

KARIES – IMMER NOCH EIN PROBLEM?

Wie erreichen wir Kinder und Jugendliche
mit erhöhtem Kariesrisiko?

Ein Symposium des
Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten
(IME)

Wissenschaftliche Leitung und Moderation:

Prof. Dr. Elmar Hellwig,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg



Hackhausen 15, 42697 Solingen, Tel. (02 12) 7 28 -145

Mit Beiträgen von:

J. Frühbuß, R. Münchmeier, E. Reich, M. Schäfer, B. Semmerling

KARIES – IMMER NOCH EIN PROBLEM?

Wie erreichen wir Kinder und Jugendliche
mit erhöhtem Kariesrisiko?

Ein Symposium des
Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten (IME)
Hamburg, September 2000

Wissenschaftliche Leitung und Moderation:
Prof. Dr. Elmar Hellwig,
Ärztlicher Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Inhalt	3
E. Hellwig Einführung in das Thema	5
Autorenverzeichnis	8
J. Frühbuss Public-Health-Aspekte in der Zahnheilkunde	11
R. Münchmeier Der Alltag und die Einstellungen von Jugendlichen heute als Hintergrund für Vorsorgeaktionen	19
E. Reich Zahlen, Daten und Fakten zum Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	29
M. Schäfer Prophylaxearbeit in der Praxis	33
B. Semmerling Insight Research: Kariesprophylaxe bei Jugendlichen aus sozial schwachen Umfeldern	41
E. Hellwig Schlusswort	49

Herausgeber:

Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten (IME), Hackhausen 15, 42697 Solingen, Telefon (02 12) 7 28-145

Erschienen 2001

Elmar Hellwig

Wir wissen heute, dass Karies eine vermeidbare Erkrankung ist. Durch den Einsatz verschiedener kariespräventiver Maßnahmen ist es auch in Deutschland gelungen, die Anzahl klinisch erkennbarer Kariesläsionen bei Kindern und Jugendlichen drastisch zu verringern. Gleichzeitig mit dem Absinken der durchschnittlichen Kariesprävalenz kristallisierten sich jedoch auch sogenannte Kariesrisikogruppen heraus, die weiterhin eine große Anzahl kariöser Defekte aufweisen. In neueren kariesepidemiologischen Studien stellte sich heraus, dass die Anzahl beginnender Kariesläsionen speziell im klinisch nicht einsehbaren Approximalraum nicht in gleichem Maße abgenommen hat und auch in den Fissuren eine nicht geringe Anzahl versteckter kariöser Defekte zu diagnostizieren ist. Bei einer sinkenden Krankheitsaktivität besteht zudem die Gefahr, dass zukünftige Elterngenerationen mit einem guten oralen Gesundheitszustand ihre Kinder nicht mehr in gleichem Maße zu einem sinnvollen kariespräventiven Verhalten erziehen, wie das vielleicht bis heute der Fall war. Es stellen sich demnach heute zwei vordringliche Fragen, wenn man die Mundgesundheit weiter verbessern will:

1. Wie lässt sich eine erhöhte Kariesaktivität (= Geschwindigkeit, mit der sich bei einer Person Kariesläsionen entwickeln oder Prävalenz aktiver Kariesläsionen bei einer Person) bzw. ein aktuelles Kariesrisiko (= Abschätzung des

Ausmaßes, mit der eine Person in Zukunft kariöse Läsionen entwickeln wird) diagnostizieren?

2. Wie erreiche ich Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Kariesrisiko?

Die erste Frage lässt sich aus zahnmedizinischer Sicht noch relativ gut beantworten. So können individuelle Faktoren für ein hohes Kariesrisiko (wie z.B. Plaquemenge, Anzahl kariogener Mikroorganismen in der Plaque, Speichelzusammensetzung und -fließrate, Zahnstatus, Fluoridanwendung, Ernährungsgewohnheiten u.a.) einen relativ guten Hinweis auf ein zukünftiges Kariesrisiko geben. Es gilt dabei natürlich auch, „Umweltfaktoren“ wie sozio-ökonomische und psychosoziale Basisdaten zu berücksichtigen. Dabei spielen unter anderem die Bildung der Eltern (insbesondere der Mutter), Lifestyle-Faktoren, Erziehung und nationale Herkunft eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Die zweite Frage ist aus zahnmedizinischer Sicht kaum zu beantworten. Aber auch hier gehen die zuletzt genannten Faktoren entscheidend in die Beantwortung ein. Ziel ist es, oralpräventives Wissen zu vermitteln und damit eine Verbesserung der Einstellung bezüglich oraler Prävention zu erreichen. Es geht neben einer Verbesserung präventiver Verhaltensweisen jedoch auch um die Annahme eines gesunden Lebensstils. Dazu müsste für die Jugendlichen die

6 Einführung in das Thema

Bedeutung präventiven Verhaltens und hauptsächlich der Gewinn durch eine entsprechende Verhaltensweise ersichtlich und spürbar sein. Begriffe wie Inanspruchnahmeverhalten, Compliance, Verhaltensprävention sind jedoch leere Hülsen, wenn man bedenkt, dass vermutlich nur jeder dritte Jugendliche im Alter von 13 bis 16 Jahren sich bei einer ernsthaften Erkrankung in ärztliche Behandlung begibt. Ein Kernpunkt zukünftiger Kariespräventionsprogramme wird also sein, dass man Jugendliche, und zwar speziell solche, die dringliche orale Gesundheitsprobleme aufweisen, erreicht.

Dabei steht die ganze Palette von einfacher Bereitstellung von Informationen bis zur Durchführung komplexer Präventionsprogramme, die psychosoziale und verhaltenstherapeutische Ansätze berücksichtigen, zur Verfügung.

Die nachfolgenden Referate beschäftigen sich mit der Frage, ob und wie Kinder und Jugendliche überhaupt mit den gängigen Präventionsbemühungen angesprochen werden können. Wo sind möglicherweise Defizite bei den herkömmlichen Motivationsanstrengungen? – Interessante Fragestellungen, die weit über das hinausgehen, was in den Curricula der zahnmedizinischen Ausbildungsstätten zu finden ist. Insofern könnten die Antworten auf diese Fragen nicht nur von gesundheitsökonomischer Relevanz sein, sondern auch Einfluss auf die zukünftigen zahnmedizinischen Ausbildungsinhalte nehmen. Schon mit der Fragestellung wird deutlich, dass Karies-

prävention nicht allein Fluoridapplikation sein kann. Sie ist ein Bestandteil allgemeiner Gesundheitsfürsorge und Krankheitsvorsorge. Ziel des Symposiums war es, den Blick für diese Aspekte der Prävention zu schärfen.

Prof. Dr. Elmar Hellwig
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie, Universitätsklinik für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hugstetter Str. 55
79106 Freiburg



Dr. Juliane Frühbuß
Institut für Medizinische Soziologie,
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Postfach 10 10 07
40001 Düsseldorf



Prof. Dr. Richard Münchmeier
Institut für Sozial- und Kleinkindpädagogik,
Freie Universität Berlin
Arnimallee 12
14195 Berlin



Prof. Dr. Elmar Reich
Universitätskliniken des Saarlandes,
Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde
66421 Homburg/Saar



Dr. Michael Schäfer
Gesundheitsamt Düsseldorf
Kölner Str. 180
40227 Düsseldorf



Dr. Bettina Semmerling
Kommunikationswissenschaftlerin
Westend Village
Ruhrstr. 11a
22761 Hamburg



Juliane Frühbuß**Zusammenfassung**

Die Entwicklung von Dental Public Health in Deutschland bedeutet eine neue Sichtweise von gesundheitspolitischen Aufgaben im internationalen, europäischen und nationalen Kontext. Durch die Entwicklung von Transparenz in den Gesundheitssystemen und gemeinsame Vereinbarungen von Gesundheitszielen werden in Zukunft Effektivität und Effizienz in den verschiedenen Ländern bewertet. Deshalb ist es gesundheitspolitisch erforderlich, einen Überblick über das Zusammenspiel der einzelnen Akteure am Gesundheits- und Krankheitsgeschehen zu erhalten. Dental Public Health ist eine handlungsorientierte Wissenschaft, die sich mit der Planung, Umsetzung und Evaluation sowie den Kosten von zahnmedizinischen Interventionen befasst, um eine Verbesserung der Mundgesundheit in allen Bevölkerungsschichten zu erreichen. Dental Public Health bedeutet deshalb eine Ergänzung und Erweiterung der Zahnmedizin um Disziplinen wie Statistik und Epidemiologie zur Erfassung und Entwicklung des Krankheitsgeschehens, den Sozialwissenschaften zur Entwicklung von wirkungsvollen Interventionsstrategien (Präventionsprogramme) für alle Altersstufen und den Wirtschaftswissenschaften zur Verteilung der personellen und knappen finanziellen Ressourcen. Public Health soll deshalb einen Blick aus der Vogelperspektive auf die Funktion und Wirkungsweise des Gesundheitssystems ermöglichen. Durch

gezielte gesundheitspolitische Interventionen soll ein Paradigmenwechsel von einem krankheits- zu einem gesundheitsorientierten Verständnis von allen Akteuren im Gesundheitssystem erreicht werden.

Public-Health-Aspekte in der Zahnheilkunde

Die Zahnmedizin als wissenschaftliche Disziplin und der Zahnarzt in seiner Berufsausübung werden in der Regel unter dem Aspekt einer individuellen Zahnarzt-Patienten-Beziehung gesehen, deren Aufgabe es ist, dem einzelnen Patienten eine optimale Versorgung zukommen zu lassen. Diese Sichtweise ist Bestandteil der zahnärztlichen Ausbildung und der zahnärztlichen Berufsordnung. Der Zahnarzt ist jedoch auch Mitglied eines übergeordneten Versorgungssystems und ist somit in seiner Berufsausübung ständig von den Veränderungen in diesem System betroffen. Die Vertragspartner im weiteren Sinne sind also nicht nur die Patienten, sondern über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auch die Krankenkassen. Alle Akteure sind jedoch gehalten, sich mit den Zielen einer übergeordneten Gesundheits- und Sozialpolitik auseinander zu setzen und deren Richtung mitzubestimmen. In den letzten Jahren wurden durch die verschiedenen Reform- und Strukturgesetze weitreichende Veränderungen durchgeführt und der Leistungskatalog drastisch reduziert. Diese Veränderungen sind teilweise auf die steigenden Kosten im Gesundheitswesen

zurückzuführen, teilweise jedoch auch auf einen Wandel in der Einstellung gegenüber den Aufgaben und Tätigkeiten des Zahnarztes.

Im internationalen Rahmen wurde ein Paradigmenwechsel verkündet, der den Erhalt der Gesundheit weit über die Kuration der Krankheit setzte und dies zur Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen machte. Weiterhin führten die Entwicklungen in der europäischen Union durch die Maastrichter und Amsterdamer Verträge zu einer gemeinsamen Priorität der Prävention, zu verbesserter Zusammenarbeit und gegenseitigem Austausch im gesundheitlichen Bereich. Durch umfangreiche Gesundheits surveys konnten die Daten zum Mundgesundheitszustand ermittelt werden und machten damit einen Vergleich der Mundgesundheit möglich. Die Gesundheitsziele der WHO/FDI konnten noch zu Beginn der neunziger Jahre in Deutschland nicht erreicht werden. Es bestand ein erhebliches Defizit der Mundgesundheit bei deutschen Kindern und Jugendlichen, das jedoch in den letzten Jahren erheblich verbessert werden konnte.

Die Gesundheitssystemforschung gab Einblicke in die Funktionsweisen anderer Systeme und die Gesundheitsökonomie lieferte Grundlagen zum Vergleich der Kosten und zahnmedizinischen Leistungen. Der Erfolg eines Gesundheitsversorgungssystems wird also heute immer mehr an internationalen und europäischen Vergleichszahlen gemessen und bewertet. Daraus ist erkennbar, dass der Zahnarzt in

seiner Berufsausübung weitgehend in die Ziele und Vorgaben der Gesundheitspolitik eingebunden ist. Da diese Ziele nicht mehr ausschließlich auf die Versorgung des einzelnen Patienten gerichtet sind, sondern auf die von Bevölkerungsgruppen (z. B. der Gesamtheit der Versicherten), müssen Strategien entwickelt werden, die jeden Einzelnen erreichen können, damit jeder sein Anrecht auf Versorgung geltend machen kann. Diese Aufgaben sind jedoch nicht allein durch zahnmedizinisches Fachwissen zu lösen, sondern hier sind Kenntnisse aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen erforderlich. Aus diesem Grund wurde an den Universitäten, nach anglo-amerikanischem Vorbild, eine Zusatzausbildung angeboten, die, auf einer Basisqualifikation aufbauend, relevante Kenntnisse aus den Bereichen Sozialwissenschaften, Wirtschaftswissenschaften, Statistik und Epidemiologie vermittelt.

Dental Public Health ist somit eine problem- und handlungsorientierte Versorgungsforschung, die über den medizinischen Rahmen hinaus versucht, Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung zu identifizieren und Lösungsmöglichkeiten im Rahmen des Gesundheitsversorgungssystems zu erarbeiten. Dental Public Health betrachtet die Aufgabe der Zahnmedizin aus der Vogelperspektive unter den Aspekten der Prävention und Gesundheitsförderung auf der einen Seite und dem Versorgungsaspekt (d. h. Planung, Steuerung und Evaluation von Gesundheitsdiensten) auf der anderen Seite. Zahnärztliche Versorgung wird also als ein

Element innerhalb des gesamten Gesundheitswesens betrachtet, das in Wechselwirkungen zu den weiteren Akteuren steht.

Während sich die zahnmedizinische Ausbildung vorwiegend auf den Gesundheits- und Krankheitszustand des einzelnen Patienten konzentriert, ist der Focus von Dental Public Health auf die Wirkungsweise des Zahnarztes im Hinblick auf die Versorgung von Bevölkerungsgruppen gerichtet. Die historische Entwicklung der zahnmedizinischen Profession ist hierbei besonders zu berücksichtigen, da Zahnärzte früher als einzelne

che Regelungen im Leistungskatalog durch die Selbstverwaltungsorgane KZVen und Krankenkassen festgelegt werden. Die Verantwortung des Zahnarztes in seiner kassenzahnärztlichen Tätigkeit gegenüber dem Versorgungssystem ist heute bewusster und schließt ein Abwägen über den Einsatz therapeutischer Medien unter Kosten-Nutzen Aspekten ein (Abb.1). Zusammenfassend können also die Ziele der zahnmedizinischen bevölkerungsbezogenen Versorgungspolitik so formuliert werden, dass durch eine Analyse der Mundgesundheit eine Verbesserung in allen Bevölkerungsschichten unter Berück-

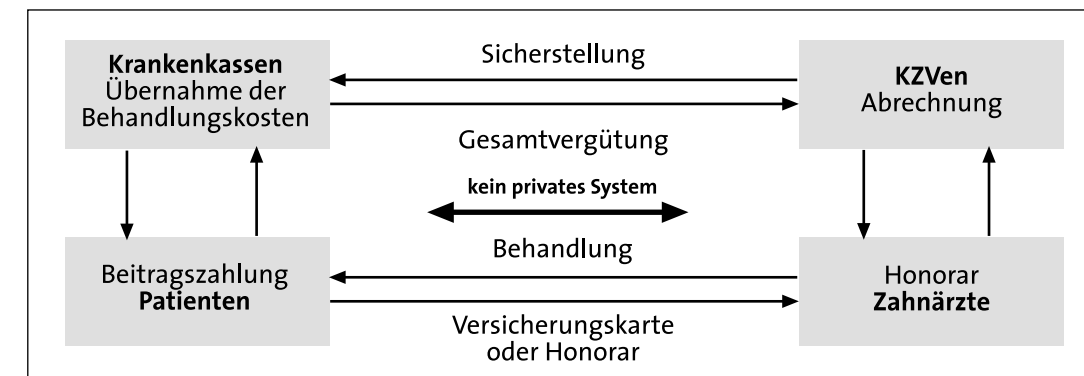


Abb.1

Leistungserbringer direkt mit dem Patienten die Behandlung vereinbart haben. Bevölkerungsrelevante Ansätze wie Prävention wurden in erster Linie durch die Gesundheitsämter wahrgenommen, eine ernsthafte Auseinandersetzung von Seiten der Zahnärzte war jedoch nicht im Spektrum der Aufgabenerfüllung. Durch die verstärkte Einbindung in das Sozialversicherungssystem ist diese Autonomie der Entscheidungen heute limitiert, da vertragli-

sichtigung der knappen Ressourcen erreicht werden soll. Dental Public Health ist dem allgemeinen Verständnis nach also eine Wissenschaft, die zum einen erkenntnisleitend Grundlagenforschung anstrebt, diese jedoch anwendungsorientiert auf gesundheitliche Probleme der Bevölkerung umsetzt. Da Public-Health-Forschung einen relativ starken Anwendungsbezug aufweist, wurde durch das *Committee for the Future of Public Health* (1988) ein Handlungsstrategie er-

arbeitet, wie gesundheitliche Probleme aufzugreifen sind. Die Zielformulierung für die gesundheitliche Versorgung und der Vergleich mit anderen Ländern ist dabei ein wesentlicher Anhaltspunkt zur Definition von langfristigen und mittelfristigen Aufgaben. Anhand des Regelkreises von Public Health (*Institute of Medicine* 1988) können die folgenden Handlungsschritte dargestellt werden (Abb.2).

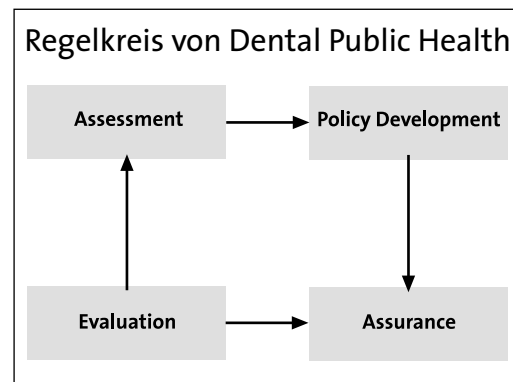


Abb.2

1. Assessment bedeutet die Erkennung und Erfassung von Problemen im Gesundheitssektor z. B. durch Epidemiologie. Epidemiologische Forschung kann aufzeigen, wie der aktuelle Gesundheitszustand in der Bevölkerung ist und welchen Anteil das Versorgungssystem daran hat. Assessment heißt ebenfalls eine Analyse des Systems unter den Aspekten der Gesundheitssystemforschung, der Sozialpolitik, der Bedarfs- und Inanspruchnahmeforschung, der Gesundheitsökonomie etc.

2. Policy Development ist die Planung und Entwicklung von Strategien zur Bewältigung gesundheitlicher Probleme. Ist eine

Verbesserung erforderlich, sollen Lösungen entwickelt werden, die neben der zahnmedizinischen Behandlung auch sozialwissenschaftliche und strukturelle Aspekte von Gesundheit berücksichtigen.

3. Assurance ist die Sicherstellung der Umsetzung dieser Strategien. Hierzu gehört auch die Planung zur Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen sowie eine Vernetzung der relevanten Akteure.

4. Evaluation bedeutet hier nicht „Kontrolle“, sondern soll die Ergebnisse dieser Maßnahmen bewerten, d. h. soll überprüfen, ob die formulierten Ziele erreicht wurden. Da es sich um einen Regelkreis handelt, werden die neuen Ziele aufgrund der erreichten Ergebnisse gesetzt.

Dental Public Health gibt also Handlungsanleitungen, die zu einer schrittweisen Lösung von Gesundheitsproblemen auf Bevölkerungsebene führen und im Sinne des Regelkreises sich selbst evaluierend auf neuem Niveau wieder beginnen.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Zahnheilkunde und Dental Public Health

Im Folgenden sollen noch einmal zur Verdeutlichung die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen dem individualmedizinischen und dem Dental Public Health-Ansatz aufgezeigt werden, die beide das Ziel einer Verbesserung der Mundgesundheit haben (Abb. 3).

Individualmedizinischer Ansatz	Dental Public Health-Ansatz
Gemeinsamkeiten	
Untersuchung der Mundgesundheit der Patienten (Befunderhebung)	Untersuchung der Mundgesundheit der Bevölkerung (Survey)
Anamnese, Diagnose Behandlungsplan Behandlung Bezahlung (GKV, PKV)	Analyse Planung von Präventionsprogrammen Durchführung präventiver Maßnahmen Projektmanagement, Finanzierung des Programms
Bewertung der Qualität Ergebnis: z. B. Patientenzufriedenheit	Evaluation des Programms, Ergebnis: Verbesserung der Mundgesundheit
Unterschiede	
= Verbesserung der Mundgesundheit der Patienten	= Verbesserung der Mundgesundheit in der Bevölkerung
Einsatz zahnmedizinischer Kenntnisse und Fähigkeiten	Interdisziplinärer Einsatz von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Planung und Durchführung von Programmen
Relativ homogene Patientengruppe	Minimierung der Probleme, um ein gutes Ergebnis zu erhalten
Maximale Bemühungen, ein gutes Ergebnis zu erreichen (nach BURT/EKLUND 1992)	

Abb.3

Dental Public Health erfordert über den Rahmen der Zahnheilkunde hinausgehend die Kenntnisse und Hilfe anderer Disziplinen, die bevölkerungsbezogene Interventionen effektiv und effizient ermöglichen. Zu den Voraussetzungen gehören deshalb Kenntnisse aus den Sozialwissenschaften, den Wirtschaftswissenschaften sowie der Statistik und Epidemiologie. Sie bilden die Bausteine für jede gesundheitsbezogene Intervention.

Die drei wesentlichen Bausteine von Dental Public Health

Baustein 1: Epidemiologie

Epidemiologische Erhebungen sind die Grundlage für Planung, Durchführung und Auswertung von Gesundheitssurveys und Interventionsprogrammen. In Zusammenarbeit mit den Sozialwissenschaften können sozio-dentale Indikatoren entwickelt werden, die sich nicht nur ausschließlich an den biomedizinischen Vorstellungen orientieren, sondern die Lebenssituationen und den Bedarf des Patienten mit einbeziehen.

Grundlage einer rationalen Gesundheitspolitik ist der Aufbau einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung, die eine Übersicht über den Mundgesundheitszustand und Entwicklungstendenzen vermittelt. Für die klinische Forschung sind Statistik, Epidemiologie sowie die empirische Sozialforschung ebenfalls Grundlagen, die vergleichende Untersuchungen über diagnostische und therapeutische Medien ermöglichen und somit über deren Wirksamkeit valide Aussagen treffen können. Auf dieser Basis kann in den folgenden Jahren eine auf Evidenz basierte Zahnheilkunde aufgebaut werden.

Baustein 2: Sozialwissenschaften

Die gesundheitsbezogenen Sozialwissenschaften haben durch umfangreiche Forschung die theoretischen Grundlagen für die Entwicklung wirksamer Interventionen erarbeitet. Die Medizinische Soziologie befasst sich u. a. mit Veränderungen in der Gesellschaft und den Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit von Individuen. Darunter fallen demographische Entwicklungen, Migrationsbewegungen und sozialer Wandel in den einzelnen Gesellschaftsschichten. Zentrale Probleme, wie die Entstehung ungleicher Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft, haben entsprechend den Gesundheitszielen der Weltgesundheitsorganisation hohe Priorität.

Die Gesundheitspsychologie entwickelte sich aus den Ansätzen der Sozialpsychologie, die den Menschen als soziales Wesen betrachtet und deshalb nach dem „sozialen

Einfluss“, d. h. dem Einfluss, den Menschen auf die Überzeugung und auf Verhaltensweisen anderer Menschen ausüben, fragt. Die Gesundheitspsychologie hingegen fragt nach dem Einfluss psychologischer Faktoren, die eine Aufrechterhaltung der Gesundheit ermöglichen, der Einsicht zu präventivem Verhalten von Individuen sowie dem Leben unter erschwerten Bedingungen, wie z. B. körperlicher Behinderung oder chronischer Erkrankung. Sie geht somit von einem positiven Ansatz des primär gesunden Menschen aus und von seinen persönlichen Ressourcen, die ihn befähigen, gesund zu bleiben. Beide Ansätze haben zur Entwicklung von grundlegenden Modellen zur Bewältigung von Gesundheits- und Krankheitsverhalten geführt.

Die Kommunikationswissenschaften fügen einen weiteren Ansatz der „sozialen Interaktion“ und den daraus resultierenden Möglichkeiten der Vermittlung von Inhalten unter funktionalen und emotionalen Aspekten hinzu. Die Sozialwissenschaften sind also für die Zahnmedizin ein eng verbundener Baustein in der Zusammenarbeit mit dem Patienten einerseits und der Planung von Interventionsprogrammen andererseits, damit die Botschaft zur Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit auch von den Gruppen angenommen werden, die besonders gefährdet sind.

Baustein 3: Wirtschaftswissenschaften

Die Gesundheitsökonomie ist ihrem Verständnis nach eine neue Wissenschaft, die sich mit Kosten im Gesundheitswesen beschäftigt, die mit der Erhaltung von Gesundheit und Bewältigung von Krankheit verbunden sind. Sie arbeitet mit adaptierten Modellen der Wirtschaftswissenschaften und hat die Zielsetzung, einen optimalen Einsatz der knappen (finanziellen und personellen) Ressourcen zu ermöglichen. Die Grundlage wirtschaftlichen Denkens und Handelns ist immer der Tatbestand der „knappen Güter“, so dass Mittel immer unter der Abwägung alternativer Verwendung eingesetzt werden müssen, da dieser Wert für andere Leistungen nicht mehr zur Verfügung steht. Die ökonomische Bewertung wird da eingesetzt, wo aus einer Reihe von zur Verfügung stehenden Maßnahmen diejenige herausgesucht werden soll, die bei gleicher Wirksamkeit und bei gleicher Qualität die wenigsten Ressourcen verbraucht. Methoden sind z. B. die Kosten-Nutzen/Nutzwert-Analyse etc. In diesem Zusammenhang ist ein Brückenschlag zur Epidemiologie erforderlich, da z. B. klinische Studien über die Qualität einer Intervention Auskunft geben können. Die Gesundheitsökonomie wird also als ein Instrument der Regelungs- und Steuerungsmaßnahmen der Gesundheitspolitik angesehen.

Die betriebswirtschaftlichen Aspekte sind für den Zahnarzt im Zusammenhang dieser Steuerungsmaßnahmen im Gesundheitssystem zu betrachten. Da das Gesundheitswesen per wirtschaftlicher Definition „knap-

pe Ressourcen“ zu verwalten hat, wurde als Steuerungselement die Budgetierung der Gesundheitsausgaben für definierte Zeiträume eingesetzt. Die Zahnarztpraxis wird unter gesundheitsökonomischen Aspekten als einzelwirtschaftliches Unternehmen bewertet, das seiner Intention nach auf Gewinnerzielung gerichtet ist. Das bedeutet jedoch für den Zahnarzt als Unternehmer, dass er zukünftig die Führung seiner Praxis an den wirtschaftlichen Vorgaben des Gesundheitssystems ausrichten muss. Er ist im eigenen Interesse verpflichtet, mit den vorhandenen Mitteln seine Arbeit mit dem Patienten durchzuführen. Langfristig müssen für diesen Konflikt zwischen einzelwirtschaftlicher Rationalität der Gewinnzielung, Anforderungen durch die Leistungskataloge der gesetzlichen Krankenversicherung und der Einordnung in ein Gesundheitssystem Modelle entwickelt werden, die allen Akteuren gerechter werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Dental Public Health nicht als ein politisches Instrument des Gesundheitssystems zu sehen ist, sondern dazu beitragen will, ein Werkzeug für die veränderten gesellschaftlichen Anforderungen an die zahnärztliche Berufe zur Verfügung zu stellen.

– Literatur bei der Verfasserin –

Richard Münchmeier

Alltag und Lebensmuster Jugendlicher haben sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert. In der Jugendtheorie spricht man vom „Strukturwandel“ der Jugendphase. Dieser Wandel lässt den „Traum“ einer einheitlichen jungen Generation zerfallen und lässt Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von jungen Menschen erneut aufbrechen. Dies hat Folgen für Einstellungen, Werthaltungen und Orientierungsmuster Jugendlicher. Und es hat Folgen für die Strategien der Gesundheitsprophylaxe, besonders bei Jugendlichen aus sozial schwächeren Milieus.

1. Strukturwandel der Jugendphase

Nach dem durchschnittlichen Alltagsverständnis wird die Sozialgruppe Jugend vor allem durch ihr Alter bestimmt. Jugend wird so als spezifische „Lebensaltersgruppe“ begriffen. Die Frage, wie das „Jugend-Alter“ von der Kindheit einerseits, vom Erwachsenenalter andererseits abzugrenzen sei, wann Jugend beginnt und in welchem Alter sie endet, wird dann zur Hauptfrage. Dabei wird freilich übergangen, dass Jugend zugleich ein Strukturmuster ist, eine gesellschaftlich entwickelte und ausgestaltete Lebensform, die den Zweck hat, bestimmte gesellschaftliche Erfordernisse und Funktionen zu gewährleisten. Was Jugend bedeutet – und zwar sowohl für die Gesellschaft als auch für die jungen Menschen selbst – wird weitaus stärker durch diese gesellschaftlichen Muster, durch die „Ver-

gesellschaftung“ der Jugendphase, bestimmt als durch das Lebensalter selbst. Wer Jugend verstehen will, muss deshalb von den gesellschaftlichen Strukturmerkmalen der Jugendphase ausgehen.

Die strukturellen Bedingungen der Jugendphase sind nichts Übergeschichtliches oder Statisches. Sie ändern sich mit dem Wandel der Gesellschaft. Die These vom „Strukturwandel“ der Jugendphase behauptet eine einschneidende Veränderung der Lebensbedingungen junger Menschen im Kontext des allgemeinen gesellschaftlichen Wandels, der einige der tragenden Bestimmungsmerkmale von Jugend hinfällig werden lässt oder verändert:

„In ihrer allgemeinsten Form besagt die These vom ‚Strukturwandel‘ der Jugend, dass sich gegenwärtig nicht nur einzelne Verhaltensweisen, Orientierungsmuster und Einstellungen der Jugendlichen wandeln, sondern dass innere Qualität, Zuschnitt und Aufgabenstruktur des Jugendalters, das, was Jugend historisch-gesellschaftlich war, sich in unseren Tagen auflöst, an sein Ende gekommen ist, d. h. dass die Kategorie Jugend selbst (nicht nur Verhaltensweisen der Jugendlichen) fragwürdig geworden ist und zur Disposition steht.“ (HORNSTEIN 1988, S. 71)

„Entstrukturierung“ (z. B. OLK 1985) bezeichnet gewissermaßen das „Resultat“ dieses Strukturwandels: Die einheitliche

kollektive Statuspassage Jugend zerfällt in plurale Verlaufsformen und Zeitstrukturen (relativ kurze Übergangsphase bei der Arbeiterjugend – relativ lange „postadoleszente“ Lebensformen bei der „Bildungsjugend“, Unterschiede zwischen Geschlechtern, Sozialräumen, Ethnien). Es entwickeln sich gleichsam mehrere „Jugenden“, die sich voneinander so stark unterscheiden, dass sie nicht mehr in einem Modell zusammengefasst werden können.

2. Einige Befunde der neueren Jugendforschung

Über aktuelle Einstellungen, Wertorientierungen und Verhaltensweisen junger Menschen gibt die neuere Jugendforschung ein relativ differenziertes Bild. Vor allem die Befunde der sog. *Shell* Jugendstudien erweisen sich hier als brauchbar, weil sie erlauben, Veränderungen im Zeitverlauf zu betrachten.

Die Ergebnisse der jüngsten *Shell* Jugendstudie (März 2000) lassen erkennen:

– Jugendliche blicken wieder deutlich zuversichtlicher in die Zukunft; allerdings gilt dies nur für jene mit besseren Ressourcen, höherer Bildung und vorteilhafterem familiärem Hintergrund. Dass man Jugend heute nicht als pessimistische, skeptische oder gar depressiv-verzagte Generation beschreiben kann, bestätigt sich auch dieses Mal wieder und verstärkt sich noch. Als Grundstimmung lässt sich eine deutlich gewachsene Zuversicht in Bezug auf die persönliche wie auch auf die gesellschaftliche Zukunft festhalten. Die Hälfte aller Jugendlichen beurteilt

ihre persönliche Zukunft „eher zuversichtlich“ (Abb. 1); bei der gesellschaftlichen Zukunft gilt das sogar für fast zwei Drittel (Abb. 2). Im Vergleich mit früheren *Shell* Jugendstudien bedeutet dies einen deut-

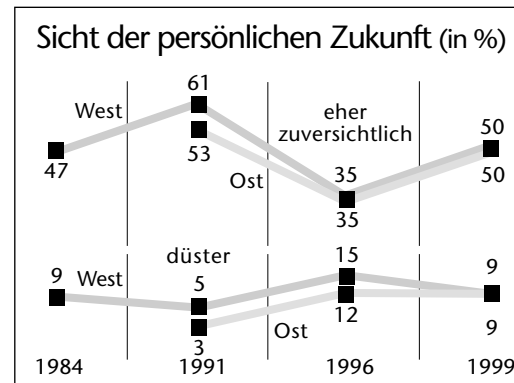


Abb.1 (Quelle: *Shell* Jugendstudie 2000)

lichen Anstieg. Die Entwicklung in den alten und neuen Bundesländern hat bei dieser Frage seit 1996 zu einem Gleichklang gefunden. Dennoch lässt sich nicht von einer jungen Generation „unbekümmert Optimisten“ sprechen. Jugendliche nehmen sehr deutlich die Herausforderungen der modernen Gesellschaft, in der sie leben, wahr, die Anstrengungen, die deren Meisterung erfordern, die Leistungsbereitschaft, die abverlangt wird, die Beharrlichkeit und Ausdauer, ohne die man die zuversichtlich gesetzten Ziele nicht erreichen kann. Zukunftszentriertheit und klare Lebensplanung gehen nicht mehr wie früher mit Sorgenfreiheit einher, vielmehr mit Anomie und Anstrengungen. Und deshalb gibt es wiederum große Unterschiede zwischen verschiedenen Untergruppen. Gut vorbereitet auf künftige Entwicklungen fühlen sich diejenigen, die

über gute Voraussetzungen (Bildung, Unterstützung durch die Eltern, klare Lebensplanung und Persönlichkeitsressourcen wie Selbstvertrauen) verfügen (Abb. 3). Entsprechend finden wir pessimistischere Einstellungen bei denen, die eher schlechtere Bedingungen haben. Hierzu gehören Gruppen ostdeutscher, aber auch ausländischer, besonders türkischer Jugendlicher.

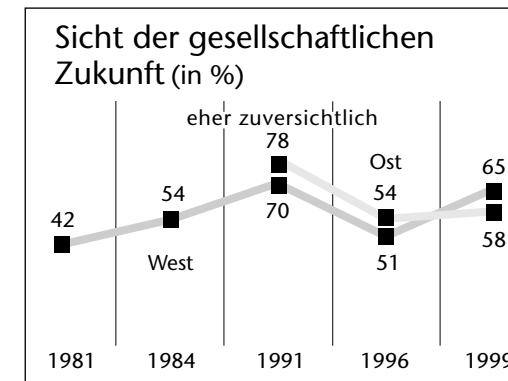


Abb.2 (Quelle: *Shell* Jugendstudie 2000)

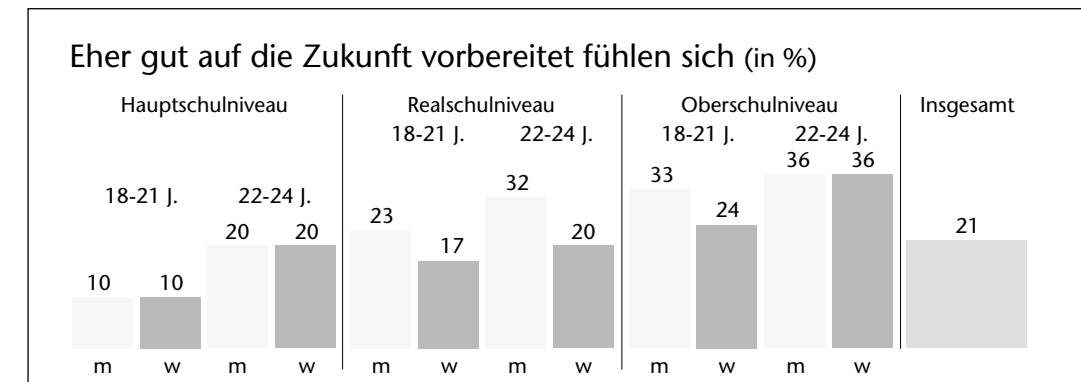


Abb.3 (Quelle: *Shell* Jugendstudie 2000)

– In der Zusammenschau spricht wenig für die manchmal zu hörende Unterstellung, die Jugendlichen wüssten angesichts von fort-dauernder Arbeitslosigkeit, von Flexibili-

sierung und Globalisierung sowie vom rasanten Wandel in allen Lebensbereichen nicht mehr aus noch ein. Eher im Gegenteil! Relativ zuversichtlich in die eigene Wirksamkeit versuchen sie, ihre Lebensperspektive vorzubereiten. Sie sind insgesamt weder verängstigt noch leichtsinnig unbekümmert, sondern entschlossen, die Herausforderungen (die sie „realistisch“ vor sich sehen) zu meistern. Allerdings ist diese mehrheitlich zielstrebige und realistische Zukunftsperspektive nicht immer frei von problematischen Aspekten. Eine fröhliche und selbstsicher-unbefangene Lösung dafür, wie Jugendliche heute ihre persönliche Zukunft im Hinblick auf den Wandel in allen Lebensbereichen angehen, haben wir nicht gefunden. Auch die Zuversicht enthält Irritationen, sie wirkt oft angestrengt und bemüht.

– Vor allem junge Menschen mit schlechterer Ausstattung für den Start ins Leben weisen eine kurze Perspektive in die eigene Zukunft auf; ihre Vorstellungen vom Leben

haben eine sehr kurze Reichweite. Im Durchschnitt erstreckt sich die Zukunftssicht bei ungefähr je einem Drittel nur bis zu 1 Jahr, auf 2 bis 4 Jahre, und nur ein Drittel weist längere Zukunftsreichweiten auf.

– Für den Umgang mit den Herausforderungen der Zukunft wie mit sich selbst sind die Vorstellungen über die eigene Wirksamkeit („Selbstwirksamkeitsüberzeugungen“) von ausschlaggebender Bedeutung; diese Vorstellungen sind bei ressourcenärmeren Jugendlichen weniger stark ausgeprägt. Entsprechend glauben sie weniger, die Zukunft durch das eigene Handeln beeinflussen zu können und sind stärker gegenwartsorientiert. Wer freilich nur geringe Überzeugungen hat, selbst wirksam sein und das Leben in die eigene Hand nehmen zu können, der reagiert tendenziell passiv auf Herausforderungen. Das betrifft auch die „Herausforderung“ gesunder Lebensführung und Hygiene. Umgekehrt wächst die Bereitschaft zu starker Gegenwartsorientierung („was kümmert mich die Zukunft – ich will heute Spaß haben“) und entsprechendem Risikoverhalten („risk behaviour“).

– Im Bereich Wertorientierungen spielen wiederum das Bildungsniveau und die Ressourcenausstattung eine dominante Rolle. Festzuhalten ist aber für alle Gruppen junger Menschen: Von einer Werterosion oder gar einem Werteverlust bei der jungen Generation kann nicht die Rede sein. Alle untersuchten Werte jedoch differenzieren in hohem Maß nach der Bildung der Jugendlichen. Diejenigen mit hohem forma-

lem Bildungsniveau stimmen in der Regel stärker mit den jeweiligen Werten überein. Menschlichkeit und Modernität sind Dimensionen, die in den alten Bundesländern eine größere Zustimmung erfahren. Attraktivität (und dabei insbesondere materieller Erfolg) sowie Authentizität und Autonomie stellen sich eher als ostdeutsche Orientierungen dar. Modernität (Teilhabe an Politik und technischem Fortschritt) ist innerhalb der Wertorientierungen als eine zentrale Dimension zu nennen. An ihr entscheidet sich Vieles in Bezug auf die eigene Zukunftsfähigkeit. Aber ein hohes Interesse für Technik bedeutet keineswegs zugleich eine „soziale Verarmung“. Im Gegenteil: Gerade Technik, Neue Medien, Internet können Bestandteil eines besonders aktiven, reichhaltigen und engagierten Soziallebens und Grundlage für aktive Freizeitgestaltung sein. Diejenigen, die viel und ausgiebig vor dem Fernseher sitzen, sind eben nicht identisch mit den Technikbegeisterten im genannten Sinn, sondern eher rückwärtsgewandt und mit geringeren Fähigkeiten zum Selbstmanagement. Gelebt wird mehr denn je ein „Sowohl-als-auch“ und nicht – wie die alten Werterziehungskonzepte intendierten – ein „Entweder-oder“. Dieser schon in der 12. Shell Jugendstudie anhand der konventionellen Werteskalen demonstrierte Befund erhärtete sich auch für unsere neu entwickelten Dimensionen. Als Beispiel sei erwähnt, dass Autonomie und Menschlichkeit hoch miteinander korrelieren, also sich nicht ausschließen. Die Abweichungen, die bei ausländischen Jugendlichen zu finden sind (insbesondere in den Dimensionen Autonomie und Authentizität sowie Selbst-

management), sind sicherlich auf ihre unterschiedliche Einbindung in kulturell andere Lebensformen, stärkere traditionelle Verhaltenserwartungen und eine gewisse Distanz zu den „modernen“ Subjektivierungen (die sich auch in der Formulierung der Skalenitems widerspiegeln) zurückzuführen.

– Bei der Ausprägung von Wertorientierungen spielen Bildungsniveau und Verhältnis zu den Eltern eine ausschlaggebende Rolle. Bei der Wertbildung ist die achtungsvolle,

ander verbinden lassen. Sie wollen überhaupt nicht einem Individualismus huldigen, der sich von diesen traditionellen Lebensformen freimacht und „jenseits von Beruf und Familie“ ein gegenwarts- und selbstbezogenes Leben propagiert (Abb. 4 und 5). Dieser erstaunliche Konservatismus scheint eine Folge von und Reaktion auf die wahrgenommene Schwierigkeit zu sein, diese Lebensbereiche zu realisieren und zu leben. Bei den deutschen Jugendlichen scheint die Orientierung an der Zentral-

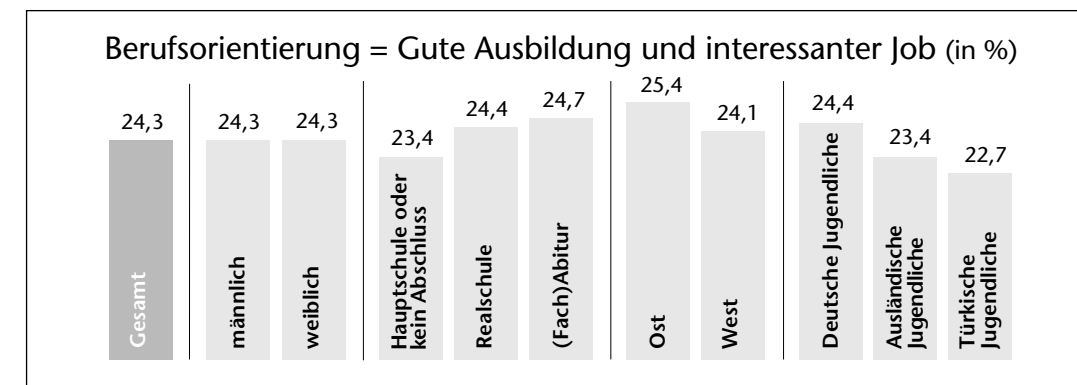


Abb.4 (Quelle: Shell Jugendstudie 2000)

emotionale Zuwendung, eine respektvolle Verbundenheit zwischen Eltern und Kindern sowie – vor allem – elterliches Zutrauen in das Kind und fordernde Erziehungshaltung entscheidend. Das zeigt sich besonders, wenn man nach Inhalten und Zielen der Zukunftsplanung fragt. Hier zeigt sich ein breiter Konsens in Richtung auf Beruf und noch mehr auf Familie. Für Jungen und Mädchen in Ost und West gilt: Ihre Anstrengungen konzentrieren sich auf diese beiden Lebensbereiche. Es gilt ihnen als sicher, dass sich Beruf und Familie mitein-

stellung der Familie für die eigene Lebensplanung losgelöst zu sein von irgendwelchen „materiellen“ Nutzenüberlegungen; so hat etwa die Form der „Versorgungsehe“ ausgespielt. Vielmehr wird die Familie als emotionaler Rückhalt, als Ort von Liebe, Verlässlichkeit, Treue, Häuslichkeit und Partnerschaft verstanden. Um dieses Ideal leben zu können, versucht man, möglichst gute Voraussetzungen und Ressourcen anzusammeln. Bei den ausländischen Jugendlichen, besonders bei türkischen, liegen die Dinge anders. Sie

kommen mit der eben genannten „Subjektivierung“ der Bedeutung von Familie nicht so gut zurecht; sie ist ihnen zu individualistisch, zu „gewollt“ und zu wenig „selbstverständlich“. Familie spielt für sie eine andere Rolle als unhinterfragte, gleichsam „objektive“ Lebensform. Den Eltern begegnen sie eher als Respekts- denn als Vertrauenspersonen.

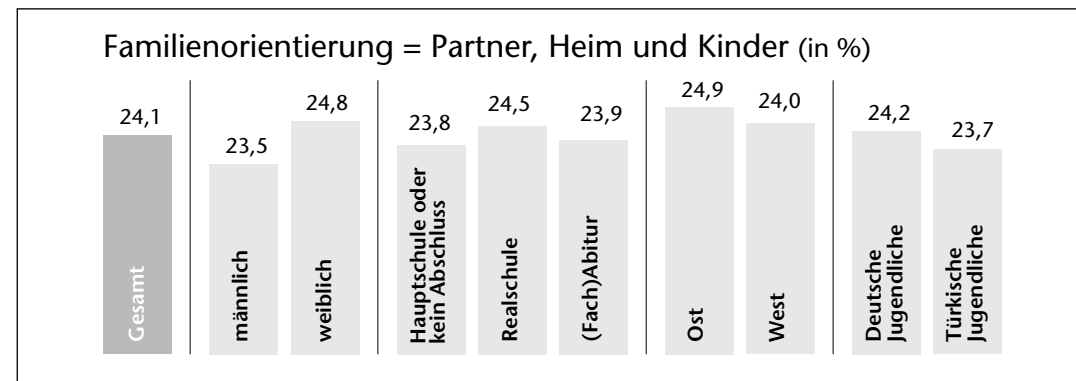


Abb.5 (Quelle: Shell Jugendstudie 2000)

– Für besser gestellte Jugendliche sind die Eltern (vor allem die Mutter) wichtige Bezugspersonen; für schlechter gestellte sind es vor allem die gleichaltrigen Freunde (peer-group). Von den deutschen Jugendlichen werden die Eltern sehr viel häufiger und deutlicher als früher als Vertrauenspersonen wahrgenommen. Sie sprechen in der Mehrzahl erheblich weniger von strenger Erziehung durch Vater und Mutter und wollen sehr viel öfter den selbst erfahrenen Erziehungsstil auch bei den eigenen Kindern fortsetzen (Abb. 6). Sie erleben mehrheitlich ihre Eltern als Partner, die sich viel Mühe geben, sie zu unterstützen und zu beraten – und dies auf längere Zeit als früher. Ihre Verselbständigung geschieht nicht im

Konflikt, sondern geradezu in Absprache mit den Eltern; bei ihren Ablösungsversuchen fühlen sie sich von ihnen unterstützt. Trotzdem haben wir hiervon abweichende, in manchen Aspekten auch problematische Verhältnisse gefunden bei der Unterschicht und bei manchen Gruppen unter den Ausländern. Elterliches „Zutrauen in das Kind“ (als Gegenteil von „ängstliche

Besorgtheit“) ist offenbar die wichtigste Dimension und Bedingung für eine gute Ausrüstung und Motivation, das Leben in die Hand zu nehmen und sich zuzutrauen, die Schwierigkeiten zu meistern. Viele Skalen und Variablen im Bereich Zukunftssicht, klare Lebensplanung, Autonomie/Kreativität/Konfliktfähigkeit, Menschlichkeit/Toleranz, Selbstmanagement hängen positiv mit dieser Dimension zusammen. Elterliches Zutrauen begünstigt jene Persönlichkeitsressourcen, die gute Voraussetzungen für eine gelingende Lebensbewältigung bieten. Die materielle Ausstattung (der „Lebensstandard“) der Familie scheint dagegen ziemlich nachrangig zu sein – zumindest in der Wahrnehmung der Jugendlichen.

3. Ansatzpunkte für wirksame Gesundheitserziehung

Alle diese Ergebnisse bestätigen die bisherigen praktischen Erfahrungen im Bereich Mundhygiene: Jugendliche mit schlechteren

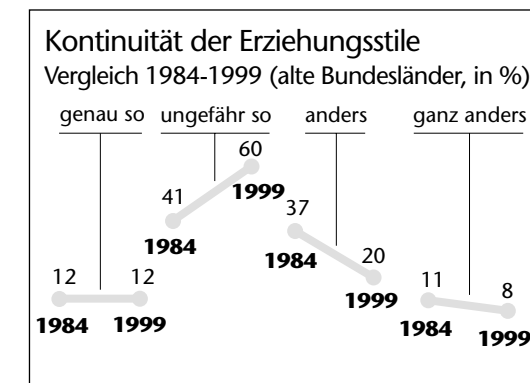


Abb.6 (Quelle: Shell Jugendstudie 2000)

Startvoraussetzungen sind durch Prophylaxe schlechter zu erreichen. Der allgemeine Grund hierfür liegt aus Sicht der Jugendforschung darin, dass deren Lebenslage Einstellungen wie Gegenwartsorientierung, Bereitschaft zum Risikoverhalten, weniger ausgeprägte Wertorientierungen, Indifferenz gegenüber Erziehungsratschlägen usw. begünstigt und damit Aufklärung weniger wirksam macht.

Wo gibt es dennoch Ansatzpunkte?

– Die Jugendlichen mit geringeren Bildungsvoraussetzungen sind im allgemeinen eher pragmatisch und kurzfristig orientiert. Eine wirkungsvolle „Didaktik“ der Gesundheitserziehung darf deshalb nicht kognitiv, sondern sollte möglichst „praktisch“ angelegt sein. In dieser Richtung gibt es bereits seit längerer Zeit Überlegungen. Präventions-

strategien, die argumentativ bzw. kognitiv-aufklärend ansetzen, gehen an den Bedürfnissen nach Events, Selbermachen, Wettbewerb, Spielen vorbei, die vor allem bei den schwer erreichbaren Risikogruppen virulent sind.

– Zu einer solchen praktischen Anlage gehört auch die Berücksichtigung der Gegenwartsorientierung: Zahnhygiene zahlt sich (nicht nur in der Zukunft, sondern) in der Gegenwart aus, z. B. durch Erhöhung der eigenen „Attraktivität“ (die bei diesen Jugendlichen ein wichtiger Wert ist). Eine Auswertung v. a. des umfangreichen qualitativen Interviewmaterials der letzten Shell Jugendstudie zeigt sehr deutlich, dass „Gesundheit“ als Thema zu isoliert wahrgenommen wird und zudem den Beigeschmack des „drohenden Zeigefingers“ und der medizinisch-pädagogischen „Belehrung“ hat, was vor allem von Jugendlichen mit geringerem Bildungsstand oder aus sozial schwächeren Milieus abgelehnt wird. Statt dessen scheint eine Kontextualisierung von Gesundheitsthemen auf den Bedeutungsebenen Attraktivität, Ausstrahlung, gutes Aussehen, Beliebtheit, erotisches Flair Erfolg versprechender.

– Die starke Orientierung an Gleichaltrigen kann vielleicht genutzt werden; ein Optimum wäre erreicht, wenn Zahnpflege eine Art „Gruppenstil“ und damit „in“ wäre. Jugendliche orientieren sich in ihrem Verhaltensstil heute sehr viel stärker als früher an den verschiedenen Jugendszenen. Das gilt besonders für ressourcen- und bildungsfernere Gruppen. So sein wollen wie alle

anderen Gleichaltrigen ist eine zentrale Orientierung. An ihr entscheidet sich das „Dazugehören“ oder „Herausfallen“, also die soziale Allokation und Integration zu einem wesentlichen Teil. Die Peergroup wirkt so gesehen eminent „stilbildend“. Wenn es gelänge, saubere Zähne bzw. Mundhygiene (z. B. den Gebrauch von Pflegemitteln als attraktive „Duftnote“, als „erotischen Mundgeruch“) als Gruppenstil in der Jugendszene zu etablieren, ließe sich ein hoch wirksamer Zugang zu entsprechenden Hygienemaßnahmen bahnen.

– Eltern sollten ermutigt werden, sowohl Zuwendung wie einen „fordernden Erziehungsstil“ zu praktizieren, um sowohl Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stärken wie Orientierungen vorgeben zu können. Ein solcher fordernder Stil würde auch die „Verantwortung für sich selbst“ einschließen. Er sollte nicht mit einem traditionellen autoritären, auf die Gehorsamsforderung abgestellten Erziehungskonzept verwechselt werden. Er würde vielmehr in die nämliche Richtung weisen, in der der globale Wandel der Sozialisationsweisen verläuft: Weg von dem Erziehungsziel „Gehorsam und Unterordnung“ hin zu „Selbständigkeit und freier Wille“. Die Erziehungsstile in Elternhaus und Schule haben sich, wie Untersuchungen übereinstimmend zeigen, in den letzten Jahren auffallend verändert. Während 1951 „Gehorsam und Unterordnung“ noch für 25 % der Bevölkerung ein wichtiges Erziehungsziel waren, galt dies 1983 nur noch für 9 %. Dagegen hat das Erziehungsziel „Selbständigkeit und freier Wille“ einen Anstieg der Zustimmung

von 28 % (1951) auf 49 % (1983) erfahren (Emnid, zit. nach ZINNECKER 1985, S.208). In einer repräsentativen DJI-Befragung von mehr als 10.000 Familien (1989) nannten 92 % „Selbstvertrauen“ und 84,2 % „Selbständigkeit“ als wichtigste Erziehungsorientierungen (ohne dass freilich die Orientierungen „Pflichtbewusstsein“ [73,3 %], „Fleiß“ [66,2 %] und „Gehorsam“ [55,4 %] aufgegeben worden wären). Von ähnlichen Veränderungen ist der Erziehungs- und Umgangsstil in der Schule gekennzeichnet. Auch dort hat die autoritäre Distanz zwischen Lehrer und Schüler abgenommen und ist eine „partnerschaftliche Umgangs-kultur“ entstanden (FEND 1988, S. 142 ff). Die Zielwerte „Ordnung und Disziplin“, „gute Umgangsformen“ und „Achtung“ haben auch in der Schule einen drastischen Bedeutungsverlust erfahren; „eigene Urteils-fähigkeit“, „persönliche Selbständigkeit“ und „Selbstbewusstsein“ dagegen eine drastische Aufwertung (MEULEMANN 1984). Eltern und Schule setzen also heute mehr auf Selbständigkeit und Eigenkompetenz als optimale Voraussetzungen für das Vorankommen in der Wettbewerbs- und Leistungsgesellschaft als auf Erziehung zur Bedürfnislosigkeit, Bescheidenheit, Ein- und Unterordnung (vgl. Abb. 7).

– Gerade im Bereich sozial schwächerer Milieus freilich „kippt“ dieser Orientierungswandel gelegentlich in eine Haltung des gleichgültigen „Laissez faire“. Danach bleibt es den Jugendlichen weit stärker selbst überlassen, zu tun oder zu lassen, was sie wollen. Wenn Eltern als „fordernde“ Partner Kinder in die Pflicht zur Selbstverantwortung

(gesundheitliche Verantwortung) nehmen und so wichtige Partner in der Gesundheitserziehung sein sollen, muss dieses „Umkippen“ verhindert werden. Es erscheint deshalb geraten, Gesundheitsprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen durch gezielte Elternarbeit zu ergänzen.

Generell freilich bestätigt sich die Grundeinsicht der weltweiten Gesundheits-erziehungsprogramme der WHO: Gesundheitspolitik – gerade im Prophylaxebe- reich – braucht zu ihrer Wirksamkeit die

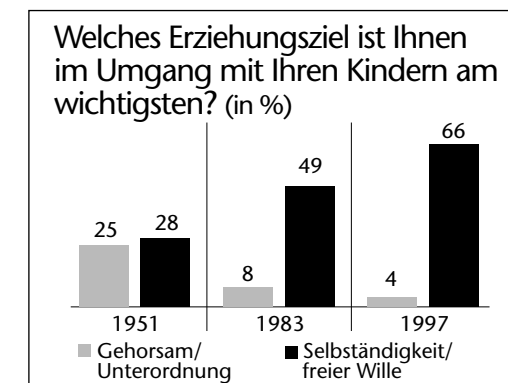


Abb.7 (Quelle: Shell Jugendstudie 2000)

Verschränkung mit Sozial- und Bildungs-politik; d. h. mit Anstrengungen zum Ab-bau von Benachteiligungen und Bildungs-defiziten.

Literatur

Fend, Helmut: Sozialgeschichte des Aufwachsens. Bedingungen des Aufwachsens und Jugendgestalten im zwanzigsten Jahrhundert. Frankfurt a.M. 1988

„Jugend '97“. Zukunftsperspektiven – Gesellschaftliches Engagement – Politische Orientierungen. 12. Shell-Jugendstudie, hrsg. vom Jugendwerk der Deutschen Shell. Opladen 1997

„Jugend 2000“. 13. Shell Jugendstudie, 2 Bände. Opladen 2000

Hornstein, Walter: Strukturwandel der Jugendphase in Deutschland. In: Ferchhoff, Wilfried/Olk, Thomas (Hrsg.): Jugend im internationalen Vergleich. Sozialhistorische und soziokulturelle Perspektiven. Weinheim 1988, S. 70 – 92

Meulemann, Heiner: Jugend als Lebensphase – Jugend als Wert. Über die Politisierung eines kulturgeschichtlichen Begriffs, am Beispiel der biographischen Selbstdefinition dreißigjähriger ehemaliger Gymnasiasten. In: ZfPäd 34, 1988, 1, S. 65 - 86

Olk, Thomas: Zur Entstrukturierung der Jugendphase. In: Heid, H./Klafki, W. (Hrsg.): Arbeit – Bildung – Arbeitslosigkeit. Beiträge zum 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft, 19. Beiheft der Zeitschrift für Pädagogik. Weinheim 1985, S. 290 - 307

Zinnecker, Jürgen: Kindheit, Erziehung, Familie. In: Jugendwerk der Deutschen Shell (Hrsg.): Jugendliche und Erwachsene '85, Bd. 3. Opladen 1985, S. 97 - 292

Elmar Reich

Die Karies bei Kindern und Jugendlichen zeigt in der Bundesrepublik in den vergangenen Jahren eine sehr positive Entwicklung. Die Kinder heute haben nur noch ungefähr 1/3 der kariösen Zähne im Vergleich zu den Kindern vor 10 Jahren. Die Veränderungen des Mundgesundheitszustandes bei Jugendlichen wurden in verschiedenen regionalen Studien und in 3 bundesweiten Studien untersucht. Die Ergebnisse der neuesten bundesweiten Untersuchung der Deutschen Mundgesundheitsstudie III (DMS III) aus den Jahren 1997 und 1998 werden im Folgenden dargestellt. Die Angaben bezüglich des Kariesbefalls werden nach dem DMFT-Index und den Vorgaben der Weltgesundheitsbehörde (WHO) präsentiert. Im Jahre 1989 wurde die erste Deutsche Mundgesundheitsstudie in den alten Bundesländern durchgeführt, nach der Wende 1992 die DMS II in den neuen Bundesländern. Um die Vergleichbarkeit der DMS III-Studie mit den älteren Studien gewährleisten zu können, wird dasselbe Untersuchungsschema wieder verwendet.

Karies bei 12-jährigen in Deutschland

Der Anteil naturgesunder Gebisse bei den 12-jährigen beträgt im Durchschnitt 41,8 %. Auffällig ist, dass in den alten Bundesländern mit 48,4 % fast die Hälfte der Zwölfjährigen keine Karies haben, während in den neuen Bundesländern nur 23,2 % ein naturgesundes Gebiss aufweisen. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht vorhan-

den. Je höher die Schulbildung der Eltern, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder naturgesunde Gebisse haben. Hier ist der Einfluss der Eltern eindeutig festzuhalten. Die Werte für die erkrankten, fehlenden und gefüllten Zähne (DMFT-Werte) zeigen, dass im Durchschnitt nur 1,7 erkrankte Zähne bei den Zwölfjährigen vorhanden sind. Damit wurde bei Zwölfjährigen in Deutschland schon im Jahr 1997 das Prophylaxeziel der WHO für Europa (weniger als 2 erkrankte Zähne DMFT < 2) erreicht (vgl. Abb. 1). Bei den Mädchen wurde mit 1,9 ein etwas höherer DMFT-Wert als bei den Jungen mit 1,6 gefunden. Auffällig war hier wiederum der ausgeprägte Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland. Der drastische Kariesrückgang in den letzten 10 Jahren (vgl. Abb. 2) belegt den Erfolg der kariesprophylaktischen Maßnahmen.

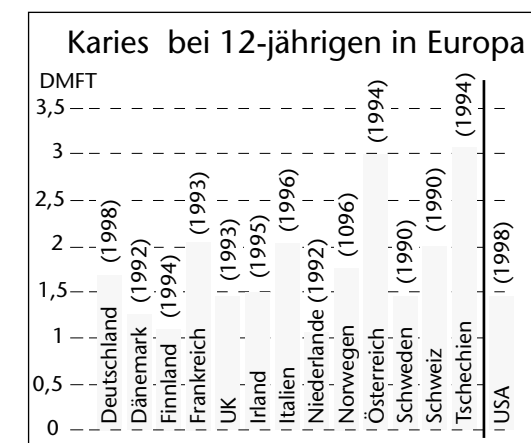


Abb.1 (Quelle: DMS III)

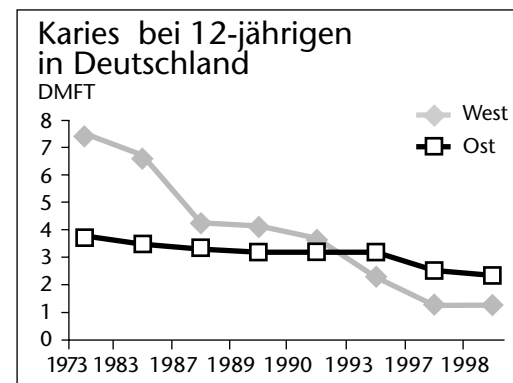


Abb.2 (Quelle: DMS III)

Während im Westen der Durchschnitt der erkrankten Zähne sogar bei nur 1,4 DMFT lag, betrug er im Osten 2,6 DMFT. Der Anteil kariöser Zähne ist im Durchschnitt mit 0,4 DT sehr gering. Fehlende und wegen Karies extrahierte Zähne sind heute sehr selten geworden (MT = 0,003). Dies zeigt, dass die Versorgungslage in der Bundesrepublik für die Jugendlichen sehr gut ist und dass die meisten Jugendlichen auch regelmäßig den Zahnarzt aufsuchen. Der Anteil gefüllter Zähne hat den höchsten Wert (1,3 FT) der Einzelkomponenten.

Da nach WHO-Schema nur die große, bis ins Dentin reichende Karies erfasst wird, haben wir für unsere Untersuchung zusätzlich Initialläsionen klinisch befundet, die noch auf den Schmelz beschränkt sind und präventiv anzugehen sind. Diese Vorstadien einer Dentinkaries sind naturgemäß häufiger, müssen aber bei guter Kariesprophylaxe nicht zur Kavitätenbildung voranschreiten. Im Mittel wiesen 3 Zähne Initialläsionen auf (D 2), wobei im Westen mit 2,7 die Anzahl geringer war als im Osten mit 3,6.

Polarisierung des Kariesbefalls

Die oben vorgestellten Werte stellen Mittelwerte über alle untersuchten Kinder dar. Die Karies ist jedoch nicht gleichmäßig verteilt, sondern abhängig vom Kariesrisiko der Person bei Kindern und Erwachsenen sehr ungleichmäßig verteilt. Bei den 12-jährigen hatten 21,5 % der Untersuchten 61,2 % aller DMF-Zähne. Noch deutlicher wird diese Verschiebung bei der Anzahl kariöser, also sanierungsbedürftiger Zähne. 19,4 % der Jugendlichen haben 100 % der zu sanierenden Zähne. Die große Mehrzahl von gut 80 % der Jugendlichen besitzt keinen einzigen kariösen Zahn. Diese soziale Komponente, welche starken Einfluss auf das Verhalten und den Kariesbefall der Jugendlichen zeigt, soll im Folgenden näher dargestellt werden.

Kariesbefall und Sozialstruktur

Wie schon erwähnt, haben die Schulbildung und der Sozialstatus der Eltern einen deutlichen Einfluss auf den Kariesbefall der Kinder. Je besser die Schulbildung der Eltern, desto weniger Karies weisen die Kinder auf. Ganz eindeutige Beziehungen zwischen Schule der Kinder und Kariesbefall waren ebenfalls feststellbar. So vergrößerte sich der Anteil kariesfreier Kinder von nur 28 % in der Sonderschule über 35,9 % in der Hauptschule bis auf 54,2 % in Gymnasien (vgl. Abb. 3).

Auch das Mundhygieneverhalten der Kinder korreliert eindeutig mit der Anzahl kariöser Zähne. Die Kinder, die zweimal täglich oder mehr die Zähne putzen, hatten wesentlich weniger kariöse Zähne als die Kinder, die

einmal oder seltener die Zähne putzen. Die Anzahl der täglichen Zwischenmahlzeiten zeigte jedoch in dieser Untersuchung keine eindeutigen Auswirkungen auf den Kariesbefall.

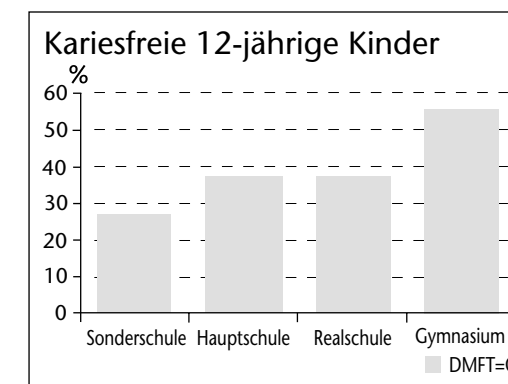


Abb.3 (Quelle: DMS III)

Präziser noch als die Selbsteinschätzung des Verhaltens durch die Kinder waren die Untersuchungen des Plaque-Index und des Papillen-Blutungs-Index durch die Zahnärzte. Höchstsignifikante Korrelationen waren zwischen den Mittelwerten für den Plaque-Index und dem Papillen-Blutungs-Index sowie dem Kariesbefall vorhanden. Die niedrigsten Werte für die vorhandene Plaque oder Blutungen (PBI) waren bei Kindern ohne Karies zu verzeichnen. Dies zeigt, dass die mechanische Zahnreinigung, verbunden mit der Applikation von Fluoriden in der Zahnpaste die kariesauslösende Plaque von der Zahnoberfläche entfernt, verhindert, dass eine Gingivitis entsteht und eben auch das Kariesrisiko reduziert.

Inanspruchnahmeverhalten

Jugendliche, die regelmäßig zu Kontrollen zum Zahnarzt gehen, haben einen geringeren Kariesbefall (2,4 DMFT) im Vergleich zu denjenigen, die nur bei Beschwerden zum Zahnarzt gehen (3,0 DMFT).

Fissurenversiegelung und Karies

Seit 1992 werden Fissurenversiegelungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt. Dabei werden die Fissuren der Molaren, die besonders kariesanfällig sind, mit adhäsiven Materialien verschlossen. Erstmals für Deutschland wurde der Kariesbefall bei Kindern mit und ohne Fissurenversiegelungen untersucht. Ungefähr die Hälfte (52,9 %) der 12-jährigen hatte mindestens eine versiegelte Fissur. Im Durchschnitt wurden bei den Jugendlichen aus den alten Bundesländern öfter 4 oder mehr Zähne fissurenversiegelt (im Durchschnitt 2,0) gegenüber den Kindern in den neuen Bundesländern (im Durchschnitt 1,7 Zähne mit Fissurenversiegelung).

Der Kariesbefall der Kinder mit Versiegelungen war signifikant geringer als bei den Kindern ohne Versiegelung. Der DMFT-Wert betrug bei Jugendlichen mit Versiegelung 1,3, wobei dieser Wert bei den 12-jährigen im Westen DMFT 1,0 war, im Osten hingegen DMFT 2,0 betrug. Der DMFT-Wert für Jugendliche ohne Fissurenversiegelung betrug im Durchschnitt 2,2. Im Westen betrug der DMFT 1,9, im Osten 3,1.

Besonders bemerkenswert ist, dass der Einfluss der Fissurenversiegelung auf die Kariesreduktion unabhängig von der sozia-

len Schichtzugehörigkeit nachweisbar war. Auch ein weniger ausgeprägtes Mundhygieneverhalten konnte den präventiven Effekt der Fissurenversiegelung nicht nachteilig beeinflussen. Die Unterschiede im Kariesbefall zwischen Kindern mit schlechter Mundhygiene und ohne Versiegelung (3,3 DMFT zu 1,2 DMFT mit Versiegelung) war ausgeprägter als bei solchen mit guter Mundhygiene (ohne Versiegelung 2,0 DMFT, mit Versiegelung 1,4 DMFT).

Kariesentwicklung in Deutschland

Früher durchgeführte Studien in Deutschland belegten für die 80-er und beginnenden 90-er Jahre DMFT-Werte für die 12-jährigen, die oberhalb 3 DMFT lagen. Der Kariesrückgang in den 90-er Jahren war sehr ausgeprägt, was sich auch an einer Verbesserung des Sanierungsgrades bei den Jugendlichen niedergeschlagen hat. Die heute vorhandenen Werte von im Mittel 1,7 DMFT für die 12-jährigen belegen den Effekt der unterschiedlichen Prophylaxemaßnahmen sowohl in der Praxis als auch zu Hause.

Wie in allen Ländern ist das größte Problem für die Kariesprophylaxe auch heute noch die Reduktion der Karies bei der kleinen

Gruppe von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko. Diese Gruppe, die etwa 25 % jeder Altersklasse ausmacht, braucht eine besonders intensive Betreuung. Dem stehen aber ungünstige Voraussetzungen gegenüber, wie geringes Interesse, weniger Bereitschaft zu regelmäßigen Kontrolle und Prävention und ungünstiges Verhalten, was Zahnpflegegewohnheiten und Ernährung anlangt.

Risikofaktoren, die bei den Jugendlichen mit DMFT-Werten über 2 zu einer Erhöhung des Kariesbefalls geführt haben, waren in absteigender Reihenfolge unversorgte Karies, keine Versiegelungen, Herkunft aus den neuen Bundesländern, hohe PPI-Werte, Herkunft aus Arbeiterfamilien, hohe Plaque-Index-Werte, Mutter ganztätig berufstätig. Hier muss die Prophylaxe in Zukunft verstärkt ansetzen, um auch die Gruppe der Kinder mit erhöhtem Kariesbefall besser betreuen zu können.

Internationaler Vergleich des Kariesbefalls bei Jugendlichen

Die 12-jährigen in Deutschland haben heute mit 1,7 DMFT einen mit alten „Prophylaxenationen“ vergleichbaren Kariesbefall (vgl. Tabelle).

– Literatur beim Verfasser –

Durchschnittlicher Kariesbefall bei 12-jährigen

Land	DMFT	Land	DMFT
Deutschland (1998)	1,7	Frankreich (1993)	2,1
Dänemark (1992)	1,3	Italien (1996)	2,1
Finnland (1994)	1,2	Russland (1991)	3,5
Schweiz (1989)	2,0	Belgien (1991)	2,7
Norwegen (1996)	1,8		

Michael Schäfer

Die Bemühungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Gruppenprophylaxe bzw. in der Kinder- und Jugendzahngesundheit werden aktuell durch die Bundes- und Landesgesetzgebung mit ihren Ausführungsbestimmungen sowie Verordnungen und Runderlassen geprägt. Was zeichnet den öffentlichen Gesundheitsdienst dadurch in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Kariesrisiko aus?

Dazu ein kurzer historischer Exkurs:

Betrachtet man ausschnitthaft die Entwicklung, die zu dem heutigen Erscheinungsbild des öffentlichen (zahnärztlichen) Gesundheitsdienstes führte, wird man im 19. Jahrhundert die Gesundheitsfürsorge als Praxis der Sozialhygiene herausfiltern, die auf zwei unterschiedliche Gruppen fokussiert war: zum einen auf diejenigen, die durch Alter, soziale Lage oder Berufstätigkeit einer besonderen gesundheitlichen Gefährdung ausgesetzt waren. Dies galt besonders für Mütter und Kinder. Zum anderen richtete sich die Gesundheitsfürsorge auf diejenigen, die durch eine Krankheit sich und ihre Mitmenschen gefährdeten, z. B. Tuberkulose oder Geschlechtskranke (GOTTSTEIN 1907).

Insbesondere in Düsseldorf wurde das Modell einer **zugehenden Gesundheitsfürsorge** entwickelt, die von sich aus die gesundheitlich Gefährdeten aufsuchte. Dieses Modell der zugehenden Fürsorge war Teil einer allgemeinen Strategie, mit der

gesellschaftliche Randgruppen durch gezielte Hilfsangebote in angemessene Verhaltensweisen hineingezogen werden sollten (SACHSSE/TENNSTEDT 1986).

Als Interventionsformen der Gesundheitsfürsorge bildeten sich nach und nach die dauernde ärztliche Beobachtung gesundheitsgefährdeter/-gefährdender Bevölkerungsgruppen, die frühzeitige Feststellung von Krankheitsanlagen und Krankheitsanfängen und schließlich Aufklärung, Beratung und Erziehung heraus. Es bestehen damit zwischen der gruppengerichteten und der individuellen Gesundheitsberatung fundamentale Unterschiede: Zwar wird die gruppengerichtete Gesundheitsaufklärung und -beratung auch immer dem einzelnen Individuum zuteil; allerdings wird dieses Individuum über eine Gruppe definiert und kommt durch öffentlich festgelegte Interventionszeitpunkte und -formen in den Genuss der ärztlichen Leistung. Bei der individuellen Gesundheitsberatung hingegen sucht der einzelne Patient als Ratsuchender von sich aus den Arzt auf.

Eine öffentlich organisierte Gesundheits-erziehung erreicht damit auch diejenigen Gruppen, die von sich aus entsprechende Ratgeber nicht aufsuchen würden. Diesen Unterschied in der Art der Intervention öffentlicher und individueller Gesundheits-erziehung gilt es heute in der Diskussion um die Subsidiarität öffentlicher Leistungen unbedingt zu beachten (LABISCH 1998).

Gleichwohl sind alle an der zahnärztlichen Prävention Beteiligten, ob individuen- oder gruppenbezogen, aufgerufen, kooperativ und ungebremst ihre Bemühungen um die Zahngesundheit vor allem der Kinder und Jugendlichen und insbesondere der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko fortzusetzen. Denn die spezifischen Problemlagen in Großstädten bedürfen gemeinsamer Anstrengung, wie wir später sehen werden.

Das Ziel der 1986 gegründeten **Aktion Zahngesundheit**, einem Zusammenschluss der ortsansässigen Krankenkassen mit den niedergelassenen Zahnärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst, war und ist die Verbesserung der Mundgesundheit.

Dazu werden neben den o. g. gesetzlichen Grundlagen, die nicht ohne Beeinflussung durch die historische Entwicklung ihre heutige Ausprägung besitzen, zahnmedizinische Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung sowie Public-Health-Aspekte berücksichtigt.

Public Health als eine problem- und handlungsorientierte Versorgungsforschung soll nach dem *Committee for the Study of the Future of Public Health* (1988) folgende Funktionen erfüllen:

- die gesundheitswissenschaftliche Analyse und Bewertung von Gesundheitsproblemen (*Assessment*)
- die Entwicklung von gesundheitspolitischen Lösungen für die gesundheitswis-

senschaftlich aufbereiteten Probleme (*Policy Development*)

- die Sicherstellung, dass Lösungen in die Praxis umgesetzt werden (*Assurance*)
- die Evaluation, ob die gefundenen und letztendlich verwirklichten Lösungen wirken, aber auch unerwünschte Nebenwirkungen zeigen (*Evaluation*)

Die Grundlage bildet eine aussagekräftige Gesundheitsberichterstattung, die auf realistische Problemlösungen angelegt ist. Es müssen Interventionsprogramme entwickelt werden, die im Sinne von primärer Prävention orale Erkrankungen verhindern und im Sinne der sekundären Prävention einer Früherkennung dienen.

Für die Zahnmedizin gibt es eine große Zahl von Maßnahmen in den Bereichen Fluoridzufuhr, Mundhygiene und Ernährungslenkung, deren Wirksamkeit belegt und deren Umsetzung vielfach praktisch erprobt ist. Allerdings konnte die Wirksamkeit nur selten, wie beispielsweise bei der Trinkwasserfluoridierung, im kommunalen Maßstab unter Beweis gestellt werden (KÄLLESTAL et al. 1999).

Um es erneut zu betonen: Unter der Zielvorgabe „Kooperation statt Konkurrenz“ können und sollten kooperative Organisations- und Finanzierungsmodelle Vorbildcharakter haben.

Denn Gesundheitsförderung und Prävention sind Aufgaben, die nur durch gemein-

same Anstrengung auf organisatorischer und finanzieller Ebene von allen Beteiligten zu bewerkstelligen sind.

Dabei bietet die Zahnmedizin die günstige Situation, Ziele in operationalisierter und quantifizierter Form vorgeben zu können:

WHO-Forderungen 1997

- **50% der Sechsjährigen sollten bis zum Jahr 2000 kariesfrei sein.**
- **Der DMFT bei Zwölfjährigen soll < 2 sein (Europa).**

Vom Ansatz zum Einsatz

Mundhygieneunterweisungen und das Thema Ernährungsverhalten wurden bereits seit 1981 auf einer konzeptuellen Grundlage mit jeweils einer Unterrichtsstunde pro Klasse in den Grundschulen unterrichtet.

Seit 1987 existiert ein heute flächendeckendes Kindergartenbetreuungsprogramm. Das Grundprinzip der Aktion Zahngesundheit für den Kindergartenbereich ist die viermalige Kontaktaufnahme je Kindergarten-Gruppe im Jahr, um Ernährungsverhalten zu klären, Mundhygiene mittels Zahnputzen und fluoridierter Zahncreme zu üben und einen regelmäßigen Zahnarztbesuch anzuregen. Im Schulbereich wird für jede Klasse jährlich ein Angebot von 3 Unterrichtsstunden bereit gehalten.

Es soll eine gemeindeorientierte Gesundheitsförderung mit den Kindern geleistet werden, die am sozialen Modell von Gesundheit ansetzt (HODGE et al. 1982).

Das soziale Modell von Gesundheit will die Augen öffnen, Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen geben, um gemeinschaftlich gesundheitsförderliche Umwelt- und Lebensbedingungen zu schaffen.

Das Modell versucht, alternative Strategien anzubieten. Dazu dienen neben dem Vorgespräch in der Einrichtung der Elternabend und die Etablierung einer Ernährungsberaterin, die Ansprechpartnerin für alle Erzieherinnen ist.

Durch den intensiven und kooperativen Kontakt der Prophylaxeberaterinnen (Erstberuf: Erzieherinnen) mit den Erzieherinnen in den Kindertagesstätten wird folgender Vorteil genutzt: Zahnpflege- und Ernährungsgewohnheiten werden von sozialen und pädagogischen Variablen beeinflusst. Dabei sind die primäre und sekundäre Sozialisation in Elternhaus und Kindergarten herausragend (FRAZIER 1978), in denen Kindern durch Interaktion Wissen, Werte und Gewohnheiten mitgegeben werden.

Kleine Kinder ahmen das Zahnputzverhalten ihrer ersten Bezugsperson nach (RAYNER/COHEN 1971; BLINKHORN 1976). Zähne putzen gehört zur täglichen Körperpflege dazu und sollte Teil der allgemeinen Gesundheitserziehung sein (SHEIMAN 1983).

Zahngesundheitserziehung sollte in Kooperation mit der grundlegenden Gesundheitserziehung in existierende Gruppenzusammenhänge integriert werden,

wichtige Bezugspersonen einbeziehen (BANDURA 1977), sekundäre „Belohnungen“ versprechen (wie z. B. gut aussehen, attraktiv sein, Anerkennung finden) und so lange stattfinden, bis das gewünschte Verhalten zur alltäglichen Routine gehört, zur sozialen Norm geworden ist (KIYAK/MULLIGAN 1986).

Wir verfolgen damit den auf das Gemeinwesen ausgerichteten Ansatz der „Health promotion“. Den Leitgedanken dieses Ansatzes stellen praktische Präventionsbemühungen dar, die auf die Stärkung persönlicher Kompetenzen abzielen und im Blick die Förderung von Gesundheit im Sinne persönlicher Lebensqualität haben.

Die Evaluation des Programms erfolgt auf der Ergebnisebene anhand der erzielten Kariesreduktion und theoretischer Überlegungen zu eingesparten Behandlungskosten. Während das spezifische Ziel nach WHO-Vorgaben festgelegt ist, soll als unspezifisches Ziel der Aktion Zahngesundheit die häusliche Mundhygiene der Kinder durch einen Ausgleich des Fähigkeits- und Durchführungsdefizits verbessert werden.

Von 1986 bis 1996 konnte der Anteil der naturgesunden Gebisse im Kindergarten von 42 % auf 64,4 % gesteigert werden und liegt 1999 bei 71,6 % (Abb.1). So liegt 1999 altersklassenspezifisch der Anteil naturgesunder Gebisse bei 6-jährigen mit 58,8 % deutlich über dem von der WHO angestrebten Ziel. Der dmft-Wert für Milchzähne sank in den Jahren 1988 bis 1999 von 3,7 auf 1,8 für 6-jährige.

Die entscheidende Frage in Bezug auf die Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko ist jedoch: Auf welcher Grundlage können unter kommunalen Gesichtspunkten bevölkerungsweit Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko in Kindergärten und Schulen identifiziert und quantifiziert werden? Denn in deutschen Großstädten wird seit Jahren eine „Polarisierung der Sozialstruktur“ beobachtet. Es existieren Wanderungsbewegungen aus der Stadt heraus und immer wieder bleiben Stadtteile mit hohen sozialen Problemlasten zurück.

Was konnte zusätzlich erreicht werden?

Auf der Basis des jährlichen Screenings wurden ab 1993 Kindertagesstätten herausgefiltert, in denen der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen erheblich unter 50 % lag. Diese Erkenntnis konnte gewonnen werden, nachdem mittels EDV eine Befunderhebung dokumentiert und einrichtungsbezogen statistisch ausgewertet werden konnte.

Screening bedeutet hier eine Untersuchung großer Bevölkerungsgruppen mit relativ einfachen Methoden, welche die Entdeckung von Personen erlaubt, die eine bestimmte Erkrankung haben, ohne davon zu wissen und ohne für sie bemerkbar charakteristische Symptome zu zeigen (SIEGRIST 1995).

In den entsprechenden Einrichtungen wurde dann nach Einverständniserklärung der Eltern eine im Wochenrhythmus ablaufende Fluoridgeleinbürstung durch die Erzieher-

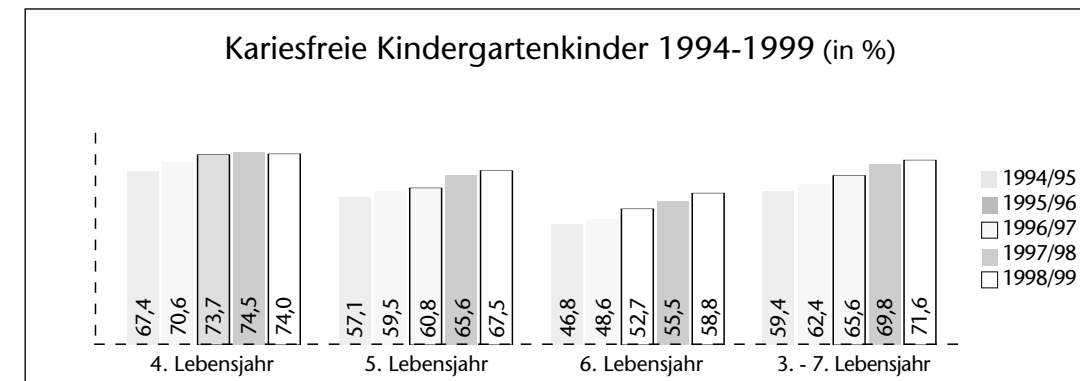


Abb.1 (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf)

innen der Kindertagesstätte begonnen. Die Zahl der daran teilnehmenden Kindergärten erhöhte sich bis 1999 auf insgesamt 51.

1995 nahmen 27 Einrichtungen teil. Hier lag der Anteil naturgesunder Gebisse im statistischen Mittel bei 43 %, der dft-Wert betrug 2,9. 1998 lag bei 51 mit Gel betreuten Kindergärten der Anteil naturgesunder Gebisse bei 55 % im Mittel, der dft-Wert sank auf 2,5.

Mit den neuen Empfehlungen der DGZMK zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden wurde die Geleinbürstung beendet. Nunmehr wird mit einer fluoridhaltigen Kinderzahnpaste (maximal 500 ppm Fluorid) täglich in diesen Kindergärten geputzt.

Eine spezifische Problemlage hinsichtlich Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko ergibt sich bei Großstädten wie Düsseldorf aus dem prozentualen Zuwachs an ausländischen Kindern an der Gesamtzahl der Kinder. So beträgt der Anteil ausländischer Kinder in der Altersklasse der Grundschüler

(6-10 Jahre) mittlerweile 23 % und wird bald 25 % überschritten haben. Dass Kinder ausländischer Herkunft eine erhebliche Krankheitslast tragen, wird aus der Schuleingangsuntersuchung deutlich (Abb.2).

Auf Grund dieser Ergebnisse bei Einschülern wurde darüber hinaus 1996 nach der Untersuchung von nahezu 90 % der Grund- und Sonderschulen eine Rangfolge der Schulen nach den Prozentanteilen kariesfreier (bezogen auf bleibende Zähne) Kinder vorgenommen. Auch war eine Abfolge nach der Höhe des dt-Wertes möglich.

Zusätzlich wurde für einen Teil der Schulen, deren Schüler hohe Kariesraten aufwiesen, eine Übertragung in Sozialräume durchgeführt. Die Sozialräume werden dabei nach folgenden Strukturmerkmalen beschrieben:

- Sozioökonomische Situation der Bevölkerung (Einkommen, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug)
- Wohnsituation/Bebauungsstruktur (zum Abriss vorgesehen, familiengerechte

Wohnungen, preiswerte Schlichtwoh-
nungen etc.)

den je Klasse im Jahr unvermindert weiter.
Zusätzlich erfolgte vor der Touchierung eine

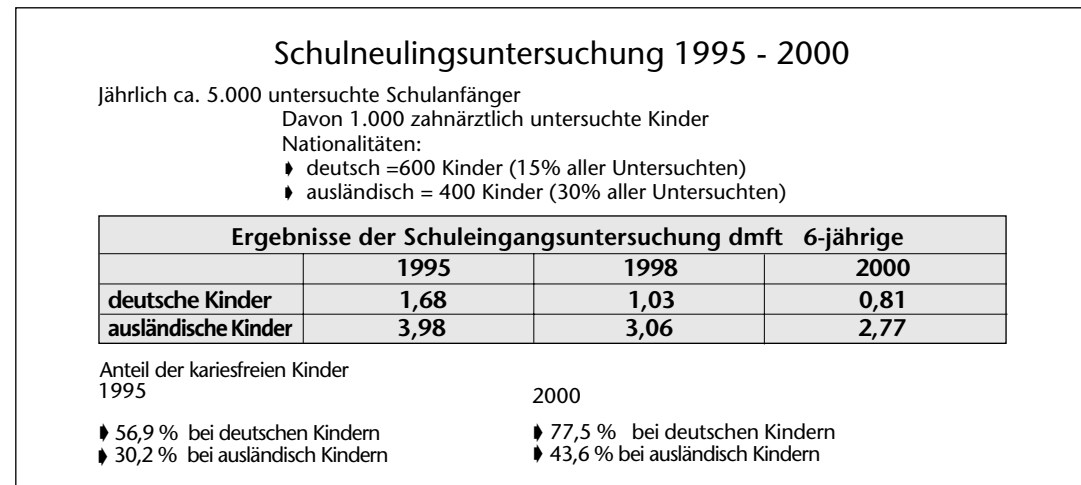


Abb.2 (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf)

- Familienstrukturen (Alleinerziehende, kinderreiche Familien, ausländische Familien)
- Genutzte Angebote des allgemeinen Sozialdienstes (Altenhilfe, Erziehungsberatung, Jugendhilfe)
- Bildungssituation der Bevölkerung
- Soziale Brennpunkte (Obdachlosenbereich/Flüchtlingsunterkünfte)

Die Verknüpfung dieser Daten belegte, dass in den Schulen mit den höchsten Karieswerten v. a. viele ausländische Kinder (bis zu 80 % in einzelnen Klassen) und Kinder mit Sozialhilfebezug unterrichtet werden. Zum Schuljahr 1996/97 begannen in 7 Grundschulen und 1 Sonderschule eine intensivierte Betreuung mit einer zweimaligen Fluoridlacktouchierung im Jahr. Die Basisprophylaxe lief mit 3 Unterrichtsstun-

erneute Mundhygieneunterweisung inklusive des abschließenden Zähneputzens. Die Indices vor der Lackapplikation sahen folgendermaßen aus (Abb.3):

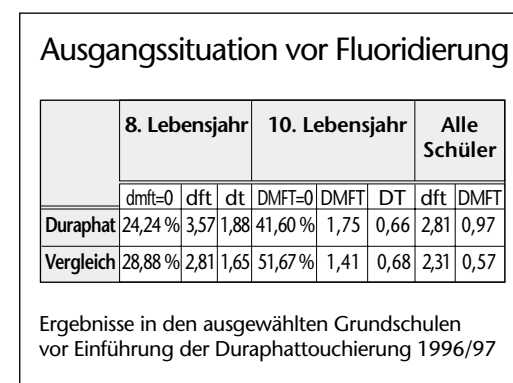


Abb.3 (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf)

An der ersten Fluoridierung nahmen je Halbjahr über 1.100 Kinder teil. 1999 erfolgte bei den ersten Schulen eine Zwischenauswertung. Es zeigte sich, dass bei

den Zehnjährigen der DMFT-Wert von 1,75 auf 1,10 (somit um 37 %) sank. Vergleichsschulen mit ähnlichem sozialen Hintergrund ohne Fluoridierungsmaßnahmen hatten einen Rückgang im DMFT von 1,41 auf 1,14 und damit um 19 % erreicht. (Abb.4).

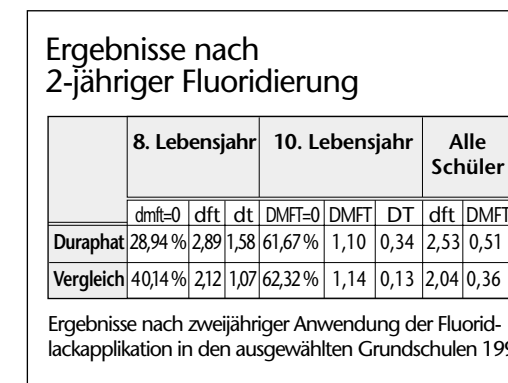


Abb.4 (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf)

Mittlerweile nehmen an der Fluoridlackapplikation 11 Grund- und 5 Sonderschulen mit 2000 Schülern teil. Das Angebot wird zum kommenden Schuljahr 2000/01 erweitert auf weitere Sonderschulen, ggf. eine Schule mit Ganztagsbetreuung und eine Hauptschule.

Bewertung

Die Eltern begrüßten und unterstützten die lokale Fluoridapplikation sehr, was durch den hohen Rücklauf von Einverständniserklärungen objektiv belegbar ist (Response rate > 80 %).

Die Grundschulen stufen, wie auch früher die Kindertagesstätten mit der Geleimbürstung, die sozialkompensatorischen Maßnahmen als ganz konkrete Hilfe für die Kinder und Familien ein. Damit findet diese Leistung auch breite Anerkennung in der

Spitze der städtischen Verwaltung (Schulräte) sowie der politischen Entscheidungsträger (Oberbürgermeister/Beigeordnete).

Welchen Stellenwert die Gruppenprophylaxe an den Grund- und Sonderschulen einnimmt, zeigen die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung der Lehrer im Jahr 1998. Insbesondere scheint sich das Programm auf die Multiplikatoren (Lehrer) insofern auszuwirken, dass das erhöhte Interesse an der eigenen Zahngesundheit zu einem Mehr an Zahngesundheit für die Kinder führt.

Fazit

Durch die gesetzlich geregelte aufsuchende Betreuung, v. a. auch der Kinder und Jugendlichen mit erhöhtem Kariesrisiko, ist der öffentliche Gesundheitsdienst in der Lage, diese Gruppe, deren Inanspruchnahmeverhalten gegenüber Praxisbesuchen erwiesenermaßen gering ist, intensivprophylaktisch zu betreuen. Die Tatsache, dass ein wohlformulierter gesetzlicher Auftrag besteht, sagt nichts darüber aus, wie es um die Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechender Bemühungen bestellt ist.

Was wir brauchen, ist neben strukturellen Voraussetzungen

- eine valide populationsbezogene Diagnostik
- eine Interventionsplanung
- eine Interventionssteuerung und
- eine Evaluation (BADURA 2000).

Vor allem würden nach meinem Dafürhalten vergleichende Studien auf der Grundlage größerer Bevölkerungstichproben die Entscheidungsfindung auf eine sichere Grundlage stellen, wenn es darum geht, unterschiedliche Maßnahmenkombinationen (Mundhygieneerziehung, Ernährungsberatung, Fluoridlackapplikation) unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede im Kariesvorkommen zu planen und durchzuführen.

– Literatur beim Verfasser –

Bettina Semmerling

Die Aufgabenstellung

Es sollten Insights gefunden werden zu den Themen:

- Wie ist das Interesse von Jugendlichen an Gesundheitsthemen?
- Wie spricht man die Jugendlichen am besten an? Wie kann man Jugendliche erreichen? Wie verlaufen die Meinungsbildungsprozesse? Wer ist daran beteiligt?
- Wie muss das Thema Kariesprophylaxe kommuniziert werden, um für Jugendliche bleibend interessant zu sein?
- Wie sieht das Mundhygieneverhalten der Kinder und Jugendlichen aus?
- Werden zahnärztliche Leistungen in Anspruch genommen?
- Wie ist der Status der Prophylaxe durch Fluoride?

Der Forschungsansatz

Die Erfahrung hat gezeigt: Am meisten wird mitgeteilt, wenn Menschen sich in ihrer natürlichen Atmosphäre und heimisch fühlen, wenn sie nicht befragt werden, sondern reden können, wenn sie Freunde und Gleichgesinnte an ihrer Seite haben. Daher wurde für die vorliegende Studie die Methode *Insight Research* gewählt. Diese

Methode wurde als Alternative zu Gruppendiskussionen im Studio bei „schwierigen“ Fragestellungen entwickelt. Schwierig sind Fragestellungen dann, wenn Menschen im Allgemeinen Fremden gegenüber nicht gern Auskunft über ein Thema geben; wenn sie sich einer Gegebenheit gar nicht bewusst sind, also nur schwer Auskunft geben können. Oder, wenn schon extrem viel geforscht wurde, man also mit herkömmlicher Methodik keinen Zusatznutzen erwarten kann.

Für die Fragestellung „Erkenntnisse über Kariesprophylaxe“ wurden drei Diskussionen mit Insight-Gruppen durchgeführt, die je ca. 180 Minuten dauerten:

- Eine Gruppe mit 7 Kindern zwischen 8 und 11 Jahren.
- Zwei Gruppen mit je 6 Kindern zwischen 12 und 14 Jahren.

Eine der Gruppendiskussionen mit den 12- bis 14-jährigen fand in Hamburg statt, die beiden anderen in einer nordrhein-westfälischen Kleinstadt (Stadtlohn). Die Ergebnisse dieser Gespräche werden in Form von Insights auf den nächsten Seiten dargestellt. Die Studie wurde im Juli 2000 in Hamburg und Stadtlohn durchgeführt.

Die Insights

Themenkomplex Gesundheit, Sauberkeit, Schönheit

Sauberkeit, Schönheit und Gesundheit sind keine Themen für die Kinder. Zwar sind Markenkleidung, Gel im Haar und Nagellack auch in dieser Altersgruppe bereits ein Thema – jedoch eher reaktiv. Die Kinder machen nach, was ihnen vorgegeben wird und beteiligen sich nicht aktiv und aus eigenem Verständnis an dem Prozess, schöner, gesünder oder sauberer zu sein.

Es gibt viel Spannenderes als Gesundheit. Gesundheit ist, wenn überhaupt, die Abwesenheit von Krankheit, aber für Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 14 Jahren kein Thema von Interesse. Zum Thema Gesundheit assoziieren die Kinder – vor allen Dingen im Zusammenhang mit Stars und Promis – die Themen „Drogen“ und „Magersucht“ und auch „Alkoholprobleme“.

Sauberkeit wird eher mit „Zimmer aufräumen“ oder „Küche sauber machen“ verbunden als mit der eigenen Sauberkeit. Auf intensive Nachfrage können dann Reaktionen wie „Baden“, „Haare waschen“ oder „Duschen“ hervorgeholt werden.

Das Thema Schönheit wurde bei keinem der Probanden auf sich selbst bezogen, geschweige denn, dass die Kinder artikulieren konnten/wollten, was für sie Schönheit bedeutet. Auch konnten sie keine Auskunft geben, was sie selber unternehmen, um schön zu sein. Die Kinder sind nicht in der

Lage, sowohl bei sich selber als auch bei anderen zu beschreiben, was oder warum jemand schön ist und ein komplexes Schönheitsbild zu definieren. Über Begriffe wie „ist nett“ oder „sieht gut aus“ geht die Beschreibung nicht hinaus.

Schönheit zu definieren fällt den Probanden sehr schwer. Schönheit wird stark verbunden mit sympathischen Schauspielern – und das auch eher von den weiblichen Teilnehmern. In der jüngeren Gruppe wurden als „schöne“ Beispiele genannt: Stars aus der Fernsehserie „Gute Zeiten Schlechte Zeiten“ (GZSZ) oder die Spice Girls. Schönheit wird definiert über Haare, Gesicht, Kleider, „nett“ sein oder „gutes Schauspielern“. Die Mädchen hängen sich Bilder von den „Schönheiten“ an die Wand, um sie zu bewundern. Daneben hängt jedoch auch ein Plakat von dem geliebten Pferd – auch das ist Wunsch und Bewunderung.

Auf die Frage, wie man hübsch wird/was man macht, um hübsch zu sein, wurde primär geantwortet: Schminken, Haare färben, Duschen, Föhnen. Die eigene Schönheit ist (noch) kein Thema. Die Frage danach, was ihre Idole tun, um schön auszusehen (schöne Haare, schöne Zähne etc.) wird mit „stark schminken“ und zu einem großen Teil sofort mit „Operationen“ und „chirurgischen Eingriffen“ in Zusammenhang gebracht. Bleichmittel wird da angeblich für die Zähne genommen.

Thema Mundhygiene

Morgens, während der Woche, ist wenig

Zeit für Mundhygiene vorhanden: Meist muss es schnell gehen, alle Familienmitglieder müssen zur selben Zeit ins Badezimmer – da kann man sich schon mal vor dem Zähneputzen drücken. Morgens ist man nicht schmutzig und deshalb muss das Zähneputzen nicht unbedingt sein. Morgens achten weder Mutter noch Vater auf die ordnungsgemäße Zahnpflege, daher wird das morgendliche Zähneputzen wesentlich häufiger vernachlässigt. Zähneputzen ist gut, dass wissen die Kinder. Dennoch finden sie es „blöd“ und „langweilig“. Ein Zitat:

„Manchmal vergisst man es auch, manchmal bin ich auch zu faul dazu, weil das so lange dauert“.

Fast alle Kinder erinnern sich daran, dass ihnen in der Schule oder beim Zahnarzt der „richtige“ Umgang mit der Zahnbürste erklärt worden ist. Keines der Kinder wendet diese gelernte Technik jedoch an – sie haben vergessen, wie das genau geht. Einige wissen auch, dass man sich mindestens 3 Minuten die Zähne putzen soll. Einige hatten auch eine (Zahnputz-)Uhr zuhause, jedoch nur einer der Probanden gab an, diese Uhr auch zu verwenden.

Zahnpasta wird von der Mutter gekauft – darauf haben die Kinder keinen Einfluss, sehen allerdings auch keine Notwendigkeit, dort Einfluss zu nehmen. Geschmack und Fluoride waren bei keinem Probanden ein Thema. Neue Zahnbürsten werden dann gekauft, wenn die Borsten „krumm“ sind. Kontrollieren tut das die Mutter.

Gerade bei jungen Kindern ist das Thema

„ins Bett gehen“ ein immer wiederkehrender Kampf. Eltern leiten dieses leidige Thema gerne mit Ritualen ein – z. B. „Putz dir schon mal die Zähne“. Daher ist die größte Kontinuität bei dem abendlichen Zähneputzen zu finden. Mittags gibt es schon gar keine Ordnung und Kontrolle zum regelmäßigen Zähneputzen – hier machen die unterschiedlichen Tagesabläufe die Kontrolle über das geregelte Zähneputzen nahezu unmöglich.

Die generelle „Anti-Eltern-Protesthaltung“ der Kinder und Jugendlichen hat zur Folge, dass die Verweigerung von kleinen Befehlen (zum Beispiel Zähneputzen) als Bestrafung der Eltern gesehen wird. Die jüngeren Kinder werden (noch) stärker von den Eltern, insbesondere der Mutter, angeleitet. Vor allen Dingen bei den älteren Jungen ist die Protesthaltung schon so eindeutig, dass in Extremfällen nur ca. 1-mal pro Woche die Zähne geputzt werden.

Im Gegensatz zu anderen Waschsituationen hat Zähneputzen einen deutlichen Nachteil – man sieht keinen nachvollziehbaren Unterschied. Nach dem Kämmen oder Haare waschen sieht man eine deutliche Veränderung; das Vergessen des Zähneputzens lässt sich leicht verheimlichen. Daraus resultiert eine deutlich geringere Hemmschwelle, auch mal zu flunkern, falls gefragt wird: „Hast du dir die Zähne geputzt?“

Zähneputzen ist deutlich negativ besetzt: „Wenn du dir nicht die Zähne putzt, dann bekommst du Löcher in den Zähnen“. Bei

allen anderen Hygiene- und Sauberkeitsritualen des alltäglichen Lebens wird zumindest zwischendurch einmal das positive Erlebnis herausgestellt („... dann bekommst du schöne Haare, siehst besser aus, riechst gut“ etc.). Zähneputzen sollte daher verstärkt positiv besetzt werden: „Wenn du putzt, dann bekommst du strahlend schöne Zähne, bist hübsch und siehst aus wie dein Lieblingsstar“.

Hemmnisse in Bezug auf Orts- und Zeitabhängigkeiten verhindern das regelmäßige Zähneputzen. Die meisten täglichen Hygiene- und Sauberkeitsrituale der Kinder (Hände waschen, Haare kämmen), sind nicht an das Badezimmer zuhause gebunden. Da dort jedoch die Zahnbürste steht, kann man nur dort die Zähne putzen. Und umgekehrt fehlt vielleicht gerade, wenn man zuhause ist, die Motivation zum Zähneputzen. Zähneputzen ist langweilig, Kaugummi kauen macht Spaß. Nach Ansicht der Kinder und Jugendlichen fehlen transportable und ortsunabhängige Zahnpflege-Möglichkeiten, z. B. Kaugummi; Getränke, die die Zähne pflegen; Salzstangen, etc.

Thema Zahnarzt

Einige Jugendliche konnten sich daran erinnern, dass sie beim Zahnarzt eine Flüssigkeit bekamen, die deutlich machte, wie schlecht die Zähne geputzt sind.

Eine Probandin in der Altersgruppe 8 bis 11 Jahre und eine in der älteren Gruppe erzählten, dass sie schon mal eine „schlecht schmeckende Paste“ auf die Zähne bekamen

Zahnputztypen

PUTZER

→ putzen sich oft und gerne die Zähne

KONTROLLER

→ putzen sich nur die Zähne, wenn sie kontrolliert werden

VERGESSLICHE

→ vergessen oft, sich die Zähne zu putzen

TÄUSCHER

→ sagen oft, dass sie sich die Zähne geputzt haben, stimmt aber gar nicht.

FERNSEHPUTZER

→ putzen vorm Fernseher und richtig lange – z. B. während der Werbung

und dann stundenlang nichts essen durften (Fluoridlack-Applikation). Ein Zitat:
„Ich gehe jedes halbe Jahr dahin, dann geht der Schutz wieder ab, dann muss ich wieder dahin“.

Ausdrücke wie Prophylaxe, Fluoride, Fissuren-versiegelung waren unbekannt. Der Begriff Karies wurde nicht aktiv genannt – er ist im Sprachgebrauch der Kinder nicht vorhanden. Laut Eigenauskunft gehen die Kinder regelmäßig ca. alle halbe Jahre zum Zahnarzt – dafür sorgt schon die Mutter. Der Zahnarztbesuch wird nicht als negativ erlebt. Positiv vermerkt wird, dass es beim

Zahnarzt Spielzeug gibt oder, z. B. in der Adventszeit, auch mal Süßigkeiten.

Thema Medien

Im Fernsehen wird die gesamte Nachmittags- und Vorabendschiene konsumiert. Ein Zitat:

„Ich schau mir irgendwas an, egal was.“

(Victor, 12 Jahre, Scheidungskind).

Bevorzugte Sendungen sind in der Gruppe der 8- bis 11-jährigen die Serien „Pokemon“, „Sailor Moon“, „Wickie“, „Gute Zeiten Schlechte Zeiten (GZSZ)“, „Unter uns“, „Verbotene Liebe“ und „A-Team“ sowie die Spielfilme am Wochenende. Die Gruppe der 12- bis 14-jährigen bevorzugt dieselben Sendungen und konsumiert zusätzlich Sportsendungen und den Musikkanal Viva, aber auch Talkshows wie „Arabella“ oder „Andreas Türk“.

„Heile-Welt“-Sendungen (sowohl Kindersendungen wie auch Daily Soaps) sind die beliebtesten und am häufigsten konsumierten Sendungen. Priorität haben „Pokemon“ und „Gute Zeiten Schlechte Zeiten (GZSZ)“.

Generell entstand der Eindruck, dass in der Zielgruppe sehr wenig gelesen wird. Der Konsum von Zeitschriften und Bücher reduziert sich bei den Kids auf die Printableger der Fernsehsendungen („Sailor Moon“, „GZSZ“, „Pokemon“) sowie auf Kinderzeitschriften („Benjamin Blümchen“, „Wendy“, „Asterix“). Bei den älteren Kindern und Jugendlichen (Gruppe 12 bis 14 Jahre) wurden außerdem „Bravo“, „Sixteen“,

„Simpsons“ und „Playstation“ gelesen.

Bücher sind nur bei den Mädchen ein Thema. Bevorzugt werden Titel wie „Struppi“, „Sommergeschichten“ und „Zauberdorf“ bei den jüngeren Mädchen; „TKKG“, „Dragon Ball“, Horror und Gänsehaut-Bücher sowie „Harry Potter“ bei den älteren Mädchen aus der Großstadt.

Der Einfluss des Fernsehens wird auch beim Thema Idole deutlich. Die Helden der Kinder sind die Stars der Nachmittags- und Vorabendserien, vereinzelt auch Pop- oder Sportstars. Auf die Frage, wen die Kinder gerne als Bruder/Schwester hätten oder mit wem sie einmal einen Tag verbringen möchten, werden genannt:

Die „Big Brother“-Kandidaten Jürgen und Zlatko, Darsteller aus GZSZ, die Spice Girls, Britney Spears, Wolfgang Petry, Michael Schumacher und die Pokemons.

Zusammenfassende Bemerkungen

Die hier befragten Kinder und Jugendlichen aus sozial schwachen Familienverhältnissen zeigen ein deutlich reduziertes Mitteilungsverhalten und tun sich sehr schwer, Wünsche, Vorstellungen oder Realitäten mitzuteilen. Die Antwort „weiß nicht“ und damit eine Verweigerung der Auskunft kam extrem viel öfter vor als z. B. in vergleichbaren Gruppen (ohne die Vorgaben über den sozialen Status) mit Kindern in dieser Altersgruppe.

Die Beobachtungen und Gespräche mit den 8- bis 14-jährigen haben gezeigt, dass die

Probleme, Idole und Gewohnheiten den gängigen Klischees sehr nahe kommen:

Wenn Teenager träumen, dann immer noch von Idolen, die schön sind, gut singen können oder Helden der Leinwand sind. Auch das Konsumverhalten der Kids entspricht den Klischees: Kleidung kauft man bei Hennes & Mauritz (eher Großstädter), gegessen wird gerne bei McDonald's und an den Wänden hängen Poster von Britney Spears (bei den Jungs). Die Mädchen sind zur Zeit in einer tiefen Krise, da nach dem glattschönen Leonardo di Caprio noch kein Star es wieder in die Herzen und an die Kinderzimmerwände geschafft hat. Die Lethargie nach dem Boom der Take That's und Backstreet Boys ist immens – das kommt den Helden der Soaps zu Gute. Marie und Cora (GZSZ) sowie Jürgen und Zlatko (Big Brother) – das sind die Helden der „kleinen Leute“.

Beliebtestes Fernsehprogramm ist bei den Jungs die Serie „Pokemon“, bei den Mädchen eindeutig und immer noch „Gute Zeiten Schlechte Zeiten“. Ansonsten werden jegliche Art von Vorabendprogramm sowie die Spielfilme am Wochenende konsumiert, ohne nachzudenken.

Gelesen wird wenig: Die Mädchen lesen manchmal Bücher, aber Bravo, das Zentralorgan der pubertierenden Jugend, hat die Alleinstellung an elektronische Medien verloren. Auch die Zeitschriften zu den Serien („GZSZ“, „Big Brother“, „Sailor Moon“) haben den Verdrängungswettbewerb gewonnen – vielleicht in

Ermangelung von Superstars aus der Musikwelt.

Die Anlässe für Probleme und Dauerkrähe mit den Eltern sind immer die gleichen: Unaufgeräumte Zimmer, zu schlampiges Outfit, zu spätes Nachhause kommen, zu langes Telefonieren und der Krach wegen Schule und Hausaufgaben. Trotzdem finden die meisten ihr Leben „eigentlich ganz okay“ (Annika, 12, Eltern geschieden).

Unterschiede zwischen Stadt und Land sind zu erkennen: Während die Stadtkinder den Vorteil eines breiten Angebotes (z. B. Sportmöglichkeiten wie Hockey) eifrig nutzen, sind die Landkinder schon eher auf die Welt des TV beschränkt. Das Wissen über und die Nutzung von Serien und Talkshows ist bei den Kindern aus den ländlichen Gruppen deutlich größer. Die Großstadtkinder gehen viel selbstverständlicher mit Handy und Internet um. Vier von sechs der Hamburger Kinder besitzen ein Handy – genutzt wird es meistens, um sich SMS-Meldungen zu schicken. Das Internet wird zum chatten verwendet – meistens von dem PC zuhause. Das bedeutet nicht zwingend, dass dies ein eigener PC im Kinderzimmer ist. Auch sie kennen (und lieben) die Stars aus den Soaps – haben jedoch ein deutlich breiteres Portfolio an Stars, Musik und Schauspielern.

Schönheit und Gesundheit sind keine Themen für die Kinder – wenn überhaupt dieser Themenkomplex angeschnitten wird, dann tun es eher die Mädchen über den Weg der Kosmetik. Die Medien haben ihres

dazu getan, dass die Kids glauben, Schönheit sei nur aus der Retorte zu bekommen. Insofern sind alle Idole „Kunstwesen“, die sich mit Schminke und Operationen aufgestylt haben. Ein „Nacheifern“, damit man so gut aussieht wie der Star, z. B. durch Sport, Zähneputzen oder gesundes Leben, ist damit hinfällig. Gesund ist man bereits, wenn weder Magersucht, Drogenmissbrauch noch eine klassische Krankheit vorliegen.

Mundhygiene ist völlig und ausschöpfend mit der Aussage beschrieben, „ich putze mir immer die Zähne“. Jegliche Differenzierung dieser Aussage, das Nachdenken über Mundhygiene, eigenverantwortliche Zahnarztbesuche, den bewussten Einsatz von Fluoriden (z. B. durch Zahnpaste) kamen in den Gesprächen noch nicht einmal ansatzweise vor.

Elmar Hellwig

Karies ist nach wie vor ein Gesundheitsproblem. Die gruppen- und individualprophylaktischen Bemühungen der letzten beiden Jahrzehnte haben in erster Linie das Erscheinungsbild und das Verteilungsmuster verändert. Diese beiden Faktoren implizieren für die Zukunft die Notwendigkeit eines differenzierteren Vorgehens. Gerade die Kinder und Jugendlichen mit einem nicht adäquaten Inanspruchnahmeverhalten weisen eine vermehrte Kariesprävalenz auf. Das Symposium konnte in diesem Zusammenhang verdeutlichen, dass es heute schwieriger ist, Motivationsstrategien zu entwickeln, welche die Mehrzahl der Jugendlichen erreichen können. Eine starke Differenzierung bei Jugendlichen in verschiedene Gruppen mit speziellen Vorlieben und rasch wechselnde Vorbilder lassen eine einfache Antwort auf die Kernfrage des Symposiums nicht zu. Es zeigen sich jedoch zwei grundsätzliche Tendenzen. Während die sozio-ökonomisch besser gestellten Jugendlichen über den Familienverbund, insbesondere über das Vorbildverhalten der Mutter, positiv zu beeinflussen sind, können für die sozial schwächer gestellten Jugendlichen sogenannte „peer groups“ eine entscheidende Rolle für die Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens spielen.

Da es auch zukünftig insbesondere bei knappen finanziellen Ressourcen kaum möglich und wünschenswert sein wird, Prävention rein individuell anzubieten, stellt sich natür-

lich vor dem Hintergrund des stark individualistisch ausgeprägten Jugendverhaltens die Frage, wie man zukünftige Basisprophylaxe organisiert. Wenn man bedenkt, dass Kariesprävention in erster Linie Verhaltensprävention ist, so lassen sich mit den bisherigen gruppenprophylaktischen Maßnahmen kaum weitere Erfolge erzielen; speziell, wenn man an Kariesrisikogruppen denkt. Anleitung zur Eigenverantwortung durch fordernde und verständnisvolle Erziehung ist sicherlich ein Schlüssel für gesundheitsbewusstes Verhalten. Diese Komponenten in einem Konzept umzusetzen, welches möglichst alle erreicht, bedeutet jedoch einen grundsätzlichen Wandel im Verständnis von Gesundheitspolitik. Umfassende medizinische und sozio-psychologische Versorgung unter dem Primat der Prävention für alle Kinder und Jugendlichen wäre vermutlich die Antwort auf die Individualisierung. Dieses Konzept ist natürlich mit einem „Muss“ für die angesprochene Bevölkerungsgruppe verbunden. Die Forderung nach dieser umfassenden Prävention und Versorgung bedeutet jedoch eine Umverteilung der Ressourcen, welche für die zahnmedizinische Versorgung bereitstehen, und lässt sich offensichtlich zur Zeit nicht gegen die gesellschaftlich relevanten Interessengruppen (Krankenkassen, Gesundheitspolitik, Interessenverbände) durchsetzen. Sie würde aber bedeuten, dass man allen Kindern und Jugendlichen eine möglichst gerechte und umfassende Möglich-

keit gibt, präventives Verhalten kennen zu lernen und umzusetzen. Im Anschluss an diese Lebensphase würden die Menschen dann in eine sozial abgedeckte „Freiheit“ entlassen. Da Karies eine vermeidbare Erkrankung ist, wäre eine solche Vorgehensweise auch sozialpolitisch zu verantworten und würde keine unbillige Härte bedeuten, da primär eine Chancengleichheit gewährt ist. Erziehung zur Eigenverantwortung wäre das Motto eines solchen Konzepts.