

Mundhygiene

Daten des KiGGS zum Karies-präventiven Verhalten

Hintergrund und Zielstellung

Die tägliche Pflege ist wesentliche Voraussetzung für die Gesunderhaltung der Zähne und des Zahnhalteapparats. Studien zur Mundgesundheit weisen in den letzten Jahrzehnten einen beeindruckenden Rückgang der Kariesprävalenz bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland aus [1, 2, 3]. Diese Erfolge sind auf eine verbesserte tägliche Mundhygiene, eine wirksame Fluoridanwendung und die zunehmende Inanspruchnahme gruppen- und individualprophylaktischer Leistungen zurückzuführen [4]. Dennoch ist Karies in bestimmten Gruppen von Kindern und Jugendlichen weiterhin stark verbreitet, was darauf hinweist, dass Maßnahmen zur Kariesprävention nicht alle gleichermaßen erreichen. Mit der für 0- bis 17-Jährige repräsentativen KiGGS-Studie wurde festgestellt, dass bei einem Viertel aller Jungen und Mädchen in Deutschland die Zahnputzfrequenz nicht ausreichend ist. Außerdem nehmen Kinder im Vorschulalter besonders selten eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung wahr [5]. Aus diesem Grund besteht eine wichtige Aufgabe darin, spezifische Risikogruppen mit unzureichendem Mundgesundheitsverhalten zu identifizieren, um ihnen zielgruppengerechte Präventionsmaßnahmen anbieten zu können.

Hinweise auf Risikogruppen mit defizitärer Mundhygiene und Kariesprophylaxe liefern die Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS 1–4) [1, 6] sowie inter-

ationale und regional begrenzte deutsche Studien. Als Risikogruppen wurden z. B. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus [5, 6, 7, 8, 9] und Kinder mit Migrationshintergrund [5, 10, 11, 12] herausgearbeitet. Für KiGGS liegen Ergebnisse aus isolierten Betrachtungen einzelner Merkmale auf Basis bivariater Auswertungen vor. Mithilfe dieser Daten lässt sich die Definition von Risikogruppen jedoch noch besser absichern. Zu diesem Zweck werden multivariate Verfahren eingesetzt, die berücksichtigen, dass Einzelmerkmale, wie z. B. Migrationshintergrund und Sozialstatus, nicht isoliert voneinander, sondern in ihrem Zusammenspiel zu betrachten sind. Für die multivariat ermittelten Risikogruppen wird anschließend diskutiert, wie die Mundhygiene, Fluoridanwendung und die Inanspruchnahme gruppen- und individualprophylaktischer Leistungen verbessert werden können.

Datenbasis und Methoden

Die KiGGS-Studie wurde von Mai 2003 bis Mai 2006 vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt. Ziel dieses bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurveys war es, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–17 Jahren zu erheben. In die Studie eingeschlossen wurden auch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund [13]. An der Stu-

die beteiligten sich insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche (8656 Mädchen und 8985 Jungen) aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden. Die Teilnahmequote betrug 66,6%. Um repräsentative Aussagen treffen zu können, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Netto-Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2004) hinsichtlich Alter (in Jahren), Geschlecht, Region (Ost/West/Berlin) und Staatsangehörigkeit korrigiert. Da bei den statistischen Auswertungen der KiGGS-Daten außerdem berücksichtigt werden muss, dass die Adressen der Kinder und Jugendlichen nicht unmittelbar aus der Bevölkerung, sondern aus repräsentativen Gemeinden gezogen wurden, wurden die Konfidenzintervalle und die p-Werte mit den SPSS-14-Verfahren für komplexe Stichproben bestimmt [14, 15, 16, 17, 18].

Zum Mundgesundheitsverhalten liegen u. a. Informationen zur Häufigkeit des Zähneputzens und zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrollen vor. Diese Daten wurden im Rahmen einer schriftlichen Befragung erfasst. Nach kariesprotektiven Arzneimitteln wurde in einem ärztlichen Interview gefragt, in dem alle in den letzten 7 Tagen angewandten Arzneimittel erhoben wurden [19]. Kariesprotektive Präparate wurden nach dem ATC-Kode der WHO mit A10AA verschlüsselt. Für die Ermittlung der Anwenderprävalenz dieser Arzneimittel wurde entweder der

ATC-Kode A01AA oder die Indikation „Kariesprophylaxe“ berücksichtigt.

In den nachfolgenden Analysen sind Zahnputzfrequenz, Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen (Zahnarztkontrolle) sowie Anwendungen von Arzneimitteln zur Kariesprophylaxe die Zielgrößen, die präziser beschrieben werden sollen. Zur Beschreibung dieser Zielvariablen werden die Merkmale Geschlecht, Alter, Sozialstatus der Eltern, Migrationshintergrund, regionale Struktur (Stadt/Land sowie Ost/West) herangezogen, die als unabhängige Variablen in die Berechnungen eingingen. Die statistischen Analysen wurden mittels multipler logistischer Regressionen durchgeführt.

Mithilfe der logistischen Regression werden sogenannte Odds Ratios (OR) geschätzt. Zum Beispiel könnte ein OR von 2 für Jungen bezüglich Zahnarztbesuch bedeuten, dass das Verhältnis von „seltener als einmal im Jahr beim Zahnarzt“ zu „mindestens einmal im Jahr beim Zahnarzt“ bei den Jungen doppelt so hoch ist wie bei den Mädchen. Dieses Ergebnis wäre so zu interpretieren, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen eine Risikogruppe bezüglich ausreichender Zahnarztbesuche darstellen.

Als signifikant werden ORs mit einem p-Wert kleiner 0,05 definiert. Zur Quantifizierung der Güte der logistischen Regressionsmodelle diente R^2 nach Nagelkerke.

Ergebnisse

Zahnputzfrequenz

Die Ergebnisse bivariater Analysen zeigten, dass die Altersgruppen- und Geschlechtszugehörigkeit, der Sozialstatus sowie der Migrationshintergrund mit der Mundhygiene in einem Zusammenhang stehen [5]. Werden die Merkmale Alter, Geschlecht, Region (Ost vs. West), Gemeindegrößenklasse, Sozial- und Migrationsstatus mittels logistischer Regression gleichzeitig berücksichtigt, bestätigen sich die bivariaten Ergebnisse: Kinder im Alter von 11–17 Jahren stellen eine Risikogruppe hinsichtlich einer zu geringen Zahnputzfrequenz dar. Das OR für ungenügende Zahnputzfrequenz ist bei ihnen fast dop-

Tabelle 1

Protektive Gruppen und Risikogruppen für ungenügendes Zahnputzverhalten (< 3 Jahre weniger als 1-mal, ≥ 3 Jahre weniger als 2-mal täglich)					
	Prävalenz (%)	95%-Konfidenzintervall	Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall	p-Wert
Geschlecht					0,000
Mädchen	20,9	19,8–22,1	Referenz		
Jungen	29,0	27,8–30,2	1,6	1,4–1,7	
Alter					0,000
0–2 Jahre	19,6	17,7–21,6	0,6	0,5–0,7	
3–6 Jahre	22,8	21,0–24,8	0,8	0,7–0,9	
7–10 Jahre	24,6	23,2–26,2	0,9	0,7–1,0 ^a	
11–13 Jahre	28,0	26,1–30,0	1,0	0,9–1,1	
14–17 Jahre	27,6	25,9–29,4	Referenz		
Migrationshintergrund					0,000
Nein	21,8	20,8–22,8	Referenz		
Ja	41,5	39,5–43,6	2,3	2,0–2,5	
Sozialstatus					0,000
Niedrig	34,8	33,2–36,5	2,2	1,9–2,5	
Mittel	23,8	22,6–25,1	1,4	1,3–1,6	
Hoch	16,6	15,2–18,2	Referenz		
Gemeindegröße					0,006
Ländlich	25,8	23,6–28,1	Referenz		
Kleinstädtisch	25,2	23,6–26,9	0,9	0,8–1,1	
Mittelstädtisch	23,1	21,5–24,8	0,8	0,7–0,9	
Großstädtisch	26,6	24,8–28,6	0,9	0,7–1,0 ^b	
Region					0,897
Ost	24,2	22,5–26,1	Referenz		
West	25,2	24,2–26,3	1,0	0,9–1,1	

R^2 7,8%; ^a 0,959, signifikant; ^b 0,985, signifikant

pelt so hoch wie bei den 0- bis 2-Jährigen. Das OR ist außerdem bei Jungen gegenüber Mädchen 1,5-mal so hoch, bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus gegenüber Kindern mit hohem Sozialstatus verdoppelt und schließlich bei Migrantenkindern gegenüber Kindern ohne Migrationshintergrund sogar mehr als doppelt so hoch (OR: 2,3) (Tabelle 1). Keinen Einfluss haben hingegen die Größe und Lage (Ost- bzw. Westdeutschland) des Wohnortes. Zu den Risikogruppen für unzureichende Mundhygiene gehören also: Jugendliche, Jungen, Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund.

Zahnärztliche Kontrolluntersuchungen

Neben einer optimalen Zahnpflege ist die regelmäßige Kontrolluntersuchung durch den Zahnarzt eine weitere Säule der Kariesprävention. Auch hier stehen gemäß bivariater Analysen soziodemographische Faktoren wie das Alter, der Sozialstatus und Migrationshintergrund, aber auch die Wohnortgröße und Region mit der selbst berichteten Inanspruchnahme im Zusammenhang. Bezieht man alle genannten Merkmale gleichzeitig in die statistische Analyse ein (logistische Regression), bleiben die starken Einflüsse von Migrationshintergrund und Sozialstatus erhalten.

Das OR für „seltener als einmal im Jahr beim Zahnarzt“ ist bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund doppelt so hoch wie bei jenen ohne Migrationshintergrund (OR: 2,2). Ein vergleichbar hohes OR (1,9) für diese zu seltene Zahnarztkontrolle haben Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen Sozialstatus im Vergleich zu jenen aus Familien der obersten Statusgruppe. Es bestätigt sich ferner, dass vor allem Kinder von 3–6 Jahren zur Risikogruppe hinsichtlich einer zu seltenen Kontrolluntersuchung gehören. Sie haben gegenüber den 14- bis 17-Jährigen ein 3-mal so hohes OR. Für das Geschlecht lässt sich kein Einfluss nachweisen. Die Analyse belegt, dass der Einfluss des Migrationshintergrundes nicht nur auf eine schlechtere soziale Stellung von Migranten, sondern zumindest teilweise auf kulturspezifische, vom Sozialstatus unabhängige Faktoren zurückzuführen ist. Tatsächlich können ein Migrationshintergrund und eine soziale Benachteiligung als Risikofaktoren kumulative Effekte haben [11, 12, 13]. Weiterhin bestätigt die Analyse, dass eine zu seltene Inanspruchnahme von Zahnarztkontrollen eher ein Problem in den alten als in den neuen Bundesländern und eher in mittel- bzw. großstädtischen als in ländlichen Räumen darstellt (■ Tabelle 2).

Tablettenfluoridierung

In ■ Abb. 1 ist die Prävalenz der aktuellen Anwendung von fluoridhaltigen Tabletten

Tabelle 2

Protektive Gruppen und Risikogruppen für Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt (weniger als einmal im Jahr)					
	Prävalenz (%)	95%-Konfidenzintervall	Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall	p-Wert
Geschlecht					0,167
Jungen	8,1	7,3–9,0	1,3	1,1–1,5	
Mädchen	7,4	6,6–8,2	Referenz		
Gemeindegröße					0,000
Ländlich	4,9	4,0–6,0	Referenz		
Kleinstädtisch	6,0	5,1–7,0	1,1	0,8–1,5	
Mittelstädtisch	8,6	7,6–9,6	1,5	1,1–1,9	
Großstädtisch	10,9	9,6–12,4	1,9	1,4–2,4	
Alter					0,000
3–6 Jahre	16,2	14,8–17,8	2,8	2,3–3,5	
7–10 Jahre	3,8	3,2–4,6	0,6	0,4–0,7	
11–13 Jahre	4,1	3,2–5,3	0,6	0,4–0,8	
14–17 Jahre	6,4	5,4–7,6	Referenz		
Migrationshintergrund					0,000
Ja	16,4	14,6–18,5	2,2	1,8–2,6	
Nein	6,1	5,5–6,7	Referenz		
Sozialstatus					0,000
Niedrig	12,5	11,0–14,1	1,9	1,6–2,4	
Mittel	5,8	5,2–6,5	1,0	0,8–1,2	
Hoch	6,0	5,2–6,9	Referenz	1,4–1,8	
Region					0,012
Ost	6,0	5,0–7,1	Referenz		
West	8,1	7,4–8,9	1,3	1,1–1,6	

R² 13,4 %

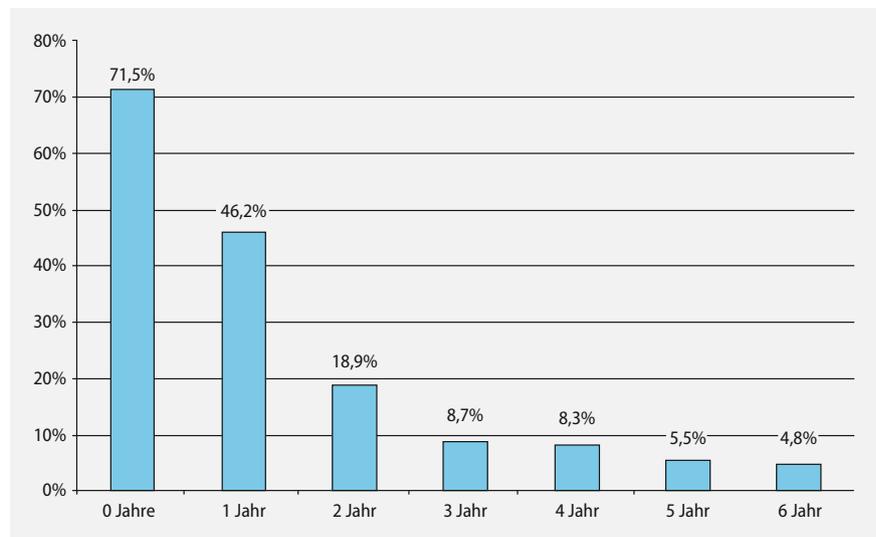


Abb. 1 ► **Arzneimittelanwendung zur Kariesprophylaxe bei Kindern im Alter von 0–6 Jahren (auf Basis der Angaben für die letzten 7 Tage)**

für die 0- bis 6-jährigen Kinder dargestellt, die auf den Angaben der Eltern zu den letzten 7 Tagen vor der Befragung beruht. Während im Säuglingsalter (< 1 Jahr) noch für fast 72 % der Kinder eine Anwendung von Fluoridtabletten angegeben wird, geht das Niveau im zweiten Lebensjahr bereits auf unter 50 % zurück. Mit Eintritt ins Schulalter wird diese Form der Kariesprophylaxe kaum noch angewendet.

Hervorzuheben ist, dass Migrantenkinder seltener Fluoridtabletten erhalten als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund. Die Unterschiede nach dem Migrationshintergrund sind bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Jungen (■ **Abb. 2**). Demgegenüber sind bei isolierter Betrachtung der Merkmale (bivariate Analyse) weder der Sozialstatus noch die Größe und Lage (Ost-West) des Wohnortes maßgeblich dafür, ob Fluoridtabletten eingenommen werden oder nicht.

Betrachtet man den vorzugsweise infrage kommenden Altersbereich von 0–6 Jahren und berücksichtigt alle genannten Merkmale gleichzeitig (logistische Regression), bleibt der deutliche Einfluss des Migrationshintergrundes und Alters erhalten. So ist das OR für die „Einnahme von Arzneimitteln zur Kariesprophylaxe in den letzten 7 Tagen“ bei Kindern ohne Migrationshintergrund fast doppelt so hoch (OR 1,9) wie bei Migrantenkindern. Auch der Sozialstatus erweist sich als statistisch signifikant: Kinder aus Familien mit niedrigem oder mittlerem Sozialstatus haben ein höheres OR für die Einnahme von Fluoridtabletten als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Kein Einfluss lässt sich hinsichtlich des Geschlechts sowie der Größe und Lage (Ost-West) des Wohnortes feststellen (■ **Tabelle 3**).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Kariesreduktion bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland als Folge kariespräventiver Maßnahmen ist beispielhaft. Trotz der bisher erreichten Erfolge verdeutlichen jedoch die Ergebnisse von KiGGS und anderen oralepidemiologischen Studien [3, 4, 5, 9, 12], dass weiter-

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008 · 51:1314–1320
DOI 10.1007/s00103-008-0700-9
© Springer Medizin Verlag 2008

H. Knopf · A. Rieck · L. Schenk

Mundhygiene. Daten des KiGGS zum Karies-präventiven Verhalten

Zusammenfassung

Die vorliegende Analyse dient der Identifizierung von Risikogruppen bezüglich Mundhygiene und Kariesprävention bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), einer bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudie, wurden 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0–17 Jahren befragt und untersucht. Mittels schriftlicher Befragung wurden u. a. Angaben zur Zahnpfutzfrequenz und zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen erhoben. Im standardisierten ärztlichen Interview erfolgte die Erfassung kariesprotektiver Arzneimittel. Unter Berücksichtigung soziodemographischer Merkmale wurden mittels logistischer Regression Risikogruppen für ungenügende Mundhygiene und Kariesprophylaxe identifiziert. Von unzureichender Mundhygiene betroffen sind vor allem Jungen [Odds Ratio (OR) 1,6], Kinder

aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (OR 2,2) und Kinder mit Migrationshintergrund (OR 2,3). Sozialkulturell benachteiligte Gruppen sind in vergleichbarem Maße auch von unzureichender Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorge betroffen. Defizite bei der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung finden sich darüber hinaus in den alten Bundesländern (OR 1,3) und in (groß)städtischen Wohnorten (OR 1,9). Eine Tablettenfluoridierung erfolgt am seltensten bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus und bei Migrantenkindern sowie bei älteren Kindern (3–6 Jahre). Die Ergebnisse belegen die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Präventionsangebote zur Verbesserung der Mundhygiene und -gesundheit.

Schlüsselwörter

KiGGS · Zahnpfutzfrequenz · Zahnarztkontrolle · Tablettenfluoridierung

Oral hygiene. KIGGS data on caries preventative behaviour

Abstract

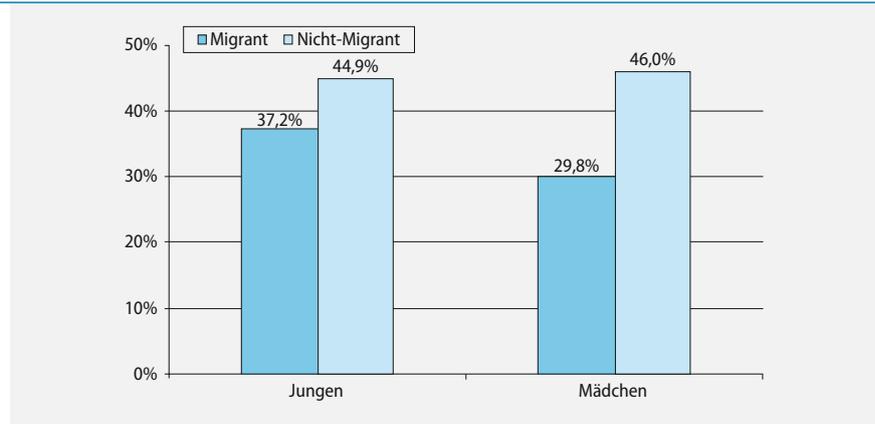
The present analysis deals with the identification of populations at risk with regard to oral hygiene and the prevention of caries in children and adolescents in Germany. Using a written questionnaire, which constituted a part of the KiGGS Survey for children and adolescents, 17,641 participants aged between 0 to 17 years were asked about how frequently they brushed their teeth, and how often they had dental check-ups. During a standardised medical interview caries preventative medications were recorded. In consideration of socio-demographic factors, risk populations for insufficient dental hygiene and caries prophylaxis were identified by means of logistic regression. Determinants for insufficient dental hygiene are male sex (odds ratio (OR) 1.6), low social

status (OR 2.2) and migrational background (OR 2.3). The social and culture-specific determinacy is also mirrored in the insufficient utilisation of dental check-ups. In addition, there are significant differences between East and West Germany (OR West 1.3) and urban residence (OR 1.9). Age (0–2 years OR 10.4), social and migrational status proved to be significant factors influencing use of tablet fluoridation. These results stress the necessity of preventative measures for these specific target groups to improve dental hygiene and health.

Keywords

KiGGS · tooth brushing · frequency · dental check-ups · tablet fluoridation

Abb. 2 ► **Anwendung von Arzneimitteln zur Kariesprophylaxe für die 0- bis 2-Jährigen, nach Migrationshintergrund und Geschlecht (auf Basis der Angaben für die letzten 7 Tage)**



	Prävalenz (%)	95%-Konfidenzintervall	Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall	p-Wert
Geschlecht					0,912
Jungen	21,2	19,6–22,8	1,0	0,9–1,2	
Mädchen	20,9	19,4–22,6	Referenz		
Gemeindegröße					0,839
Ländlich	23,0	20,1–26,2	Referenz		
Kleinstädtisch	21,0	18,8–23,5	0,9	0,7–1,3	
Mittelstädtisch	20,7	18,4–23,3	1,0	0,8–1,3	
Großstädtisch	20,2	17,5–23,2	0,9	0,6–1,2	
Alter					0,000
0–2 Jahre	43,1	40,8–45,5	10,4	8,8–12,4	
3–6 Jahre	6,8	5,7–8,0	Referenz		
Migrationshintergrund					0,000
Ja	15,0	12,4–17,9	Referenz		
Nein	22,4	21,0	1,9	1,5–2,4	
Sozialstatus					0,002
Niedrig	20,5	18,5–22,7	1,3	1,0a–1,6	
Mittel	22,8	20,9–24,8	1,4	1,2–1,7	
Hoch	19,0	17,0–21,2	Referenz		
Region					0,467
Ost	23,0	20,1–26,2	Referenz		
West	20,7	19,2–22,2	0,9	0,7–1,2	

R² 28,0%;^a 1,028, signifikant

schlechteres kariespräventives Verhalten auf: Sie bleiben häufiger unter der empfohlenen Zahnputzfrequenz, gehen laut Selbstangabe seltener zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung und nehmen in geringerem Maße Fluoridtabletten als Kinder ohne Migrationshintergrund. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus bilden zwar nicht in Bezug auf die systemische Fluoridprophylaxe, aber hinsichtlich der Zahnputzfrequenz und der Zahnarztkontrolle eine Risikogruppe.

Zu den gefährdeten Gruppen mit Blick auf eine zu seltene Inanspruchnahme der Zahnarztkontrolle gehören außerdem Kinder und Jugendliche mit einem Wohnort in den alten Bundesländern bzw. in mittelgroßen Gemeinden und Großstädten. Ost-West-Unterschiede wurden bereits in der Dritten Mundgesundheitsstudie berichtet [6]. Im Unterschied zur DMS, die in ihre Betrachtung lediglich 12- und 15-jährige Kinder und Jugendliche einbezieht, kann KiGGS auch Aussagen zu anderen Altersgruppen treffen. Die Zähne werden vor allem von 11- bis 17-Jährigen zu selten geputzt. Für die 3- bis 6-Jährigen besteht besonderer Handlungsbedarf hinsichtlich der Zahnarztkontrolle.

Die Tatsache, dass sozial benachteiligte und Kinder mit Migrationshintergrund nicht nur eine schlechtere Kariesprävention, sondern – wie andere Studien belegen – tatsächlich auch eine größere Kariesprävalenz haben [7, 8, 9, 10, 11, 12, 22, 23], verdeutlicht die Notwendigkeit einer kritischen Analyse des Umfangs der Gruppenprophylaxe. Insbesondere sollte untersucht werden, ob die Gruppenprophylaxe vollständig, flächendeckend und in der erforderlichen Häufigkeit mit wirk-

hin Handlungsbedarf vor allem bei Kindern mit Migrationshintergrund und bei Kindern aus sozial schwachen Familien besteht. Die vorliegenden Ergebnisse der

multivariaten Analysen bestätigen die bivariaten Ergebnisse der KiGGS-Basispublikation [5] weitgehend. Insbesondere Kinder aus Migrantenfamilien weisen ein

samen Fluoridierungsmaßnahmen in allen Altersklassen gleichermaßen angewandt wird. Darüber hinaus sollte analysiert werden, in welchen Bereichen vor Ort ein gezielter Ausbau der aufsuchenden Gruppenprophylaxe erforderlich ist und mit welchen effektiven Maßnahmen dies erreicht werden kann.¹ In diesem Zusammenhang sind die kariespräventiven Aktivitäten der Landesarbeitsgruppen Gruppenprophylaxe (LAGJ) hervorzuheben [24]. Sie haben insbesondere in Kindergärten, Schulen und Behinderteneinrichtungen zu einer Intensivierung der Gruppenprophylaxe geführt. Als beispielgebend für ein migrationspezifisches Prophylaxeangebot ist auch der Ansatz des MOM- bzw. MiMi-Projektes („Mit Migranten für Migranten“) zu nennen, das vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover entwickelt wurde und Schlüsselpersonen aus der jeweiligen Zielgruppe zu Gesundheitsmediatoren ausbildet [25]. Gleichwohl bedürfen die oben genannten Risikogruppen weiterer niedrigschwelliger Angebote.

Zur Verbesserung der Mundhygiene und des Inanspruchnahmeverhaltens in den jüngeren Altersgruppen sollte auch über die Möglichkeiten einer stärkeren Integration von Setting-Ansätzen in Kindertagesstätten diskutiert werden. Zu berücksichtigen ist dabei, dass Jungen bereits im Kleinkindalter seltener als Mädchen die Zähne geputzt werden. Darüber hinaus sollte über die breite Etablierung von Projekten wie dem „Marburger Modell“ nachgedacht werden. Dieses seit 25 Jahren laufende Modell erreicht auch Kinder, die keine Kindertagesstätte besuchen. Der Baustein seiner mobilen Mutterhilfe bietet eine Möglichkeit, um Mütter mit Kindern in den Krabbelgruppen zum gemeinsamen Zähneputzen zu führen [24].

In Bezug auf die systemische Fluoridierung als wirksame Maßnahme der Kariesprävention dürfte an erster Stelle eine bessere Aufklärung über deren Nutzen und Risiken stehen, die bereits in der Schwangerenbetreuung einsetzen könnte. Entsprechendes Informationsmaterial sollte den werdenden Müttern in ihrer je-

weiligen Muttersprache zur Verfügung gestellt werden. In diesem Zusammenhang ist es von herausragender Bedeutung, dass Leitlinien und Empfehlungen zur Anwendung von Fluoridierungsmaßnahmen zwischen den betreffenden medizinischen Fachgesellschaften abgestimmt werden. So haben in der jüngsten Vergangenheit unterschiedliche Empfehlungen der Deutschen Akademie der Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zur Einnahme von Fluoridtabletten zur Verunsicherung bei Eltern, Kinder- und Zahnärzten beigetragen. Als Konsequenz der Empfehlungen der DGZMK aus dem Jahr 2000, die einen heftigen Dissens mit den Kinderärzten auslöste, kam es vielerorts zum Aussetzen bislang bewährter Fluoridierungsmaßnahmen in den ersten Lebensjahren. Die im Auftrag der Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung erstellte Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ aus dem Jahr 2005 [26] stuft die Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasta, fluoridhaltiger Gele, Mundspülungen und Lacke als kariespräventiv wirksam ein und bekräftigt damit deren Bedeutung. Voraussetzung für die Wirksamkeit dieser Applikationsformen ist jedoch eine ausreichende Zahnputzfrequenz und ein entsprechendes Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Vorsorgeleistungen. Unsere Ergebnisse belegen, dass es gerade im Kindes- und Jugendalter nach wie vor Risikogruppen gibt, die diese Prämissen nicht erfüllen. Eine Tablettenfluoridierung, die in der Leitlinie ebenfalls mit der gleichen Wirksamkeitsstufe (A) versehen wurde, kann damit gerade in den ersten Lebensjahren eine effiziente Methode und/oder Ergänzung der Kariesprävention darstellen.

Nach wie vor bestehen aber Meinungsverschiedenheiten über den Beginn der Tablettenfluoridierung. Benötigt wird deshalb eine weitere Harmonisierung der Leitlinien, um den niedergelassenen Zahn- und Kinderärzten sowie den Eltern einheitliche Empfehlungen an die Hand zu geben.

Die Ergebnisse legen nahe, dass der Erfolg von Präventionsangeboten im Be-

reich der Kariesprophylaxe auch daran zu messen ist, inwieweit Risikogruppen erreicht werden können. Um die Angebotslandschaft in diesem Sinne effizienter zu gestalten, sollte die zukünftige Forschung systematische Wirksamkeitsanalysen einschließen.

Korrespondierende Autorin

Dr. Hildtraud Knopf

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin, BRD
E-Mail: knopfh@rki.de

Literatur

1. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Eigenverlag, Köln
2. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege (DAJ) (2001) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000. DAJ, Bonn
3. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege (DAJ) (2005) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000 sowie 2004. DAJ, Bonn
4. Pieper K, Momeni A (2006) Grundlagen der Kariesprophylaxe bei Kindern. Dtsch Ärztebl 103(15): 849–855
5. Schenk L, Knopf H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:653–658
6. Micheelis W, Reich E (1999) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
7. Flinck A, Kallestal C, Holm AK, et al. (1999) Distribution of caries in 12-year-old children in Sweden. Social and oral health-related behavioral patterns. Community Dent Health 16(3):160–165
8. Bolin AK (1997) Children's dental health in Europe. An epidemiological investigation of 5- and 12-year-old children from eight EU countries. Swed Dent J Suppl 122:1–88
9. Van Nieuwenhuysen JP, Carvalho JC, D'Hoore W (2002) Caries reduction in Belgian 12-year-old children related to socioeconomic status. Acta Odontol Scand 60(2):123–128
10. Sundby A, Petersen PE (2003) Oral health status in relation to ethnicity of children in the Municipality of Copenhagen, Denmark. Int J Paediatr Dent 13(3):150–157
11. Brunner-Strepp B (2001) Statistische Daten zur Zahngesundheit von Migranten am Beispiel der Aussiedler im Landkreis Osnabrück. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn, S 108–113

¹ Für die Beratung zur Gruppenprophylaxe bedanken wir uns bei Dr. Tamara Zinke und Dr. Thomas Neumann vom BMG-Referat 212.

12. Kühnisch J, Senkel H, Heinrich-Weltzien R (2003) Vergleichende Untersuchung zur Zahngesundheit von deutschen und ausländischen 8- bis 10-Jährigen des westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises. Gesundheitswesen 65:96–101
13. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Methodische Aspekte im Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:590–599
14. Kurth BM (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey: Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:533–547
15. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath-Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey: Stichprobendesign, Response und Non-Response-Analyse. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:547–556
16. Dölle R (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey: Datenmanagement. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50: 567–572
17. Hölling H, Kamtsiuris P, Lange M, et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey: Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:557–566
18. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C, et al. (2007) Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:578–589
19. Knopf H (2007) Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:863–870
20. Bergmann KE, Brodehl J (2003) Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinderzahnheilkunde und Jugendmedizin zu den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung zur Prophylaxe der Zahnkaries mit Fluoriden. <http://www.dakj.de>
21. Schenk L (2005) Kulturelle oder soziale Benachteiligung? Gesundheitsverhalten von Migrantenkindern – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. In: Borde T, David M (Hrsg) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Mabuse, Frankfurt am Main, S 187–201
22. Bissar AR, Schulte AG, Muhjazi G, Koch MJ (2007) Caries prevalence in 11- to 14-year old migrant in Germany. J Public Health 52:103–106
23. Bissar AR, Oikonomou C, Koch MJ, Schulte AG (2007) Dental health, received care, and treatment needs in 11- to 13-year-old children with immigrant background in Heidelberg, Germany. Int J Paediatr Dent 17:364–370
24. Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (2006) 50 Jahre BZÖG-Tageungsbericht. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 1.06. 36:3–5
25. Salman R, Schneller T (2001) Kultursensible Oralprophylaxe zur Förderung der Mundgesundheit von Migranten – das Mediatorinnenkonzept „MOM“ des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Hrsg) Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn
26. Gülzow HJ, Hellwig E, Hetzer G (2005) Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte. Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen“. <http://www.zzq-koeln.de/m2-d.htm>

Zertifizierung von Lungenkrebszentren

Verbesserte Behandlungssituation für Patienten mit Lungenkrebs

Jedes Jahr erkranken in Deutschland rund 33.000 Männer und 13.200 Frauen an Lungenkrebs. Dieser ist damit sowohl bei Männern als auch bei Frauen die dritthäufigste Krebsart.

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) hat zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) die Qualitätskriterien für Lungenkrebszentren festgelegt. Nach den neuen Leitlinien zählen Expertise sowohl in der operativen als auch in der Chemo- und Strahlentherapie, interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Teilnahme an klinischen Studien zu den Voraussetzungen für die Zertifizierung. Diese wird alle drei Jahre neu vergeben.

Mit der Zertifizierung von Lungenkrebszentren könnten Ergebnisse der Lungenkrebsbehandlung bundesweit durch eine normierte Datenerfassung gemessen und national sowie international vergleichbar werden. Dieser Erkenntnisgewinn könnte als Grundlage für eine stetige Verbesserung der Therapie von Lungenkrebs dienen und den Patienten eine hohe Behandlungsqualität sichern.

Quelle:

*Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin
www.krebsgesellschaft.de*