



Gesundheitsbotschaften neu gedacht

Anja Heilmann, Aubrey Sheiham, Richard G. Watt, A. Rainer Jordan

Die epidemiologisch bedeutsamsten Erkrankungen in der Zahnmedizin, Karies und Parodontitis, betreffen einen erheblichen Anteil der Bevölkerung in Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen. Dieser Beitrag beleuchtet den Gemeinsamen Risikofaktorenansatz, der von einer „Opferbeschuldigung“ des Individuums absieht und sich vielmehr weiter gefassten Gesundheitseinflüssen zuwendet.

Neben den negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen stellen Munderkrankungen eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Dabei basiert die Zahngesundheitsversorgung vorwiegend auf einem behandlungsorientierten Modell, bei dem die Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung noch nicht voll ausgeschöpft werden.

Gesundheitliche Ungleichheiten stellen ein großes Problem der öffentlichen Gesundheit dar. Menschen mit mehr Wohlstand und besserer Bildung erfreuen sich einer besseren körperlichen und geistigen Gesundheit als benachteiligte Menschen. Soziale Gradienten sind in vielen Gesundheitsbereichen festzustellen, auch bei der Mundgesundheit. Abbildung 1 zeigt den sozialen Gradienten in der Lebenserwartung in Deutschland. Es zeigt sich ein deutliches Gefälle in der Lebenserwartung, insbesondere bei

Männern. Zwischen 1995 und 2005 betrug der Unterschied in der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen der Gruppe mit dem höchsten und dem niedrigsten Einkommen bei Männern 10,8 Jahre und bei Frauen 8,4 Jahre [Lampert et al., 2007].

Soziale Gradienten sind auch in der Mundgesundheit erkennbar. Trotz eines allgemeinen Rückgangs der Zahnkaries bestehen weiterhin deutliche soziale Gradienten. Unter Verwendung von Daten aus den Deutschen Mundgesundheitsstudien von 1997 und 2005 (DMS III, IV) wurden die Trends für soziale Gradienten in Bezug auf Zahnkaries, fehlende Zähne und Parodontalerkrankungen analysiert [Micheelis, 2009]. Die Vergleiche zwischen 1997 und 2005 bestätigen, dass sich die allgemeine Mundgesundheit zwar verbessert hat, die Ungleichheiten bei einigen Aspekten der Mundgesundheit jedoch größer geworden

sind. Der mittlere DMFT-Index (Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)) bei Kindern (12-jährige) hat sich über den Zeitraum der beiden Umfragen mehr als halbiert. Dennoch ist ein lineares Gefälle gemäß dem elterlichen Bildungsstand im Jahr 2005 offensichtlich (Abbildung 2).

Ebenso ist der DMFT bei Erwachsenen (35- bis 44-jährige) und bei Senioren (65- bis 74-jährige) zurückgegangen, wobei jedoch



Foto: MEV

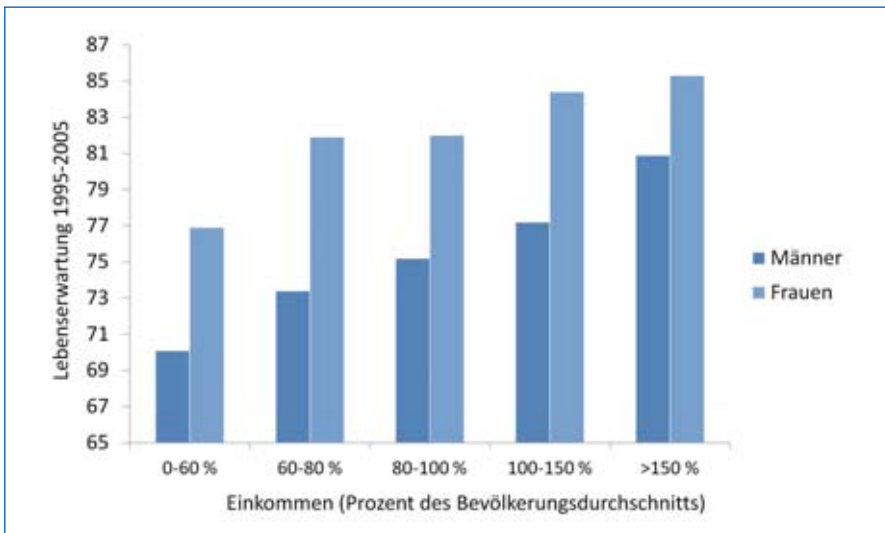


Abbildung 1: Mittlere Lebenserwartung in Deutschland zwischen 1995 und 2005 nach Einkommen [Lampert et al., 2007]

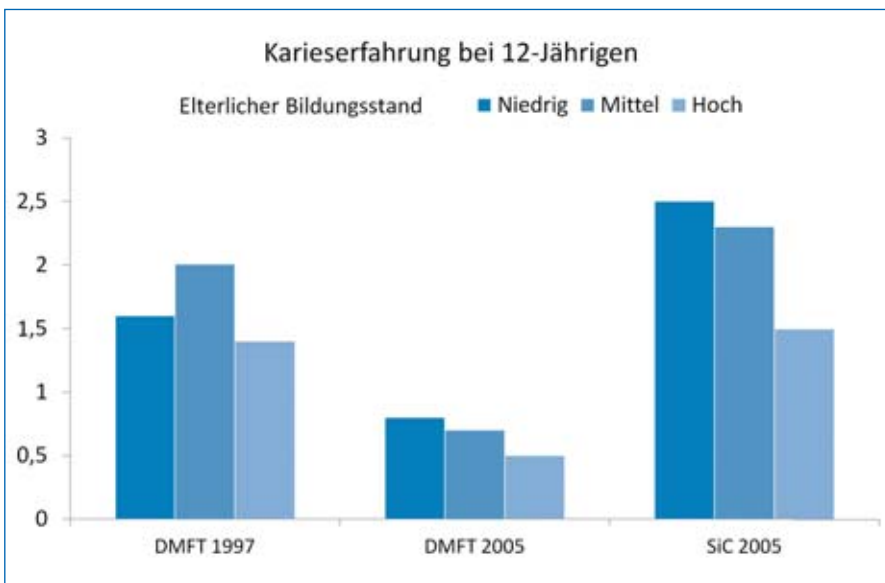


Abbildung 2: DMFT und SiC (Significant Caries Index) bei 12-Jährigen nach Bildungsniveau [DMS III und DMS IV]

die größten Verbesserungen bei denjenigen mit dem höchsten Bildungsstand festgestellt wurden. Insgesamt wurden gesundheitliche Verbesserungen auch bei der Anzahl der fehlenden Zähne festgestellt, bei Senioren im Alter von 65 bis 74 Jahren hat sich der Abstand zwischen denen mit dem niedrigsten und dem höchsten Bildungsstand jedoch vergrößert. Ein differenziertes Bild ergibt die Analyse von Parodontalerkrankungen. Deren Prävalenz hat zwischen 1997 und 2005 sowohl bei Erwachsenen als auch bei Senioren zugenommen.

Es gibt einen deutlichen sozialen Gradienten bei den Erwachsenen im Jahr 2005, der bei den 65- bis 74-Jährigen umgekehrt ist; möglicherweise aufgrund einer höheren Anzahl an Zähnen, die im höheren Alter erhalten bleiben, insbesondere bei Menschen mit einem hohen Bildungsstand. Zusammenfassend gibt es soziale Gradienten in der Mundgesundheit in Deutschland, ähnlich den Erkenntnissen in anderen europäischen Ländern. Diese Ungleichheiten scheinen, trotz der allgemeinen Verbesserungen bei Kariesbefall und Zahnverlust,

über die vergangenen beiden Jahrzehnte fortzudauern beziehungsweise sich zu verstärken.

Opferbeschuldigung als ineffektive Intervention

Frühere Erklärungen für Ungleichheiten bei Gesundheit und Krankheit haben sich auf die individuellen Risikofaktoren und die Lebensführung konzentriert. Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen wie Rauchen und Trinken weisen ebenfalls einen sozialen Gradienten auf und erklären einen Teil der sozialen Kluft. Strategien, die darauf abzielten, das Gesundheitsverhalten durch Veränderungen der individuellen Risikofaktoren und der Lebensführung zu erreichen, haben jedoch zu einer sogenannten Opferbeschuldigung (Victim-Blaming) geführt, so dass hauptsächlich dem „Opfer“ die Schuld für seine schlechte Gesundheit gegeben wird. Derartige Interventionen sind daher weitgehend ineffektiv geblieben, um die am meisten betroffenen Bevölkerungsschichten zu erreichen [Kay; Locker, 1996].

Auf der Suche nach der Ursache der Ursache

Anstatt sich vornehmlich auf Strategien zu konzentrieren, das individuelle Verhalten zu verändern, wäre ein alternativer Ansatz, sich der „Ursache der Ursache“ zu widmen, das heißt, den sozialen, wirtschaftlichen und Umweltfaktoren, die zu einem gesundheitsgefährdenden Verhalten führen. Die Menschen leben ihr Leben nicht in der Isolation, sondern werden von einer ganzen Reihe von Faktoren beeinflusst, die sich zudem außerhalb ihrer direkten persönlichen Kontrolle befinden. Diese weiter gefassten sozialen Einflüsse auf die Gesundheit schließen Bildung, Lebens- und Arbeitsbedingungen, finanzielle Sicherheit, die Kosten für Nahrungsmittel und Getränke, Wohnung und Zugang zu Dienstleistungen mit ein, weil sie Einfluss auf das tägliche



Foto: Doc-Stock



Abbildung 3: Die wichtigsten Determinanten von Gesundheit [nach Dahlgren und Whitehead, 1993, eigene Übersetzung]

Leben haben, deren soziales Netzwerk und schließlich die Entscheidungen, die sie treffen können (Abbildung 3).

Es wird vermehrt anerkannt, dass Mundgesundheit ein wesentlicher Bestandteil der Allgemeingesundheit ist und viele gemeinsame Risikofaktoren mit maßgeblichen chronischen Krankheiten teilt. In der Vergangenheit haben sich allerdings zahnmedizinische Präventionsansätze häufig auf einzelne Krankheiten konzentriert: Zahnkaries, Parodontalerkrankungen und Mundkrebs. Da jedoch die wichtigsten Risikofaktoren zahlreiche Krankheiten betreffen, darf und sollte eine Gesundheitsförderung nicht auf Krankheiten spezieller Körperteile konzentriert werden und sich auf Krankheiten spezieller Körperteile konzentrieren. Ein umfassenderer Ansatz ist erforderlich. Dieser Ansatz ist der gemeinsame Risikofaktorenansatz (engl.: Common Risk Factor Approach (CRFA)), bei dem die Risikofaktoren in Angriff genommen

werden, die einer Vielzahl der bedeutenden chronischen Krankheiten gemein sind [Watt, 2005; Watt, Sheiham, 2012]. Er basiert auf epidemiologischen Erkenntnissen, bei denen gemeinsame Risikofaktoren und -indikatoren mit chronischen Krankheiten verknüpft werden (Abbildung 4).

Die gleiche ungesunde Ernährung wirkt sich auf die Inzidenz von Herzkrankheiten, Krebs und Munderkrankungen aus. Dabei wird deutlich, dass die wichtigsten gemeinsamen Risikofaktoren für chronische Krankheiten in allen Regionen für Männer und Frauen die gleichen sind, und sie stellen eine Tetrade dar: ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel sowie Tabak- und Alkoholkonsum. Eine Ernährung, die reich an niedermolekularen Kohlenhydraten, gesättigten Fettsäuren und Salz ist, führt höchstwahrscheinlich zu chronischen Krankheiten, im Gegensatz zu einer Ernährung, die reich an komplexen Kohlenhydraten und/oder Ballaststoffen und Antioxidantien ist, wie Obst, Gemüse und Getreideprodukte [WHO, 2007]. Darüber hinaus tragen Stress und geringe Kontrolle über die eigenen Lebensumstände, Alkohol, Umwelthygiene, Verletzungen und eine sitzende Lebensweise zu einer Reihe von chronischen Krankheiten bei. Da chronische

Krankheiten ein großes Anliegen der Entscheidungsträger und der Öffentlichkeit sind, findet die Arbeit mit Strategien für Ernährungspolitik zur Änderung einer schlechten, zuckerreichen Ernährung wahrscheinlich eine höhere Akzeptanz und führt eher zum Erfolg, als die alleinige Konzentration auf Zuckerkontrolle zur Reduktion von Karies, insbesondere, da Karies nicht als lebensbedrohlich angesehen wird. Ebenso wirkt sich das Rauchen sowohl auf Herzkrankheiten und Atemwegserkrankungen als auch auf Munderkrankungen aus. Daher kann man mit Programmen gegen das Rauchen gleich mehrere Fliegen mit einer Klappe schlagen.

Die Rolle der Zahnärzte

Zahnärzte sind zuerst und vor allem Angehörige der Heilberufe und es ist von Bedeutung, dass der zahnärztliche Berufsstand die sozialen Determinanten für die Gesundheit und somit natürlich auch die Mundgesundheit, anerkennt. Die wichtigste Rolle von Zahnärzten ist es, ihren Patienten eine quali-

INFO

Publikation

Mehr zu den Erfolgen der zahnmedizinischen Prävention im neuen Band der Reportreihe Versorgungsforschung: Oesterreich D., Ziller S.: Zahnmedizinische Prävention – Erfolge, Wirksamkeit und Herausforderungen am Beispiel der Kariesprophylaxe. In: Henke R., Scriba PC., Zepp F. (Hrsg.): Prävention – Wirksamkeit und Stellenwert in der Gesundheitsversorgung. Report Versorgungsforschung Bd. 9, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2014: 133-145.

tativ hochwertige, evidenzbasierte Behandlung zu bieten. Als Angehörige der Heilberufe haben sie jedoch eine weiter gesteckte potenzielle Rolle in der Prävention und bei der Überwindung von Ungleichheiten in der Mundgesundheit, sowohl hinsichtlich ihrer eigenen Patienten als auch der breiteren Gemeinschaft. Zahnmediziner haben ständigen



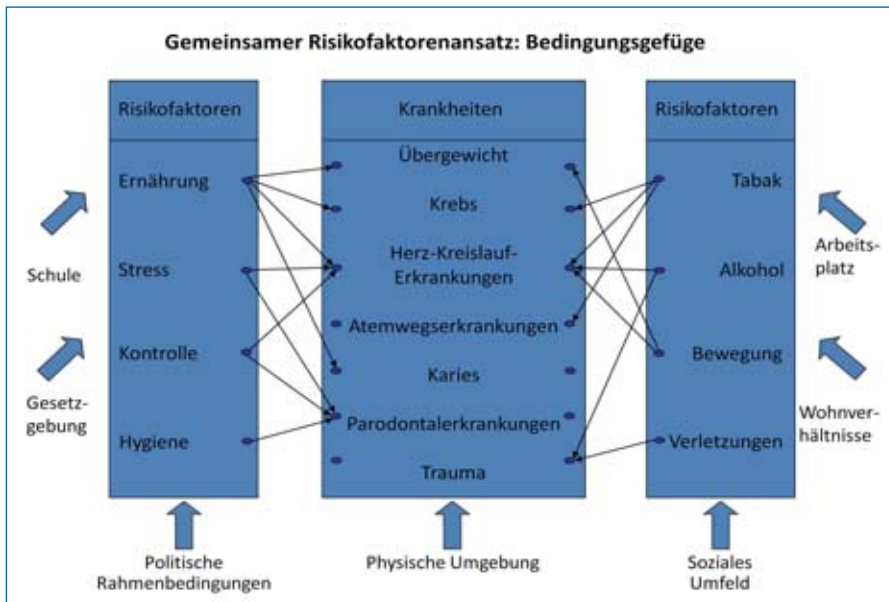


Abbildung 4: Der Common Risk Factor Approach; gemeinsame Risikofaktoren für eine Reihe chronischer Erkrankungen [nach Watt, 2005, eigene Übersetzung]

Kontakt mit vielen Sektionen der lokalen Gemeinschaft: Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen. Durch die Kontinuität der Versorgung lernen Zahnärzte ihre Patienten und deren Familien oftmals sehr gut kennen und entwickeln eine vertrauensvolle professionelle Beziehung. Innerhalb der lokalen Gemeinschaften wird den Zahnärzten zudem Respekt entgegengebracht und sie genießen hohes Ansehen und eine einflussreiche Position.

Für Gesundheit werben – Aufgabe des Praxisteam

Zahnärzte befinden sich daher in einer idealen Lage, um eine präventive Beratung bereitzustellen und innerhalb ihrer lokalen Gemeinschaften als Fürsprecher für die Gesundheit zu werben. Dabei ist von entscheidender Bedeutung, dass von den Zahnmedizinern einheitliche Gesundheitsbotschaften zur Förderung der Mund- und der Allgemeingesundheit ausgesendet werden. Das zahnmedizinische Fachpersonal

muss geschult werden, damit eine kompetente Bereitstellung einer präventiven Beratung gegeben ist und idealerweise sollte dies im Teamwork erfolgen, sodass die Arbeit der Zahnärzte durch anderes Fachpersonal unterstützt wird.

Mehr angemessene Überweisungsnetzwerke

Es ist außerdem von Bedeutung, dass angemessene Überweisungsnetzwerke geschaffen werden, damit Zahnärzte Patienten gegebenenfalls an Fachärzte überweisen können. Beispielsweise benötigen zahnärztliche Patienten, die sehr starke Raucher oder alkoholabhängig sind, die Unterstützung und Beratung durch entsprechende Experten. Diese interprofessionelle Zusammenarbeit erscheint auch deshalb besonders relevant, weil viele der zugrunde liegenden sozialen Ursachen für eine schlechte Mundgesundheit und Ungleichheiten außerhalb des direkten Einflusses der Zahnärzte liegen. Um die zugrunde liegenden sozialen Determinanten für Munderkrankungen in Angriff zu nehmen, erscheint es sinnvoll, dass klinische Präventionsmaßnahmen von populationsbasierten öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen unterstützt werden. Klinische Maßnahmen allein werden eine sehr begrenzte

Auswirkung haben, insbesondere wenn es darum geht, Ungleichheiten in der Mundgesundheit anzugehen.

Ein anerkanntes Konzept

Der gemeinsame Risikofaktorenansatz ist ein anerkanntes Konzept mit einer fundierten epidemiologischen Grundlage. Die Hauptimplikation für die Mundgesundheit besteht in der Zusammenarbeit mit einer Reihe anderer Gesundheitssektoren und Disziplinen. Belange der Mundgesundheit müssen in die Empfehlungen und Präventivprogramme zur Allgemeingesundheit integriert werden. Der traditionelle Ansatz und Methoden der Mundgesundheitsbildung zur Verhaltensänderung, die in der Zahnmedizin jahrzehntelang vorherrschend waren, sind zu eng gefasst und ignorieren die weiter gefassten sozialen Kontexte, durch die das Verhalten der Menschen bestimmt wird. Der gemeinsame Risikofaktorenansatz konzentriert sich auf die gemeinsamen zugrunde liegenden Determinanten für Gesundheit und liefert eine Begründung für präventive Strategien, die darauf abzielen, die allgemeine Gesundheit in der Bevölkerung zu verbessern und auf diese Weise Ungleichheiten zu reduzieren.

Korrespondenzadresse:
PD Dr. A. Rainer Jordan, MSc.
Institut der Deutschen Zahnärzte
Universitätsstr. 73
50931 Köln
r.jordan@idz-koeln.de

MEHR AUF ZM-ONLINE

Interview mit Dr. A. R. Jordan



Scannen Sie den QR-Code oder geben Sie auf der Website 63774 in die Suchmaske ein.

zm Leaser service

Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

