Streuung nach Bundesländern und nach Schularten [17]. Zwischen 1997 und 2005 hat die soziale Polarisierung deutlich zugenommen. Konzentrierten sich 1997 (DMS III) 61 % der Karieserfahrungen auf 22 % der 12-Jährigen, entfiel der gleiche Anteil 2005 auf nur 10,2 % der 12-Jährigen (DMS IV). Die Schieflage setzt sich im Erwachsenenalter bei Zahnbetterkrankungen wie bei Erkrankungen des Zahnhalteapparates fort. Bei Parodontitis ist die soziale Polarisierung besonders

ausgeprägt: Bei den 35- bis 44-Jährigen mit hoher Schulbildung gab es von 1997 bis 2005 eine konstante Quote von rd. 13,3 % Betroffenheit; bei denen mit geringer Schulbildung stieg die Betroffenheit von 10,7 auf 32,9 % [18]. Die Quintessenz von DMS IV lautet: Einerseits gibt es einen beeindruckenden Rückgang der Kariesprävalenz; andererseits kann nicht gesagt werden, Karies sei in der Bevölkerung insgesamt unter Kontrolle. Zu beobachten ist eine Scherenbewegung: Auf der einen Seite wächst unter den Zwölfjährigen die Gruppe mit naturgesundem Gebiss, auf der anderen Seite gibt es Kinder und Jugendliche mit noch starken Defiziten.

Im Gesamtbild der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bildet das geringe Niveau von Karieserfahrungen einen Lichtblick. Diverse andere Aspekte stellen sich weniger günstig dar. So sind 15 % (1,9 Mio.) der 3- bis 17-Jährigen übergewichtig und 6,3 % (900.000) bereits adipös. Bei Adipositas bedeutet dies gegenüber den Referenzdaten von 1985 – 1999 eine Verdoppelung [19]. Ähnlich negativ stellt sich der Bereich der psychischen Gesundheit dar, wo es bei 11,5 % der Mädchen und 17,8 % der Jungen Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten gibt.

Die vielfältigen Ergebnisse können in drei Hauptpunkten zusammengefasst werden:

1. Es gibt eine Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten und von somatischen zu psychischen Störungen.

2. Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen nicht nur in einzelnen Bereichen schlechtere Ergebnisse auf als der Durchschnitt, sondern in durchweg allen. In dieser Gruppe findet sich eine Häufung von Risikofaktoren, von Unfällen, von Krankheitserfahrungen. Auch Übergewicht, Umweltbelastungen, eine schlechtere Gesundheitsversorgung und psychische Auffälligkeiten kommen weit überproportional vor. Gleichzeitig sind die Schutzfaktoren gemindert, denn Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status finden wenig personale, soziale und familiäre Ressourcen, die ihnen Unterstützung bieten.

3. Die Gesellschaft muss sich auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen sowie von Störungen des Sozialverhaltens einstellen. 18 % der Kinder und Jugendlichen sind durch psychische Auffälligkeiten geprägt, die genauerer Abklärung bedürfen; bei etwa 10 % besteht ein Beratungs- oder Therapiebedarf.

Für die Altersgruppe bis 13 Jahre sind in Tabelle 2 wichtige KiGGS-Befunde in der Abhängigkeit vom Sozial- und Migrantenstatus dargestellt. Ca. 27 % rechnen zur Unterschicht, rd. 47 % zur Mittelschicht

Typ	Philosophie/ -Prinzipien	Ausrichtung	Stärken	Anforderungen/ Schwächen
Skandinavisch-universalistisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kindeswohl ist gemeinsame Aufgabe von Eltern und Staat</li> <li>■ Gleichheit: alle Kinder u. Eltern einbeziehen (Freiwilligkeit)</li> <li>■ Ganzheitlich-themenübergreifend;</li> <li>■ Lebenslauforientiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Präventiv (ab Geburt) in dauerhaften Strukturen</li> <li>■ Ressourcenaufbau</li> <li>■ Partizipativ</li> <li>■ Heterogene Gruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Keine Stigmatisierung, daher hohe Akzeptanz</li> <li>■ Breiter gesellschaftlicher Mehrwert (Spillover-Effekte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hohe Anforderungen an integrierte öffentliche Strukturen</li> <li>■ Hohe Anforderungen an berufsübergreifende Kooperation</li> <li>■ Verlangt weitgreifende Datenvernetzung</li> <li>■ Personalintensiv</li> </ul>
Angelsächsisch-risikoselektiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Identifizierung von Risikogruppen, Risikoregionen etc.</li> <li>■ Defizitbearbeitung (an Einzelthemen orientierte Aktionspläne)</li> <li>■ Lebenslauforientiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Präventiv (ab Geburt) in Projektstrukturen</li> <li>■ Defizitabbau</li> <li>■ Individualisierend</li> <li>■ Homogene Gruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kurze, intensive Interventionen</li> <li>■ Geringe Kosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Stigmatisierung mindert Mitwirkung</li> <li>■ Geringe Fehlerfreundlichkeit</li> <li>■ Problem der Nachhaltigkeit</li> <li>■ Beschränkter gesellschaftlicher Mehrwert</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung

**Tabelle 3:** Wohlfahrtsstaatlich konträre Ansätze eines Child-care-Systems

und rd. 25 % zur Oberschicht. Es wird deutlich: Unterschicht- und Migrantenkinder tragen eine erhebliche Ungleichheitslast. Faktoren, die den weiteren gesundheitlichen Werdegang negativ prägen, kommen bei Unterschichtkindern vielfach so häufig vor wie in der Oberschicht und auch zur Mittelschicht ist das Gefälle erheblich. Gleichzeitig fehlen den sozial benachteiligten Kindern personale, soziale und familiäre Schutzressourcen, um mit den Belastungen fertig zu werden. Auch ihre Chancen auf frühe Erkennung von Fehlentwicklungen sind gemindert, da ihre Eltern in relativ hohem Maße von den Früherkennungsuntersuchungen keinen Gebrauch machen; die Nichtinanspruchnahme liegt durchschnittlich um gut 2,5-fach höher, bei Migrantenkindern sogar 4,7-fach höher. Dass sich die Wirkungen bei Mädchen teilweise noch potenzieren, zeigen die Daten zur Verbreitung von Bewegungsmangel. Die KUS-Ergebnisse hellen das Bild nicht auf. Generell sind zwar wichtige Umweltbelastungen (Schwermetalle und bestimmte Luftschadstoffe) zurückgegangen. Gegenläufig haben sich jedoch neue Gefährdungen herausgebildet. Häufig zu hohe Lärm-schallpegel (Diskotheken, Flugzeuge) führen z. B. zu mehr als nur kurzfristigen Gehörschädigungen. Schon 13 % der 8–14-Jährigen weisen einen Hörverlust

von 20 Dezibel auf. Gegenüber 1990/1992 eher gestiegen ist auch die Belastung durch rauchende Familienangehörige. Ca. 50 % der Kinder leben in Haushalten mit mindestens einem Raucher. Die aus Passivrauchen resultierende Belastung folgt dem aus Tabelle 2 ersichtlichen Muster: Die Konzentrationen an Nikotin und Cotinin im Urin waren im Mittel bei Unterschichtkindern rd. 2,5-fach so hoch wie bei Oberschichtkindern und immerhin noch fast doppelt so hoch wie bei Mittelschichtkindern. Das Gesamtbild, das KiGGS und die Ergänzungsmodule zeichnen, ist das einer Gesellschaft mit ausgeprägter Gesundheitsungerechtigkeit bereits bei Kindern und Jugendlichen. Es schälen sich Gruppen heraus, die vom Start an aus sozialen und sozio-kulturellen Gründen ein hohes Erkrankungsrisiko verbinden mit geringen Schutzfaktoren.

**„Closing the gap“ – unterschiedliche Grundphilosophien zwischen universalistischem Ansatz und der Konzentration auf Risikogruppen**

Die ab Geburt und bereits davor einsetzende Chancenungleichheit bewirkt bei den benachteiligten Gruppen nicht nur

eine verkürzte Lebenserwartung.<sup>5</sup> Die Verschiebung der Krankheitsbilder hin zu chronischen wie psychischen Erkrankungen konterkariert auch das auf Verbesserung der Lebensqualität gerichtete WHO-Ziel, wie es prägnant im Wechsel des Slogans von „add years to life“ zu „add life to years“ Ausdruck findet. Zu erwarten ist eine Zunahme von Multimorbidität und eine Zunahme psychischer Störungen. Dies sind Prozesse, die nicht nur für das Gesundheitssystem teuer werden, sondern der Gesellschaft insgesamt hohe Kosten aufbürden. Es liegt daher gleichermaßen im Interesse der Betroffenen wie der Gesamtgesellschaft, präventiv gegenzusteuern. Das von der EU-Kommission geförderte Projekt „Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe“ setzt hier an. Ziel ist es, effektive Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu identifizieren und eine europäische Datenbank mit fundierten Informationen und vorbildlichen Projekten zu erstellen (vgl. <http://www.health-inequalities.eu/>.) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Vertreter Deutschlands hat das EU-Projekt zwischen 21 europäischen Ländern drei Jahre lang koordiniert. Alle Projektpartner führten im Februar 2007 eine „Week of Equity in

<sup>5</sup> Für Deutschland wird die Ab-Geburt-Differenz zwischen unterstem und oberstem Einkommensquintil mit 10 Jahren bei Männern und 9 Jahren bei Frauen angegeben. In Schweden als Repräsentant eines skandinavischen Landes ist die Differenz deutlich geringer, aber auch gewachsen (Lampert et al. 2007: Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007: 11-18; hier: 14)

Health“ durch. Die deutsche nationale Abschlusskonferenz mit Präsentation gemeinsamer Strategien und einer Datenbank mit 90 Projekten aus 21 Ländern fand am 13. Februar 2007 in Berlin statt<sup>6</sup>: Während in Deutschland Einzelprojekte, Netzwerke und Kampagnen die Diskussion prägen, arbeitet man im skandinavischen Raum an holistischen Politikstrategien. Aufschlussreich war diesbezüglich die in Stockholm (22. Februar 2007) durchgeführte Konferenz, bei der nationale Vertreter aus Wissenschaft und Politik mit Vertretern aus Dänemark und Großbritannien Ergebnisse aus der jeweiligen gesundheitlichen Ungleichheitsforschung austauschten. Es lohnt sich, die vorgetragenen Ergebnisse und ihre Diskussion zu rezipieren, weil sich daran unterschiedliche Philosophien und ihre Leistungsfähigkeit verdeutlichen lassen. Zunächst: Bei allen im Detail noch bestehenden Unklarheiten und Widersprüchlichkeiten, EU-weit hat Gesundheitsarmut zugenommen und alle Länder stehen bei der Entwicklung von angemessenen Gegenstrategien eher am Anfang. Während es jedoch in etlichen Ländern – Griechenland fällt darunter - noch kaum ein Bewusstsein für die Thematik gibt und auch die Datenlage entsprechend dürftig ist, sind andere schon dabei, anspruchsvolle Gesamtstrategien zu entwerfen und umzusetzen. Sowohl die skandinavischen Länder wie die angelsächsischen EU-Länder verfolgen mit integrierten Gesamtstrategien klar fixierte Ziele. Großbritannien strebt z. B. bei Kindersterblichkeit und hinsichtlich der regionalen Differenzen bei der Lebenserwartung eine 10-prozentige Ungleichheitsreduktion bis zum Jahr 2010 an [20]. Dies mit Focus auf Risikogruppen und ihre jeweiligen Defizite (ungesunde Ernährung, zu wenig Sport usw.). Die skandinavischen Länder verfolgen gegenläufig einen universalistischen Ansatz. Durch einen gleichheitsorientierten Politikmix, der von der Bildungs- bis zur Verkehrspolitik unterschiedliche Politikfelder inte-

griert, soll die Ungleichheitslast weitgehend minimiert werden [21]. Tabelle 3 verdeutlicht die wesentlichen Merkmale der Strategien „universalistisch versus risikoselektiv“.

Für beide Strategien gibt es Argumente. Was jedoch den Praxistest angeht, sind die Skandinavier im Vorteil. Im südschwedischen Växjö (76.755 Einwohner) z. B. ist die Lebenserwartung unabhängig von Einkommen und Bildung. Bei der Suche nach den Erfolgsfaktoren schieden begünstigende Faktoren (Demografie, niedrige Migrantenquote, überdurchschnittliches Bildungsniveau...) aus. Auch verfolgt die Stadt keine speziell auf die Minderung von Gesundheitsarmut gerichtete Politik, sondern eine holistische Wohlfahrtspolitik. Als maßgeblich für den Erfolg wurde herausgearbeitet:

- Die Gesundheit der Bevölkerung ist durchgängig besser als im Landesdurchschnitt. Bei Männern liegt die Prävalenz bei Herz-Kreislauferkrankungen 25 %, bei Lungenkrebs 40 % niedriger; es gibt 20 % weniger Unfälle usw.
- Das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung ist auf allen Ebenen besser als im Landesdurchschnitt. Es gibt weniger Raucher, weniger Bewegungsmuffel, weniger Fast-Food-Esser, weniger Alkoholkonsum, mehr Konsum von Obst und Gemüse. Und dies alles gleichermaßen bei Männern wie bei Frauen.<sup>7</sup>
- Der soziale Zusammenhalt und die Teilhabe aller am Gemeinschaftsleben sind besser als im Landesdurchschnitt, die Arbeitslosigkeit ist geringer usw.
- Die Gemeinde erbringt Dienstleistungen sehr effizient, wobei Geschäftswelt wie Zivilgesellschaft gleichermaßen gut eingebunden sind. Das Vertrauen der Bevölkerung in gute lokale Regierungsarbeit liegt höher als im Landesdurchschnitt, ebenso die Wahlbeteiligung usw.

Der konzeptionelle Ansatz des dänischen Vertreters stand damit im Einklang. Finn Diderichsen [22] ortete die Ursachen für die gesundheitliche Ungleichheitslast in 15 Feldern, angefangen bei Kindheitsbedingungen und Bildung über die soziale und physikalische Umwelt, gesundheitliche Risikofaktoren und Arbeitsweltbedingungen bis zu Verkehrs- und Unfallrisiken. Bei einzelnen Faktoren und einzelnen Gruppen mit einzelnen Aktionen etwas zu versuchen, erachtet er für nicht effizient. Wie in Växjö praktisch realisiert, müsse man auf allen 15 Feldern gleichzeitig auf Verbesserungen für alle hinarbeiten. Im Ergebnis profitieren die sozial Schwächeren in besonderer Weise. Nach seinen Berechnungen kann aufgrund von Multiplikatoreffekten eine absolute Ungleichheitsreduktion von bis zu 58 % erreicht werden.

### Eckpunkte eines lebenslauforientierten Child-care-Systems

Bei der angesprochenen Konferenz wurden die deutschen Bemühungen von britischer Seite als „not comprehensive“ [22] bewertet. Die Verfasserin teilt diese Einschätzung. In besonderem Maße gilt sie mit Blick auf Kinder. Zwar, von den Krippenausbauplänen über das Bundes-Aktionsprogramm „Frühe Hilfen“ der Bundesfamilienministerin (<http://www.fruehehilfen.de/>) bis zu Aktivitäten auf Länder- und Gemeindeebene,<sup>8</sup> es mangelt nicht an Einzelprojekten. In der Summe sind sie jedoch nicht geeignet, an der im internationalen Vergleich nur mittelmäßigen Performanz beim Kinderwohl Wesentliches zu ändern. Es fehlt an Nachhaltigkeit, an der fachübergreifenden Perspektive und an qualitätsbasiert verlässlichen Strukturen. Deutsche Denktraditionen von der Vorliebe für Entweder-Oder-Debatten um einzelne Instrumente bis zur Separierung von je speziellen Strukturen für je spezielle Zwecke stehen in Kontrast zu einem holistischen Poli-

<sup>6</sup> Siehe Gemeinsame Pressemitteilung BMG-BZgA: „Closing the Gap“ – Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa reduzieren, Berlin 13. Februar 2007. Die Adresse [http://www.bzga.de/bot\\_Seite3257.html](http://www.bzga.de/bot_Seite3257.html) führt zum Internet-Portal [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) mit bundesweit (April 2008) 1.200 Projekten.

<sup>7</sup> Daten zum Gesundheitsverhalten wurden bei der Tagung von Cecilia Wadman (Swedish National Institute of Public Health) vorgetragen.

<sup>8</sup> Beispielsweise fördern die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen das Modell-Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ (Dauer bis 2008): <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/guter-start-ins-kinderleben.html>. Auch sind Frühwarnsysteme mit Koppelung an die Nicht-Teilnahme an den U's angelaufen. Auf kommunaler Ebene haben sich u.a. die Stadt Düsseldorf („Zukunft für Kinder in Düsseldorf – Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen“, Ein Präventionsprojekt des Jugend- und des Gesundheitsamtes: [http://www.duesseldorf.de/gesundheitszukunft\\_fuer\\_kinder/index.shtml](http://www.duesseldorf.de/gesundheitszukunft_fuer_kinder/index.shtml)) wie auch Gelsenkirchen mit seit 2005 flächendeckenden Hausbesuchen (Projekt „Stärkung des Familienkompetenz und erfolgreiche Familienerziehung durch Familienbildung und Früherkennung von Problemlagen“ des Referats Kinder, Jugend und Familie) hervorgerufen.

Acht Grundsätze	Fünf Bausteine	Zuständigkeiten, Personal, Steuerung
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Risikoscreening vor der Geburt (Minimierung pränataler Risikofaktoren wie Alkohol, Nikotin...)</li> <li>2. Flächendeckender Ansatz (Keine Stigmatisierung)</li> <li>3. Änderung der Denkrichtung: Nicht, was den Eltern nutzt, nutzt automatisch auch ihren Kindern.</li> <li>4. Von den Zielgruppen und ihren Bedürfnissen her denken</li> <li>5. Paradigmenwechsel: Mehr Vorsorge statt Nachsorge, mehr Dienstleistungen statt Geldtransfers</li> <li>6. Verlässliche Strukturen für multiprofessionelle Zusammenarbeit schaffen: Bedürfnisse von Kindern liegen quer zu gewachsenen institutionellen Zuständigkeiten</li> <li>7. Kinder brauchen Erwachsene und andere Kinder als positive Vorbilder</li> <li>8. Heterogene Gruppen bieten Vorteile: Benachteiligte Kinder erhalten Vorbilder, nicht-benachteiligte Kinder erwerben Sozialkompetenz</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hausbesuche: Nach Geburt flächendeckender Vorstellbesuch; Bedarfsgerechte Risikogruppenbetreuung; Individuelle Hilfeplanung, feste Betreuer; Informationsweiterleitung</li> <li>2. Untersuchungen - Durchführung und Dokumentation von Vorsorgeuntersuchungen (Kinderärzte, Kinderpsychologen) und Zahnärztlicher Reihenuntersuchungen</li> <li>3. Gruppenlernen in Kitas Gemeinsames Essen (gesunde Ernährung, Zähneputzen etc.)</li> <li>4. Partizipation u. Kooperation Einbindung von Eltern; Kooperation mit externen Partnern</li> <li>5. Akademisierung der Ausbildung von Erzieher/-innen (mind. ein Drittel des Kita-Personals)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zuständigkeiten: Team Gesundheits-/ Jugendamt (Organisationseinheit mit eigenständigen Kompetenzen; federführend)</li> <li>2. Kooperationspartner: Kliniken, Krankenkassen, Kitas, Schulen, Vereine, niedergelassene Ärzte, Therapeuten, Sonstige (je nach Lage vor Ort)</li> <li>3. Personalausstattung: Aufstockung von Fachpersonal in Gesundheits- und Jugendämtern; besserer Personalschlüssel in Krippen/Kindergärten (Beispiele: 1 Erzieher auf 4 Kinder unter 3 Jahren resp. 7 Kinder 3–6 Jahre; 1 Schulpsychologe pro 2000 SchülerInnen)<sup>1</sup></li> <li>4. Steuerung: Modus der wertebasierten Steuerung (nach skandinavischem Vorbild)</li> </ol>

<sup>1</sup> In den skandinavischen Ländern werden diese Kriterien erfüllt. So kamen 2006 zwischen unter 1000 (Dänemark) bis gut 2000 (Norwegen) Schüler auf einen Schulpsychologen; in Deutschland liegt die Relation bei über 1:12.000. Mehr als Krisenintervention ist mit einem solchen Personalschlüssel nicht möglich: [http://www.bdp-verband.org/aktuell/2006/60526\\_-pm\\_schulpsychologie.html](http://www.bdp-verband.org/aktuell/2006/60526_-pm_schulpsychologie.html)

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 4:** Eckpunkte eines Child-care-Systems

tikansatz. Das traditionelle deutsche Sozialstaatsverständnis bildet eine weitere Hürde. Der deutsche Sozialstaat ist familien-, nicht individuenbasiert mit einem Handlungsprogramm, das nicht präventiv, sondern subsidiär ausgerichtet ist und instrumentell Geldtransfers weit höher gewichtet als öffentliche Dienstleistungen [23]. Zugrunde liegt ein idealisiertes Familienbild, das in der heutigen Realität nicht mehr trägt. Zum Einen, weil sich die Lebensentwürfe von Menschen und Familienformen pluralisiert haben. Zum anderen, weil die zunehmende Erosion stabiler Erwerbsverläufe Individuen und Familien hohen Belastungen aussetzt. Die skandinavische Antwort auf den Wandel der Gesellschaft besteht in einem neuen Gesellschaftsvertrag. Der dänische Wohlfahrtsstaats-theoretiker Esping-Andersen hat dafür den Begriff der „Defamiliarisierung“ von Fürsorge-Verantwortlichkeiten geprägt

[24]. Um in einer individualisierten Gesellschaft das soziale Zusammenleben zwischen und in den Generationen zu stärken, werden Fürsorge-Verantwortlichkeiten im Rahmen einer beschäftigungsorientierten Reform des Sozialstaates vom öffentlichen Sektor mitgetragen. Unterstützende öffentliche Serviceleistungen für Kinder, junge Eltern usw. werden bei dieser Strategie vom Makel zur Selbstverständlichkeit. Der Weg, den Deutschland bislang einschlägt, geht in eine andere Richtung. Zahlreiche Fälle dramatischer Kindesvernachlässigung – der Bund deutscher Kriminalbeamter spricht von jährlich rd. 100.000 vernachlässigten Kindern<sup>9</sup> – machen das Leiden von Kindern und die Überforderung ihrer Eltern zwar augenfällig. Trotzdem hat Deutschland die Ausstattung von Gesundheits- und Jugendämtern nicht massiv ausgebaut, sondern ausgedünnt. Im Ergebnis werden Kinder zu Opfern kurzfristiger

Sparpolitik. Vom Kindeswohl her zu denken, fällt der Politik auch sonst schwer. So wurden ins Grundgesetz bislang keine Kinderrechte aufgenommen und haben Elternrechte weiterhin Vorrang vor dem Kindeswohl. Die Denke: Mehr Kindergeld gleich mehr Kinderschutz, hält sich hartnäckig, obwohl internationale Erfahrungen zeigen, dass eine stärkere Gewichtung von Sachleistungen, die Kindern direkt zu gute kommen, effektiver wäre. Ein Sozialstaat, der massiv in Kinder investiert, ist nicht in Sicht. Eher ein Staat, der die Illusion hegt, mit mehr Kontrollen und Sanktionen könne das Kindeswohl wirksam befördert werden. Gedanklich am Lebenslauf von Kindern anzusetzen, eröffnet eine andere Perspektive. Kinder als im Reifeprozess befindliche Individuen rücken so in den Mittelpunkt mit der Frage: Wie können sie und ihre Eltern mit unterstützenden Strukturen, die an den Gefährdungspunkten

<sup>9</sup> Zitiert nach einer Pressemitteilung vom 17.10.2007 der Hochschule Niederrhein im Nachgang zum 1. Mönchengladbacher Symposium zu Kinderschutz und Kindeswohl („Expertenappell: Das Kindeswohl soll Vorrang haben vor dem Elternrecht“)

ihres Lebenslaufes ansetzen, stark gemacht werden. Tabelle 4 stellt für einen solchen Paradigmenwechsel Eckpunkte zur Diskussion. Der Verfasserin ist dabei bewusst: Die Umsetzung wäre mit den heutigen, stark fragmentierten Strukturen nicht zu bewerkstelligen. Bei Gesundheits- und Jugendämtern würde weder die Personalausstattung noch der Kompetenzrahmen ausreichen. Allerdings, wenn Deutschland Gesundheitsarmut verringern will, wird grundlegend umgedacht werden müssen. Es ist zur Regel geworden, Konzepte nach ihren aktuellen Kosten und

nicht nach dem, was damit langfristig für die Gesellschaft geleistet wird, zu beurteilen. Allzu oft wird dann nicht nach der besten, sondern nach der billigsten Lösung gesucht. Statt bei nachhaltiger Förderung landet man bei kurzatmigem Aktionismus und bei Ad-hoc-Projekten. Die Kinder sozial benachteiligter Eltern, die heute geboren werden, brauchen zusammen mit ihren Eltern jedoch verlässlich aufeinander aufbauende Strukturen, die im Sinne von „ein Rad greift in das andere“ den Zeitraum bis zur Einmündung ins Erwachsenenleben umgreifen.

#### Autorin

#### Dr. Cornelia Heintze

(Dipl. Pol., Stadtkämmerin a. D. und Coach)  
Cöthner Str. 64, 04155 Leipzig,  
Tel.: 0341/5611366,  
Fax: 0341/5611365;  
Dr.Cornelia.Heintze@t-online.de;  
www.dr-heintze-beratung.de

-Literatur bei der Redaktion-

Der letzte Zugriff auf die Internetseiten erfolgte am 11.04.2008

R. Hinrichs, V. de Moura Sieber

## Gesundes Zahnfleisch – auch in der Schwangerschaft

Das Risiko, an einer Gingivitis zu erkranken, ist während der Schwangerschaft deutlich erhöht. Deshalb sollten Schwangere ein besonderes Augenmerk auf die Mundgesundheit legen.

### Schwangerschaftsgingivitis

30 bis 100 % der Schwangeren leiden im Verlauf der Schwangerschaft an einer Gingivitis (Ratka-Krüger et al. 2006). Grund dafür ist der veränderte Hormonspiegel im Körper. Durch die erhöhte Konzentration des Hormons Progesteron werden auch die Gefäße des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut erweitert und damit durchlässiger für die von den Plaquebakterien produzierten Giftstoffe. Zudem gibt es Hinweise, dass zumindest Typ-1-Diabetikerinnen ein höheres Risiko für Entzündungen des Zahnfleisches aufweisen als Schwangere ohne Diabetes (Guthmiller et al. 2001).

### Parodontitis – Einfluss auf Frühgeburten?

Vorsorge ist bei einer Gingivitis besonders wichtig, da der Entzündungsprozess sich ohne geeignete Mundhygiene-

maßnahmen auf den Zahnhalteapparat ausdehnen kann. Es entsteht eine Parodontitis mit irreversiblen Abbau von Bindegewebe und Knochen.

Immer wieder wird diskutiert, ob eine Parodontitis in Zusammenhang mit Frühgeburten und einem niedrigen Geburtsgewicht steht. Aufgrund der Datenlage ist jedoch nach Dörfer (2007) die wissenschaftliche Evidenz für eine kausale Rolle der Parodontitis bei Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburten bis heute unklar. Trotzdem sollten Schwangere mit Parodontitis besonders sorgfältig betreut werden.

### Die schwangere Patientin in der Mutterberatung

In der Mutterberatung im Rahmen der allgemeingesundheitlichen Vorsorge empfiehlt sich bei schwangeren Patientinnen in einigen Punkten Vorsicht walten zu lassen. Die präventiven und therapeutischen Strategien müssen indivi-



duell auf die physische und psychische Verfassung der schwangeren Patientin abgestimmt werden. Zudem sollte, besonders im 1. Trimenon, diagnostisches Röntgen vermieden werden. Im letzten Drittel der Schwangerschaft sollte auf eine eher seitliche Lagerung der Patientin bei Untersuchungen geachtet werden, um ein Abschnüren der unteren Hohlvene zu vermeiden (Rieken & Terezhalmay 2006).

Ideal sind zwei zahnärztliche Untersuchungstermine in der Schwangerschaft. Beim ersten Termin, der möglichst im ersten Drittel der Schwangerschaft wahrgenommen werden sollte, ist eine umfassende Anamnese, ausführliche Aufklärung über die Ursachen von Karies und Gingivitis, Kariesrisikobestimmung, eine professionelle Zahnreinigung mit Fluoridierung und eine ausführliche Aufklärung über den Zusammenhang zwischen der Mundgesundheit der Mutter und der ihres Kindes durchzuführen. Selbstverständlich gehört auch ein Zahn-, PAR- und Schleimhautbefund mit einer eventuell

nötigen Sanierung des Gebisses, besonders offener kariöser Läsionen, zur Untersuchung dazu. Der zweite Untersuchungstermin sollte ins letzte Drittel der Schwangerschaft, am besten in den 8. Monat, gelegt werden. Hier sollte eine erneute Befundaufnahme mit professioneller Zahnreinigung erfolgen. Im Vordergrund sollte außerdem die postnatale präventive Betreuung stehen (Günay et al. 2007).

Die Beratung der Eltern spielt eine wesentliche Rolle in der täglichen Arbeit der im Präventionsbereich tätigen Personen. Diese stärkt die elterliche Vorbildfunktion für das Lernen des täglichen Zähneputzen als Routineverhalten im Kindesalter. Zähneputzen stellt aber eine komplizierte feinmotorische Leistung dar (Makuch 2002, Thumeyer 2004). So konnten Pine et al. (2000) in einer Studie mit 461 Familien zeigen, dass Motivationskampagnen und Werbematerialien mit Mundhygienepflegemitteln die rein medizinische Informationen wesentlich verstärken und sie effektiver machen. Die Verarbeitung der medizinischen Informationen zur Verhaltensänderung der Eltern und Kinder gestaltet sich dann als praxisnah. Diese sind dann durchaus wirksam. Karies ist die häufigste Erkrankung der Kinder in den Industrieländern (Borutta & Kneist 2006). Eltern sehen keinen Zusammenhang zwischen dem häufigen Konsum von Zucker und/oder vergärbaren Kohlenhydraten in Form von süßen Getränken, verabreicht mit der Saugerflasche, und der Entstehung der Karies im Milchgebiss (Kneist & Borutta 2006, Moura Sieber de et al. 2006). Obwohl für die Fachleute ein alt bekanntes Thema, sind sie hier nach wie vor gefordert, bei den Eltern beratend einzugreifen (Kneist & Borutta 2006). Beim Dauernuckeln aus der Flasche umspült das darin enthaltene Getränk ständig das Milchgebiss, was zur schnellen Zerstörung der Milchzähne führen kann. Kleinkinder sollen schon im ersten Lebensjahr an das Trinken aus dem Becher oder der Tasse gewöhnt werden (Strippel 2004). Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren sind noch zu klein, um sich alleine die Zähne putzen oder über zahngesunde Ernährung nachdenken zu können (Makuch 2002, Thumeyer 2004). Allerdings ergab eine aktuelle repräsentative Emros-Umfrage im Auftrag der Initiative proDente, dass mehr

als 80 % der Deutschen glaubten, dass die Zahnpflege bei Kindern erst nach dem zweiten Lebensjahr oder später beginnen sollte (proDente 2008).

### Optimale Mundhygiene bei Schwangeren

Bereits geringe Plaquemengen können in der Schwangerschaft zu Entzündungen am Zahnfleisch führen. Um das Zahnfleisch zu schonen, sollten Schwangere zum Zähneputzen eine weiche Zahnbürste mit mikrofeinen Borstenden verwenden. Die Zahnpasta sollte spezielle plaque- und entzündungshemmende Eigenschaften besitzen und die Regeneration von gereiztem Zahnfleisch fördern. In wissenschaftlichen Untersuchungen erwiesen sich Mundhygieneprodukte mit der Wirkstoffkombination Aminfluorid/Zinnfluorid als besonders wirksam (z. B. meridol® Produkte). Idealerweise ergänzt eine Mundspül-Lösung auf Basis dieser Wirkstoffkombination die tägliche Zahnpflege mit Zahnpasta und Zahnbürste.

Die verwendete Mundspül-Lösung sollte alkoholfrei sein. Alkohol wird immer noch in vielen Mundspül-Lösungen verwendet, obwohl dieser Inhaltsstoff – gerade bei Schwangeren – nicht unproblematisch ist. So konnten Sayal et al. (2007) in einer Studie mit über 8000 Frauen in England zeigen, dass bereits geringe Mengen Alkohol in der Schwangerschaft zu Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern führten.

Zum Thema Alkohol in Mundspül-Lösungen arbeitet ein Übersichtsartikel von Brex, Netuschil und Hoffmann (2003) heraus, dass Ethanol häufig als Lösungsmittel diene, aber vom chemischen Standpunkt her in den meisten Fällen unnötig sei. Ethanol sei weder in vitro, noch in vivo antibakteriell wirksam, wie eine Studie von Gjeramo et al. (1970) gezeigt hätte. Für eine bakterizide Wirkung müsse Alkohol in Konzentrationen von 40 % eingesetzt werden. Die Alkoholkonzentration in Mundspül-Lösungen liege jedoch mit 5–27 % deutlich darunter. Das heißt, dass Alkohol in Mundspül-Lösungen keinen zusätzlichen antibakteriellen Nutzen hat. Zudem gebe es Beziehungen zwischen Alkohol und Schmerzempfinden. Bolanowski et al. (1995) fanden eine direkte Beziehung zwischen Alkohol-

gehalt und dem in der Mundhöhle ausgelösten Schmerzempfinden. Zum Krebsrisiko existieren widersprüchliche Daten, eine Gefahr kann also nicht sicher ausgeschlossen werden. Alkohol sollte wegen der Alkoholrisikogruppen, wie Kinder, Jugendliche, Schwangere oder Personen mit Alkoholproblemen in Spüllösungen generell vermieden werden. Dieses gilt nicht nur für den häuslichen Einsatz von Mundspül-Lösungen, sondern ebenso für den gezielten Einsatz in der Praxis.

Bei einer schweren Gingivitis kann es zur zeitweiligen Keimzahlreduktion in der Mundhöhle bei Schwangeren angezeigt sein, mit einer 0,2 %igen Chlorhexidindlösung zu spülen. Diese sollte natürlich auch alkoholfrei (z. B. von meridol®) sein, um das ungeborene Kind zu schützen.

Werden alle präventiven Maßnahmen – zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und optimale häusliche Mundhygiene – befolgt, so können eventuell mögliche Risiken signifikant reduziert werden und Gesundheit von Mutter und Kind im allgemein- und zahnmedizinischen Bereich positiv beeinflusst werden.

#### Autoren:

##### Dr. Ruth Hinrichs

Wissenschaftliche Projektmanagerin  
Medizinisch-wissenschaftliche Abteilung  
GABA GmbH, Lörrach

##### Dr. med. Vanëssa de Moura Sieber

Wissenschaftliche Projektmanagerin  
Medizinisch-wissenschaftliche Abteilung  
GABA GmbH, Lörrach

#### Korrespondenzadresse:

##### Dr. Ruth Hinrichs

GABA GmbH  
Berner Weg 7  
79539 Lörrach  
[www.zahngesundheit-aktuell.de](http://www.zahngesundheit-aktuell.de)

-Literatur bei der Redaktion-

## Hochaktuell



Foto: Der Vorstand mit Frau Dr. de Moura Sieber

Für die Herbsttagung 2007, die der BZÖG-Bundesvorstand gemeinsam mit allen Landesstellenleiterinnen und Landesstellenleitern in Kassel abgehalten hat, konnte Frau Dr. med. Vanessa de Moura Sieber (GABA GmbH) als Referentin gewonnen werden.

Unter der Überschrift „Mundhygiene im Kleinkind- und Vorschulalter im 21. Jahrhundert“ wurde in diesem hoch-

aktuellen Vortrag von Frau de Moura Sieber ein Bogen von der Mundgesundheit unter dem Aspekt der Lebensqualität, der Ernährung, Möglichkeiten der Verhaltensentwicklung bei Kleinkindern über die verschiedenen Fluoridanwendungen bis hin zu motivationspsychologischen Einflussfaktoren bei der Umsetzung von gruppenprophylaktischen Maßnahmen durch Zahnärzte gespannt.

Born, C., Brauns, U., Dürr, K.-G., Füllkrug, A., Hartmann, Th., Pollok, R., Panthen, Ch., Schmidt-Schäfer, S., Völkner-Stetefeld, P., Winter-Borucki, G., Wleklinski, C., Wohner-Deul, N.

## Zweite Querschnittsuntersuchung zur Mundgesundheit 3- bis 5-jähriger Kindergartenkinder in fünf Landkreisen und drei kreisfreien Städten in Hessen 2005/2006

Die Ergebnisse der in 2003/2004 durchgeführten ersten Querschnittsuntersuchung zur Mundgesundheit von Kindergartenkindern ist in der Ausgabe 1/07 vorgestellt worden, wie schon damals angekündigt, wurde eine zweite Erhebung im Schuljahr 2005/2006 durchgeführt. Ziel war es, durch Vergleich der erhobenen Daten Trends und Veränderungen im Mundgesundheitszustand nach einem Zeitraum von zwei Jahren beobachten und beschreiben zu können.

### Probanden und Methode

Die Datenerhebung erfolgte nach den gleichen Kriterien wie in 2003/2004. Ein Landkreis hat an der Untersuchung in

2005/2006 nicht mehr teilgenommen, eine kreisfreie Stadt ist mit einbezogen worden. Die Stichprobe umfasste bei dem neuen Teilnehmer ebenfalls ca. 10 % der Kindergärten, die Auswahl erfolgte nach geografischen und soziografischen Gesichtspunkten. Die übrigen Untersucher haben die Datenerhebung in den gleichen Kindergärten wie 2003/2004 vorgenommen.

Es stand für die Untersuchung eine Stichprobe von 96 Kindergärten mit insgesamt 3744 Kindern aus fünf Landkreisen und drei kreisfreien Städten zur Verfügung (davon 1048 Dreijährige, 1348 Vierjährige und 1348 Fünfjährige). Zur Beurteilung

### Fehlerteufel

Wir bitten zu entschuldigen, dass es aufgrund von Satzverschiebungen auf Seite 14 in der Tabelle 1

#### „Kieferorthopädische Indikationsgruppen / Befundschema bei 9- bis 11-Jährigen“

in der letzten Ausgabe unserer Zeitschrift (Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 3.07) zu fehlerhaften Einträgen gekommen ist.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass nach wie vor die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung in der am 17. August 2001 beschlossenen und ab 01. Januar 2002 gültigen Fassung wirksam sind.

gha

der Verbreitung des Nursing-Bottle-Syndroms wurde nur die Altersgruppe der Drei- und Vierjährigen betrachtet.

### Auswertung

Die Vorgehensweise bei der Datenauswertung ist in der vorangegangenen Veröffentlichung detailliert beschrieben worden, bewertet wurde in jeder Altersgruppe nach den Kategorien naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert sowie nach dmft-Mittelwerten. Daneben wird die Situation in der Gruppe der Kinder, die schon Karieserfahrung haben, gesondert dargestellt. Die Beurteilung des Kariesrisikos erfolgte nach den DAJ-Kriterien.

Die Daten aus beiden Untersuchungszeiträumen werden in den folgenden Grafiken zur besseren Vergleichbarkeit und zur Beurteilung von Veränderungen direkt nebeneinander gestellt.

**Ergebnisse**

**naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert**

Der Anteil der naturgesunden Gebisse liegt in 2005/2006 bei den Dreijährigen bei jeweils durchschnittlich 79 %, bei den Vierjährigen bei 66 % und nimmt bei den Fünfjährigen auf 60 % ab. Der Behandlungsbedarf der Kinder steigt von 18 % (Dreijährige) auf 29 % (Vierjährige) und 30 % (Fünfjährige). Mit dem Alter und zunehmender Kooperationsbereitschaft der Kinder erhöht sich zwar der Sanierungsgrad von 3 % (Dreijährige) auf 5% (Vierjährige) und 10% (Fünfjährige), ist aber insgesamt zu niedrig. (Abbildung 2)

Es haben sich nur geringfügige Veränderungen im Vergleich zu den Daten der ersten Untersuchung ergeben, Aussagen über eine Trendentwicklung lassen sich daraus nicht zwingend herleiten.

**dmf-t-Mittelwerte**

Die Dreijährigen weisen einen dmf-t-Mittelwert von 0,8 auf, die Vierjährigen von 1,4 und die Fünfjährigen von 1,7. Es zeigt sich eine Zunahme der Werte gegenüber der ersten Untersuchung in 2003/2004, auffallend ist insbesondere wieder die hohe d-Komponente in allen Altersgruppen (Abbildung 1). Wie zu erwarten ist der Anteil sanierter Zähne bei den Fünfjährigen mit mf-t 0,67 deutlich höher als bei den Dreijährigen mit mf-t 0,12.

**dmf-t-Mittelwerte bei Kindern mit Karieserfahrung und Kariesrisikobewertung**

Da sich - wie oben beschrieben - die Situation nach den Kriterien naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert im Verhältnis zur vorangegangenen Untersuchung nicht wesentlich verändert hat, die dmf-t-Werte aber einen negativen Trend aufweisen, erscheint es wichtig, nach den Ergebnissen in der Gruppe der Kinder mit Karieserfahrung zu schauen und diese in Vergleich mit den Ergebnissen aus 2003/2004 zu setzen. (Abbildung 3)

Während der Anstieg des mittleren dmf-t-Wertes aller Probanden im Vergleich zur ersten Untersuchung in 2003/2004 bei 0,2 liegt, hat er sich in der in der Gruppe der Kinder mit Karieserfahrung überproportional erhöht und zwar um 0,8 bei den Dreijährigen, 0,6 bei den Vierjährigen und 0,7 bei den Fünfjährigen, bedingt vor allem durch den d-t Anteil.

Darin begründet liegt auch der Anstieg des Anteils der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko in jeder Altersgruppe. (Abbildung 4)

**Nursing-Bottle-Syndrom**

Eine weitere Fragestellung bezog sich auf die Verbreitung der Folgen des Dauergebrauches der Sauger-(Nuckel-)Flasche, also des Nursing-Bottle-Syndroms. Da zur Beurteilung dieser Situation ausschließlich der klinische Befund der oberen Frontzähne ausschlaggebend war und keine Befragung von Eltern stattfand, sollten diese Ergebnisse nur mit Vorsicht interpretiert werden. Dennoch zeigte sich, dass 9,6 % der Dreijährigen und 11,4 % der Vierjährigen Frontzahnkaries bzw. Initialläsionen im Sinne

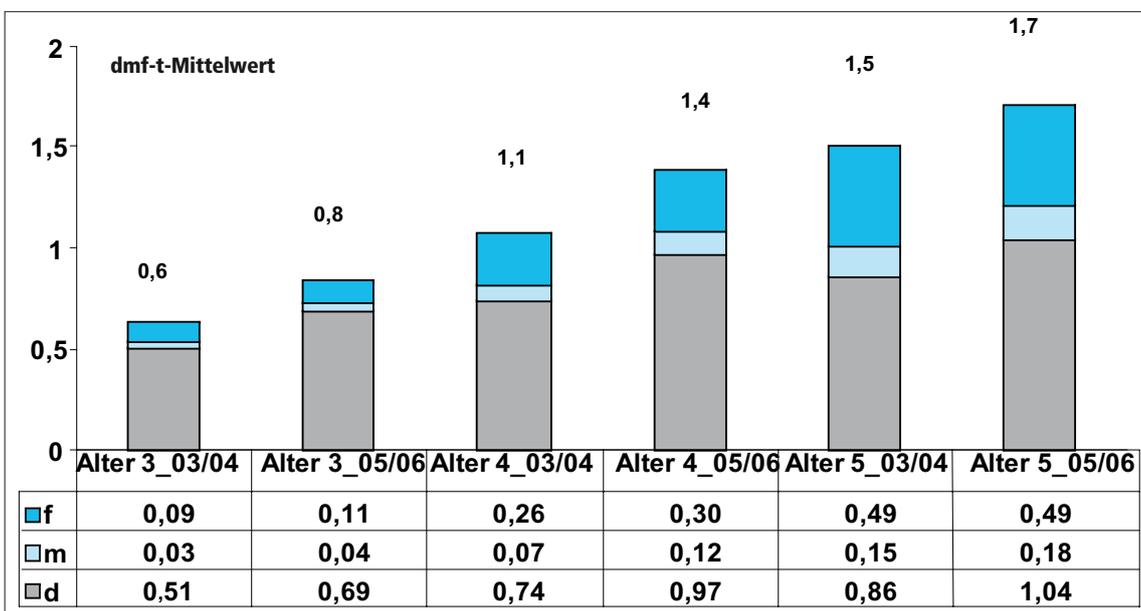
eines Nursing-Bottle-Syndroms aufwiesen. Dies bedeutet eine geringfügige Steigerung gegenüber den Ergebnissen von 2003/2004, hier waren es 8,8 % bei den Dreijährigen und 10,3 % bei den Vierjährigen.

**Diskussion**

Auch in dieser Folgeuntersuchung zeigt sich, dass die Mehrzahl der Kindergartenkinder naturgesunde Zähne aufweist. Allerdings sinkt dieser Anteil im Vergleich der Drei- und Fünfjährigen von 79 % auf 60 %.

Die Ergebnisse der DAJ-Begleituntersuchung von Prof. Pieper zeigten in der Vergangenheit, dass eine Verbesserung der Situation im Milchgebiss offensichtlich schwer zu erreichen ist. Das von der WHO formulierte Ziel von 80 % naturgesunder Gebisse im Alter von 6-7Jahren ist noch nicht näher gerückt.

Nach der Datenlage aus beiden Untersuchungen ist die Kariesprävalenz der Dreijährigen schon relativ hoch. Bedenkt man, dass diese Altersgruppe in aller Regel keiner zahnärztlichen Behandlung zugänglich ist, zeigt sich wie wichtig es ist, Eltern für die Zahngesundheit der Aller kleinsten zu sensibilisieren. Da mittlerweile mehr und mehr Unter-Dreijährige in den Einrichtungen betreut werden, ist die Chance größer denn je, die Eltern rechtzeitig zu erreichen. Der Aufklärung hinsichtlich des Gebrauches der Saugerflasche muss nach wie vor besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Hier gilt es vor allem andere Berufsgruppen wie z. B. Gynäkologen, Hebammen, Pädiater und Erzieherinnen in die Aufklärungsarbeit mit einzubeziehen, denn neuere Studien belegen den eindeutigen Zusammenhang



**Abbildung 1:** Stichprobe hessischer Kindergärten, dmf-t-Mittelwerte im Vergleich 03/04 und 05/06

zwischen ECC, langem Stillen und/oder Dauergebrauch von Saugerflaschen über das erste Lebensjahr hinaus. Diese früh gesetzten Zahnschäden, deren Folge häufig auch ostitische Prozesse sind, stellen ein Problem für die gesamte gesundheitliche Entwicklung der Kinder dar.

Die regelmäßige zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in den Kindergärten durch

den ÖGD bietet eine Möglichkeit, Einfluss auf (zahn-)schädliche Gewohnheiten zu nehmen, vor allem im Hinblick auf die Chancengleichheit sollte dies genutzt werden.

**Korrespondenzanschrift:**

**Dr. Gisela Winter-Borucki**

Gesundheitsverwaltung Rheingau-Taunus-Kreis  
Heimbacher Straße 7  
65307 Bad Schwalbach

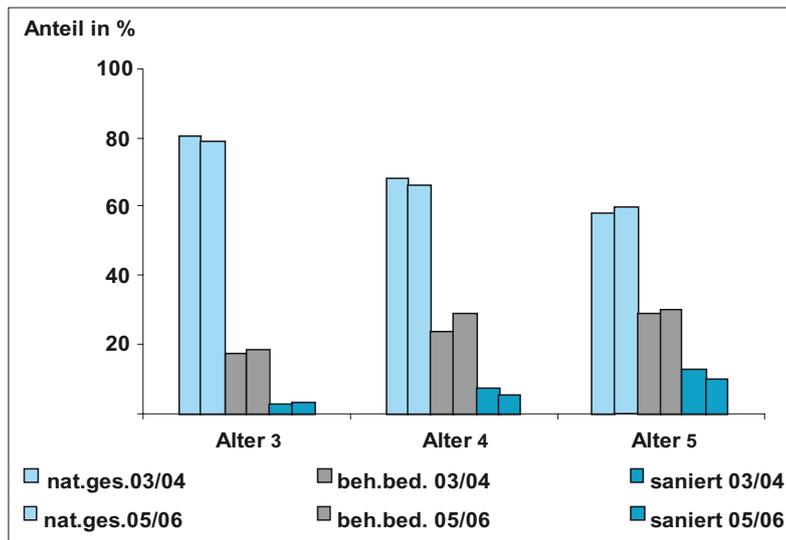


Abbildung 2: Stichprobe hessischer Kindergärten 03/04 und 05/06

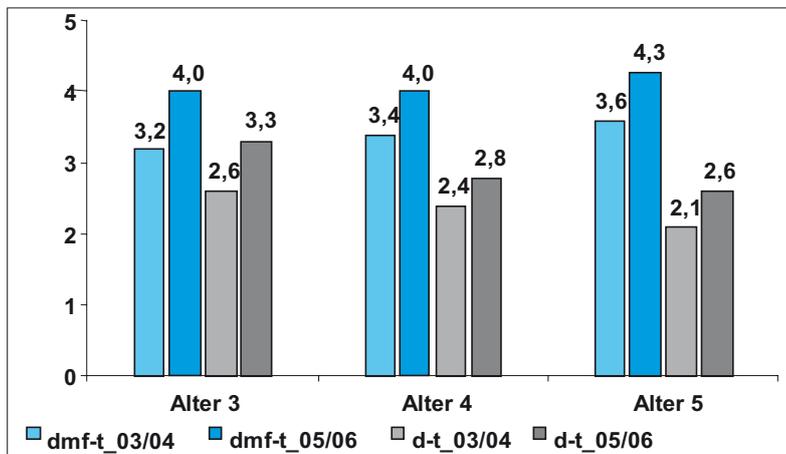


Abbildung 3: dmft-t-Mittelwerte von Kindern mit Karieserfahrung, Vergleich 03/04 und 05/06

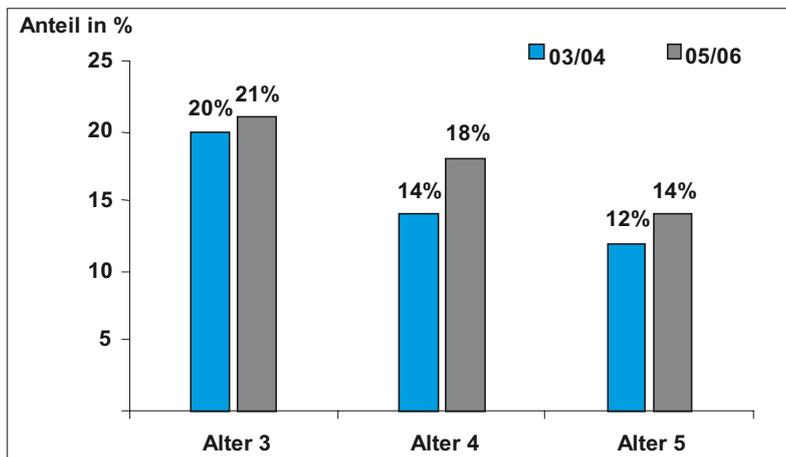


Abbildung 4: Anteil Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko, Vergleich 03/04 und 05/06

# Bericht über die Naunhofer Gespräche

Am 16.11.2007 fand im Tagungshotel „Rosengarten“ in Naunhof bei Leipzig das 8. Naunhofer Gespräch statt. Diese Gesprächsreihe wurde 1992 von Frau Dr. Ulrike Lange, damalige Mitarbeiterin der Medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung der Wybert GmbH, Lörrach (elmex Forschung) ins Leben gerufen, um den Kinderzahnärzten aus den neuen Bundesländern die Möglichkeit für einen gemeinsamen Erfahrungsaustausch zu geben.

2001 übernahm Frau Dr. de Moura Sieber die Organisation und Leitung der Naunhofer Gespräche. In den zurückliegenden Jahren ist diese Veranstaltung zu einem Forum der Präsentation von Forschungsergebnissen auf dem Gebiet der zahnmedizinischen Prävention sowie der Diskussion über deren Bedeutung und Umsetzungsmöglichkeit in der Kinder- und Jugendzahnpflege geworden. Seit 2003 sind auch Zahnärztinnen aus den alten Bundesländern vertreten. Die Naunhofer Gespräche finden gleichermaßen große Resonanz bei den Zahnärztinnen des ÖGD wie bei den Vertreterinnen der Universitäten.

Für die Veranstaltungen wurden stets kompetente Referenten gewonnen sowohl von der GABA GmbH (elmex Forschung) als auch Vertreter von Forschungseinrichtungen und Universitäten. In diesem Jahr standen folgende Themen auf der Tagungsordnung:

1. Mechanische Plaqueentfernung: Neues und Bewährtes zur mechanischen Plaqueentfernung
2. Fluoride wirken lokal: Konsequenzen für die Anwendung in der Gruppenprophylaxe

Nach der Begrüßung der Teilnehmerinnen durch Frau Dr. de Moura Sieber referierte Frau Dr. rer. nat. Andrea Engl, Diplom-Chemikerin zu dem 1. Thema. In einem interessanten historischen Rückblick erläuterte sie die Entwicklung des Wissensstandes über den Zahnbelag, beginnend bei von Leuwenhoeck, der diesen 1683 in seinem berühmten Brief an die Royal Society of London beschrieb. Heute wissen wir, dass die dentale Plaque ein bakterieller Biofilm ist. Die Referentin verstand es sehr gut, die Mechanismen der Plaquebildung und den Plaquemetabolismus sowie die Physiologie der Plaquebakterien darzustellen. Von den Phasen der Plaquebildung beginnend mit der Adsorption der Pellikel auf der Zahnoberfläche, gefolgt von der Anheftung der Mikroorganismen an die Pellikel (Adhärenz), der intermikrobiellen Adhäsion (Koaggregation) und dem Wachstum der Mikroorganismen ist die Adhärenz der kariogenen Mikroorganismen an der Zahnoberfläche die *Conditio sine qua non* für die Kariesentstehung. Die ausgereifte Plaque besteht aus dichten Bakterienkolonien, eingebettet in einer Plaquematrix.

Sie ist fest mit der Zahnoberfläche verbunden, sodass sie durch die Selbstreinigungskräfte der Mundhöhle nicht mehr zu entfernen ist. Daher ist die mechanische Plaquekontrolle mit Zahnbürste und Zahnpaste sowie interdentalen Hilfsmitteln immer noch die wichtigste Methode im Kampf gegen die bakterielle Plaque.

Von der GABA GmbH wurden für Kinder Zahnbürsten entwickelt, die den Anforderungen der drei wichtigsten Entwicklungsphasen des Kindes gerecht werden und eine altersgerechte Zahnpflege ab dem ersten Milchzahn bis zum Zahnwechsel ermöglichen:

- für das Alter von 0-3 die elmex Lern-Zahnbürste mit kleinem Bürstenkopf, weichen Schon-Borsten, gelber Dosierhilfe und ergonomisch gestaltetem Griff speziell für die Kinderhand (Palmargriff) und das Zähneputzen durch die Eltern.
- für das Alter von 3-6 die elmex Kinderzahnbürste, die es den Kindern aufgrund des rutschfesten Griffes mit Führungslinien erlaubt, das selbstständige Zähneputzen nach der KAI- Methode zu üben.
- für das Alter von 6-12 die elmex Junior Zahnbürste mit speziellen X-Borsten, die weit in die Zahnzwischenräume gelangen und so eine bessere Entfernung von Zahnbelag ermöglichen.

Die Eliminierung des Biofilms im Interdentalraum ist durch die Zahnbürste aber nicht zu erreichen. Die Auswahl ob Zahnseide, Superfloss, Interdentalbürste etc. ist abhängig von den individuellen Gegebenheiten. Die Diskussion zeigte, dass im Schulalter die Zahnseide bevorzugt wird. Allerdings waren sich die Teilnehmerinnen nicht einig, ob das Handling im Rahmen der Gruppenprophylaxe oder in der Individualprophylaxe vermittelt werden soll.

Vier Zahnärztinnen gaben an, die Zahnseide regelmäßig in ihren Schulen anzuwenden.

Herr Karp, Diplom-Biologe stellte in seinem Vortrag den aktuellen Wissensstand zur Kariesprävention mit Fluoriden, ihre Chemie und Biochemie, den Fluoridstoffwechsel und die kariespräventiven Wirkmechanismen dar. Bei den Anwendungsempfehlungen für die einzelnen Fluoridpräparate bezog er sich auf die 2006 veröffentlichten Fluoridleitlinien, die



basierend auf über 200 klinischen Studien deutlich zeigen, dass der präeruptive kariostatische Effekt durch systemische Fluoridgaben geringer ist als der posteruptive Kariesschutz durch lokale Fluoridmaßnahmen. Die Diskussion der Teilnehmer zu den vorgestellten systemischen und lokalen Applikationsformen zeigte, dass besonders für die 0- bis 2-Jährigen eine individuelle Beratung erfolgen muss, da die Verordnung von Fluoridtabletten durch die Pädiater bei der Empfehlung der fluoridierten Kinderzahnpaste zu berücksichtigen ist. Generell muss vor jeder Fluoridempfehlung eine detaillierte Fluoridanamnese erhoben werden. Für die Intensivprophylaxe im Rahmen der Individual- und Gruppenprophylaxe haben die Aminfluoride einen besonders hohen Stellenwert, da sie eine hohe Oberflächenaktivität haben, die CaF<sub>2</sub> Bildung begünstigen und gegenüber dem Bakterienstoffwechsel wirksam sind. Frau Prof. Kneist ergänzte, dass die antibakterielle Wirkung bisher nur in vitro nachgewiesen werden konnte und

die hohe antibakterielle Aktivität der Wirkstoffkombination AmF/SnF<sub>2</sub> auf den Zinnanteil zurückzuführen ist. Für die Gruppenprophylaxe sind sowohl Elmex Gelee und Elmex Fluid als auch Duraphat indiziert. Die regelmäßige Anwendung jedes dieser Präparate führt zu einer nachweisbaren Kariesreduktion. Das 1x wöchentliche Putzen mit Elmex Gelee wird Patienten mit festsitzenden Apparaturen empfohlen, da durch die zusätzlichen Plaqueretentionsstellen eine besondere Kariesgefährdung besteht. Nebenwirkungen nach Intensivfluoridierung wurden nur sehr selten beobachtet (1 auf 300 000 Packungen Elmex Gelee). Durch zu hohe Fluoridaufnahme während der Mineralisationsphase der Zähne kann jedoch eine Dentalfluorose entstehen. Die Gefahr besteht besonders in den ersten 3 Lebensjahren, in denen die Gewichtszunahme und die Verschluckrate altersabhängige Parameter für die richtige Dosierung sind. Frau Prof. Borutta verwies auf die Arbeit von Weintraub u.a., in der in einer randomisierten klinischen Studie bei

initialkariesfreien Kleinkindern im Alter von durchschnittlich 1,8 Jahren eine signifikante und dosisabhängige Reduktion der Kariesinzidenz nachgewiesen wurde. Bisher gibt es keine evidenzbasierte Studie über die toxische Wirkung bei Anwendung von Fluoridlack im Kleinkindalter. So ist die Fluoridlacktouchierung für die Prophylaxe bei Kleinkindern mit ECC-Risiko zu empfehlen. Alle Anwesende waren sich mit dem Referenten einig, dass die nachweisliche Verbesserung der Zahngesundheit in der jugendlichen Population auf die Fluoridmaßnahmen im Rahmen der Individual- und Gruppenprophylaxe zurückzuführen ist, wodurch es möglich ist, den Auswirkungen der Polarisation des Kariesbefalls entgegen zu wirken. Die verbleibenden Abendstunden ermöglichten einen regen kollegialen Erfahrungsaustausch in der angenehmen Atmosphäre des Tagungshotels.

**OÄ Dr. Leonore Kleeberg**

Sektion Kinderzahnheilkunde  
MLU Halle-Wittenberg

## Wrigley Prophylaxe Preis 2007

Spezielle Zahnputzregeln für erosionsgefährdete Patienten sowie ein früher Nachweis des Magenbakteriums *Helicobacter pylori* in der Mundhöhle noch vor seinem Auftreten im Magen – das waren die prämierten Themen der Wrigley-Prophylaxe-Preis-Verleihung 2007.

Frau Dr. Annette Wiegand (Universität Zürich) ging in ihrer Studie der Frage nach, ob das Zähnebürsten bei Menschen mit Zahnschmelzschäden besser vor, anstatt direkt nach einem Säurekontakt durchgeführt werden sollte. Zwar wird nach wie vor den meisten Patienten aus kariesprophylaktischer Sicht empfohlen, die Zähne unmittelbar nach den Mahlzeiten zu putzen, um die Plaque und das kariogene Substrat möglichst vollständig zu entfernen. Für Patienten mit Erosionen wird diese Empfehlung allerdings zunehmend in Frage gestellt. Frau Dr. Wiegand konnte in ihrer Untersuchung bestätigen, dass der chemo-mechanische Zahnhartsubstanzverlust signifikant geringer war, wenn das Zähnebürsten vor, anstatt nach dem Säurekontakt durchgeführt wurde. Damit wurde eine weitere wissenschaftlich begründete Empfehlung für ein ver-

ändertes Putzverhalten bei Risikopatienten ausgesprochen.

Etwa die Hälfte der Weltbevölkerung ist mit dem Magenbakterium *Helicobacter pylori* infiziert, das für die Entstehung von Gastritis, peptischen Ulzera und auch für das Magenkarzinom verantwortlich ist. Die genauen Infektions- und Übertragungswege sind bislang jedoch weitgehend unbekannt. Dr. Ralf Bürgers (Universität Regensburg) gelang in seiner Studie bei magenkranken Patienten erstmals der Nachweis, dass *Helicobacter pylori* unabhängig von der Besiedelung des Magens in der Mundhöhle vorkommen kann. Die Mundhöhle könnte demnach als potentielles Reservoir und Übertragungsort für *Helicobacter pylori* in zukünftigen Therapie- und Infektionsprophylaxe-Strategien eine wichtige Rolle spielen. Vielleicht sind diese Untersuchungsergebnisse ein erster Schritt, um künftig Personen mit einem erhöhten Risiko für Magengeschwüre durch einen Speicheltest frühzeitig zu identifizieren. Die Ergebnisse der Studie sind jedoch ein weiteres Indiz dafür, dass Geschehnisse in der Mundhöhle nicht isoliert von den

Vorgängen im Rest des menschlichen Körpers betrachtet werden können und ein weiterer Schritt zu einer besseren Integration des Fachs Zahnheilkunde in der generellen Medizin.

Jutta Reitmeier, Leiterin Wrigley Oral Healthcare Programs Deutschland, würdigte die prämierten Studien anlässlich des offiziellen Empfangs zu Ehren der Preisträger im Rahmen der DGZ-Jahrestagung in Düsseldorf: „Die Bandbreite der eingereichten Arbeiten macht deutlich, dass sich auch in Zukunft auf dem Gebiet der Prophylaxeforschung noch viele neue Möglichkeiten eröffnen. Wir werden im Sinne einer kontinuierlichen Förderung des Prophylaxegedankens in Wissenschaft und Praxis auch 2008 wieder gern die Tradition des Wrigley Prophylaxe Preises fortsetzen.“

**Korrespondenzadresse:**

**kommed**

**Dr. Barbara Bethke**

Ainmillerstr. 34 · 80801 München

Tel.: 089 38 85 99 48

Fax: 089 33 03 64 03

bb@kommed-bethke.de

www.wrigley-dental.de



# Zahngesundheit ohne Grenzen

## Deutsch-polnische Schülerbegegnung zum Tag der Zahngesundheit 2007 im Cottbuser Tierpark

Am 19. September 2007, zum Tag der Zahngesundheit, fand im Cottbuser Tierpark eine mittlerweile zur Tradition gewordene Veranstaltung der Landes Zahnärztekammer Brandenburg statt: „Ins Maul geschaut“.

Bis dahin war diese Veranstaltung an Schülerinnen und Schüler aus Cottbus und Umgebung gerichtet. Neu war in diesem Jahr, dass deutsche und polnische Schüler der Partnerschulen aus Cottbus und Zielona Góra gemeinsam an dieser Aktion teilnahmen. Während des „Zahngesundheitsparcours“ konnten die Kinder mehrere Infostände zu den Themen „Menschliches und tierisches Gebiss“ und „Kariesprophylaxe“ absolvieren. Anschließend fand ein zweisprachiges Quiz zum Thema Mundgesundheit statt, gefolgt von einer Preisverleihung für die Gewinner. Es gab selbstverständlich auch kleine Aufmerksamkeiten für alle Teilnehmer.

Zu weiteren Attraktionen gehörten u.a.: Kariestunnel und Zahnputzbrunnen, Zoo-Besichtigung, Rundfahrt mit der Cottbuser Parkeisenbahn, gemeinsames Mittagessen und viele diverse Aktionsspiele. Als krönender Abschluss des ereignisreichen Tages wurden die polnischen Schüler zu einer Stadtführung durch den historischen Kern der Stadt und anschließend zu einem Stadtbummel durch die berühmte Cottbuser „Sprem“ eingeladen.

Das Projekt entstand durch die Initiative der Stadt Cottbus und wurde bei der Durchführung vom Deutsch-Polnischen Verein Cottbus e. V. aktiv unterstützt. Als grenzübergreifendes Projekt wurde die „Deutsch-polnische Schülerbegegnung zum Tag der Zahngesundheit“ durch die Europäische Union im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative INTERREG III A Small Project Fund der Euroregion Spree-Neiße-Bober finanziell unterstützt.

Durch die Aktion konnte die zahnmedizinische Präventionsarbeit zum ersten Mal in der Euroregion Spree-Neiße-Bober grenzübergreifend geleistet werden. Mit Präventionsimpulsen im Rahmen der

zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe soll langfristig eine Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern in der Euroregion erreicht werden. Gleichzeitig wird ein nachhaltiger Aufbau der Kooperation in den Bereichen Gesundheit und Prävention in der Grenzregion angestrebt. Die Durchführung von Folgeprojekten in Jahresabständen ist angedacht.

**Dr. Yvonne Jonczyk**

Zahnärztlicher Dienst Cottbus



Der Tag der Zahngesundheit 2008 steht unter dem Motto:

**„Gesund beginnt im Mund – aber bitte mit Spucke!“**

Mit dem bewusst etwas lässig formulierten Slogan soll auf die Bedeutung des Speichels für die Mundgesundheit und weitere diagnostische Möglichkeiten von Allgemeinerkrankungen aufmerksam gemacht und gleichzeitig die Hemmschwelle herabgesetzt werden, mit der einige Menschen diesem Thema begegnen. Wie immer, steht es allen Akteuren in ganz Deutschland frei, einen eigenen Zugang zum Thema zu entwickeln und das Aufklärungsziel für die eigene Zielgruppe umzusetzen.

Auch in diesem Jahr wird die Website [www.tag-der-zahngesundheit.de](http://www.tag-der-zahngesundheit.de) wieder allen Akteuren, die eine Veranstaltung planen, ein Forum bieten, sich mit der geplanten Aktion in den „Veranstaltungskalender“ aufnehmen zu lassen.

# Veranstaltungshinweis

Am **23. und 24. Mai 2008** veranstaltet das WHO-Kollaborationszentrum „Prävention oraler Erkrankungen“ (WHOCC) am Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena gemeinsam mit der Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Jena (TGZMK) ein wissenschaftliches Symposium zum Thema

## „Ungleichheit in der Mundgesundheit – Herausforderung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“.

Das WHOCC, das von der WHO 1983 inauguriert wurde, ist eines der ältesten WHO-Kollaborationszentren und gegen-

wärtig das Einzige in Deutschland und im deutschsprachigen Raum auf dem Gebiet der Mundgesundheit. Die wissenschaftlichen Aufgaben des WHOCC folgen inhaltlich den Gesundheitsstrategien der WHO und beinhalten epidemiologische, klinische und experimentelle Studien zur Prävention von Mundkrankungen, insbesondere der Karies.

In diesem Jahr blickt das WHOCC auf 25 erfolgreiche Jahre zurück und begeht das Jubiläum im Rahmen des 450-jährigen Bestehens der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Das anspruchsvolle Programm des Jenaer Symposiums unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Prof. Dr. Dr. Annerose Borutta will Akzente setzen und Wege finden um der Prävention oraler Erkrankungen den ihr gebührenden Stellenwert zu verleihen und die noch

bestehenden Unterschiede in der Mundgesundheit ausgleichen zu können.

Organisation, Anmeldung und Programm finden Sie unter:  
[www.conventus.de/whocc](http://www.conventus.de/whocc)

**Für weitere Fragen steht zur Verfügung:**

**Conventus  
Congressmanagement  
& Marketing GmbH  
Sylvia Braunsdorf**  
Markt 8  
07743 Jena  
Tel.: 03641 3 53 32 75  
Fax 03641 3 53 32 71

