

Zur Dynamik des sozialen Gradienten in der Mundgesundheit

Befunde aus 1997 und 2005

Hintergrund und Fragestellung

In den letzten Jahren lässt sich in Deutschland zweifellos ein verstärktes Interesse an Fragestellungen der sozialen Ungleichheitsforschung feststellen, und auch im Bereich der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung lässt sich mithilfe der Sozialepidemiologie dieser Trend ablesen, wenn man beispielsweise die Anzahl der Publikationen mit entsprechenden empirischen Ergebnissen zu Rate zieht [12].

Über die Gründe bzw. die soziologischen Ursachen für diese (wiedererwachte) Wahrnehmungsschärfung zu Fragen der sozialen Gradienten in Deutschland kann und soll an dieser Stelle nicht spekuliert werden. Dies wäre sicherlich eine absolut eigenständige Fragestellung, deren Beantwortung ohne Rückgriff auf eine Analyse allgemeinpolitischer Entwicklungen nicht möglich erscheint. Festzuhalten ist aber in diesem Zusammenhang, dass in Anknüpfung an internationale Forschungsentwicklungen und Erkenntnisbestände nun auch in Deutschland breite Forschungsaktivitäten zu Fragen der sozialen Ungleichheit von Morbidität und Mortalität eingesetzt haben [1, 8, 13, 14, 16]. Der Anschluss an die internationale Diskussion ist auf diesem Gebiet zweifellos geschafft und auch für den zahnmedizinischen Bereich liegen in Deutschland erste Analysen zur mundgesundheitlichen Ungleichheitsforschung vor [11, 18].

Soziale Ungleichheitsforschung zu Gesundheit, Krankheit und Tod wird üblicherweise nach der Dimension der vertikalen sozialen Differenzierung (v. a. nach Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen) und der Dimension der horizontalen sozialen Differenzierung (v. a. Alter, Geschlecht, Nationalität) aufgeteilt, wobei die deskriptive Erfassung beobachtbarer Unterschiede in einer Population oder Gesellschaft vorherrscht und analytische Ansätze zur Ursachenaufklärung bisher vergleichsweise noch fragmentarisch geblieben sind. Insbesondere im Hinblick auf die kausale Andeutung des entsprechenden Gradienten im sozialen Schichtungsgefüge zeigen sich logische Sprünge, an deren theoretischer Überwindung zur Zeit intensiv gearbeitet

wird. Dabei scheint der Wechselwirkung zwischen Lebensführung und (schichtgeprägten) Lebenschancen eine Schlüsselrolle zuzukommen, die wiederum die personalen Handlungsdispositionen, Handlungsweisen und gesundheitsbezogenen Lebensstile ausformt [2]. Im Schaubild (▣ **Abb. 1**) von Abel et al. [1] sind in Anlehnung an Mielck [13] die Wirkungspfade sozialer Einflüsse auf Morbidität und Mortalität schematisch zusammengefasst, wobei die Verbindungs Pfeile vom unteren Teil des Schaubildes zum Ausgangsbereich der sozialen Ungleichheit (Bildung/Beruf/Einkommen) zusätzlich andeuten sollen, dass der gesundheitliche Zustand einer Person selbstverständlich auch Einfluss auf seine Position im sozialen Schichtgefüge haben kann (z. B. bei

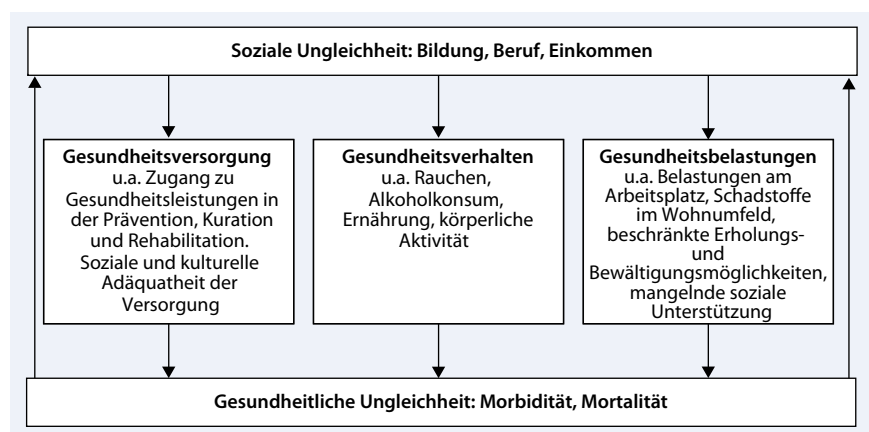


Abb. 1 ▲ Wirkungspfade sozialer Einflüsse auf Morbidität und Mortalität

Tab. 1 Sozialschichtabhängigkeit der Karieslast (DMF-T-Index) in Deutschland im Vergleich 1997 vs. 2005

Altersgruppen	Sozialschicht ^a					
	Niedrig		Mittel		Hoch	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
Kinder (12 Jahre)						
Basis (n)	405	465	349	457	247	433
DMF-T	1,6	0,8	2,0	0,7	1,4	0,5
Erwachsene (35–44 Jahre)						
Basis (n)	195	222	263	374	191	318
DMF-T	16,6	15,6	15,7	15,1	16,1	12,9
Senioren (65–74 Jahre)						
Basis (n)	1031	666	185	183	144	163
DMF-T	24,0	23,0	22,7	20,6	21,7	19,3

^aNach höchstem Schulabschluss, bei Kindern nach Schulbildung der Eltern.

Tab. 2 Sozialschichtabhängigkeit des Kariessanierungsgrades^a in Deutschland im Vergleich 1997 vs. 2005

Altersgruppen	Sozialschicht ^b					
	Niedrig		Mittel		Hoch	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
Kinder (12 Jahre)						
Basis (n)	405	146	349	149	247	105
Sanierungsgrad (%)	78,6	73,9	80,2	79,1	80,5	82,7
Erwachsene (35–44 Jahre)						
Basis (n)	195	217	263	368	191	314
Sanierungsgrad (%)	88,0	93,9	92,6	95,4	96,8	96,9
Senioren (65–74 Jahre)						
Basis (n)	744	474	155	163	122	153
Sanierungsgrad (%)	91,9	94,2	96,5	95,3	97,0	96,4

^aNach der Formel $F/(D+F) \times 100$. ^bNach höchstem Schulabschluss, bei Kindern nach Schulbildung der Eltern.

chronischen Erkrankungen). Hinsichtlich der Hauptwirkung soll dieses Schaubild aber v. a. verdeutlichen, dass sich die Effekte der sozialen Statuslagen sowohl auf Aspekte 1. der Gesundheitsversorgung, 2. des Gesundheitsverhaltens und 3. der Gesundheitsbelastungen auswirken können.

Die empirische Messung des sozialen Schichtungsgradienten selbst hat eine eigene Forschungstradition, wobei Indikatorenmodelle vorherrschen, die üblicherweise Angaben zur Schulbildung, zur Berufsposition und zum Monatseinkommen zu einem Schichtindex zusammenfassen [16, 17], der den befragten und/oder klinisch untersuchten Personen jeweils zugeordnet wird. Methodenorientierte Nachanalysen haben aber zwischenzeitlich gezeigt, dass Indexsysteme auch die Erklärungskraft (Effektstärken) der verwendeten Einzelvariablen abschwächen können [4]. Vor diesem Hintergrund erscheint es ratsam, in Studien zur gesundheitspoli-

tischen Ungleichheit primär Einzelindikatoren (Schulbildung/Beruf/Einkommen) in Anschlag zu bringen und Kombinationen im Sinne von Indexsystemen nur im Vergleich mit Einzelindikatoren einzusetzen. Der Bildungsvariable als Indikator des sozialen Status kommt dabei wohl die größte Bedeutung zu [1].

In den folgenden Darstellungen soll nun für den Bereich der Zahn- und Mundgesundheit in Deutschland die Dynamik des sozialen Gradienten, also das Ausmaß der vertikalen sozialen Differenzierung, anhand von zwei bundesweiten epidemiologischen Surveys [6, 7] nachgezeichnet werden, die einen Zeitvergleich der oralen Krankheitslasten am Beispiel von Zahnkaries, Zahnbetterkrankungen (Parodontitis) und Zahnverlusten über insgesamt 8 Jahre (1997–2005) bei Kindern, Erwachsenen und Senioren ermöglichen. Die verwendeten Datenkörper entstammen der Dritten (DMS III) und der

Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Beide Studien stellen Querschnittsstudien auf der Basis systematischer Zufallsstichproben (Einwohnermeldeamtsstichproben) in ausgewählten Alterskohorten dar und umfassten sowohl einen sozialwissenschaftlichen Befragungsteil als auch einen klinisch-zahnmedizinischen Befundungsteil. Alle folgenden Analysen und Darstellungen beziehen sich auf Daten der Wohnbevölkerung in Deutschland mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Ergebnisse

Zur Karieslast

Die Prävalenz der Zahnkaries wurde mithilfe des international üblichen DMF-T-Indexes ermittelt. Hierbei handelt es sich um einen Summenindex, der pro Gebiss (28 Zähne) die Gesamtzahl der wegen Karies erkrankten (D), wegen Karies verlorengegangenen (M) und wegen Karies gefüllten bzw. sanierten (F) Zähne (T) addiert. Im Hinblick auf die Sozialschichtabhängigkeit dieser Erkrankung der Zahnhartgewebe zeigt sich das Verteilungsbild wie in **Tab. 1** dargestellt.

Insgesamt wird deutlich, dass Angehörige aller drei Sozialschichten und über alle drei untersuchten Altersgruppen hinweg eine sinkende Kariesprävalenz aufweisen, wobei die Absenkungsdynamik bei den Angehörigen der Erwachsenen-Gruppe mit hohem Schulabschluss überproportional stark ausgefallen ist. Weiterhin zeigt das Ergebnisbild, dass die inverse Beziehung zwischen Kariessvorkommen und Sozialschichtzugehörigkeit aber unverändert fortbesteht, Personen mit niedrigerer Sozialschichtzugehörigkeit also ein höheres Maß an Karies aufzuweisen scheinen ($p=0,025$ bei Kindern, $p<0,001$ jeweils bei Erwachsenen und Senioren in 2005 für den Unterschied zwischen niedriger und hoher Sozialschichtzugehörigkeit/U-Test).

Bei getrennter Betrachtung der einzelnen DMF-T-Komponenten wird deutlich, dass bei der Erwachsenen- und Seniorenkohorte v. a. die M-Komponente (wegen Karies verloren gegangener Zähne) eine bestimmende Rolle spielt, wäh-

rend der Sanierungsgrad in allen drei Sozialschichten ähnlich hoch ausgeprägt ist (■ Tab. 2).

Zur Parodontitislast

Entzündliche Erkrankungen des Zahnbettes stellen eine zweite Erkrankungsgruppe dar, die in der Zahnmedizin eine große Relevanz aufweist. Die parodontale Erkrankung wird in der Oralepidemiologie mit unterschiedlichen Indexsystemen gemessen, wobei der „Community Periodontal Index“ (CPI) international häufig zur Messung der Erkrankungszustände eingesetzt wird. Hier handelt es sich aber um eine sog. Maximalwertebetrachtung (der jeweils höchste Befund findet seinen Niederschlag im Index), so dass Überschätzungen der Parodontitisprävalenzen mithilfe des CPI-Index strukturell angelegt sind; dies muss bei der Interpretation aller entsprechenden Parodontalbefunde im Auge behalten werden. Ferner ist zu berücksichtigen, dass der CPI-Index im Grunde zwei verschiedene Erkrankungsformen in einem Index zusammenfasst, nämlich Gingivitis und Parodontitis, so dass eine parodontitisbezogene Befundkonstellation ausschließlich durch den Grad 3 bzw. Grad 4 ausgedrückt wird, wo Taschenbildungen zwischen Zahnwurzel und umliegendem Weichgewebe dokumentiert werden. Die Grade 3 und 4 im CPI-Index werden dabei grundsätzlich erst bei Personen ab 15 Jahren erhoben.

Die Verteilung der Parodontalerkrankung in Deutschland nach Sozialschichtzugehörigkeit stellt sich im Gesamtbild bei den Erwachsenen (■ Tab. 3) und bei den Senioren (■ Tab. 4) folgendermaßen dar:

Im Hinblick auf das hier interessierende Krankheitsbild der Parodontitis mit schwerer Ausprägungsform (Grad 4 im CPI-Index) zeigt sich, dass diese Erkrankung mit dem Alter bei den Angehörigen aller drei Sozialschichten deutlich zunimmt, der Prävalenzanstieg von 1997 nach 2005 bei Personen mit niedrigerem Bildungsstatus sowohl bei Erwachsenen als auch bei Senioren überproportional ausfällt und mit zunehmendem Alter eine Umkehrung schwerer Erkrankungsgrade zwischen den drei Sozialschichten stattfindet und zwar dergestalt, dass Personen mit

Zusammenfassung · Abstract

Präv Gesundheitsf 2009 · 4:113–117 DOI 10.1007/s11553-009-0157-1
© Springer-Verlag 2009

W. Micheelis

Zur Dynamik des sozialen Gradienten in der Mundgesundheit. Befunde aus 1997 und 2005

Zusammenfassung

Hintergrund. Die internationale und die nationale Forschung widmen sich wieder verstärkt Fragen der vertikalen (insbesondere nach Schulbildung, beruflicher Stellung, Einkommen) und horizontalen (insbesondere nach Geschlecht, Alter, Nationalität) sozialen Differenzierung in den modernen Industriegesellschaften, wobei auch Probleme der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung fokussiert werden.

Ziel. Das Datenmaterial aus zwei bundesweiten oralepidemiologischen Surveys (DMS III von 1997 und DMS IV von 2005) wird einer Analyse unterzogen, um für Zahnkaries, Parodontitis und Zahnverluste die Dynamik möglicher sozialer Gradienten dieser Zielkrankheiten aufzuzeigen.

Ergebnis. Die Durchsicht des vorliegenden Datenmaterials ergibt, dass 1. in den letzten 8 Jahren in allen drei Sozialschichten (niedrig, mittel, hoch) Deutschlands beachtliche Gesundheitsgewinne durch den Rückgang der Zahnkaries und den Umfang von Zahnverlusten (Ausnahme: Parodontitis) zu verzeichnen sind und 2. die Geschwindigkeit dieser Morbiditätsrückgänge nach Sozialschichtzugehörigkeit unterschiedlich ausfällt.

Schlüsselwörter

Orale Krankheitslasten · Vertikale soziale Differenzierung · Dynamik des sozialen Gradienten · DMS III · DMS IV

Dynamics of the social gradient in oral health. Empirical findings of 1997 and 2005

Abstract

Background. International and national research in recent years has dealt increasingly with matters of vertical (especially educational level, occupational activity, and income) and horizontal (especially gender, age, and nationality) social differentiation in modern industrial societies. In doing so, research on social inequalities in health status with regard to morbidity and mortality is becoming more and more a focus.

Aim. Against this research background, the data from two nationwide oral epidemiological surveys (DMS III from 1997 and DMS IV from 2005) were analysed to reveal the dynamics of possible social gradients with re-

spect to dental caries, periodontal disease, and tooth loss.

Result. An analysis of the available data shows that in Germany, 1) health benefits with regard to caries decline and tooth loss (with the exception of periodontal disease) were recorded during the last 8 years in all three major social strata, and 2) the decline in morbidity correlates with social stratum.

Keywords

Oral disease burdens · Vertical social differentiation · Dynamics of the social gradient · DMS III · DMS IV

Tab. 3 Sozialschichtabhängigkeit der parodontalen Erkrankung (CPI-Index) bei Erwachsenen^a (35–44 Jahre) in Deutschland im Vergleich 1997 vs. 2005 (in %)

Parodontale Erkrankung	Sozialschicht ^b					
	Niedrig		Mittel		Hoch	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
	n=191	n=216	n=258	n=364	n=191	n=314
Keine Blutung (Grad 0)	12,3	0,0	15,0	0,7	18,3	0,7
Blutung (Grad 1)	8,6	8,3	9,6	9,9	13,1	16,5
Supra- und subgingivaler Zahnstein (Grad 2)	30,2	8,2	25,9	16,0	30,8	17,0
Taschentiefe 4–5 mm (Grad 3)	38,2	50,7	32,3	54,3	24,7	52,4
Taschentiefe ≥6 (Grad 4)	10,7	32,9	17,3	19,1	13,3	13,4
χ ² -Test für Grad 4	p<0,001		p=0,674		p=1,000	

^aOhne Zahnlose.^bNach höchstem Schulabschluss.**Tab. 4** Sozialschichtabhängigkeit der parodontalen Erkrankung (CPI-Index) bei Senioren^a (65–74 Jahre) in Deutschland im Vergleich 1997 vs. 2005 (in %)

Parodontale Erkrankung	Sozialschicht ^b					
	Niedrig		Mittel		Hoch	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
	n=688	n=467	n=148	n=163	n=122	n=149
Keine Blutung (Grad 0)	5,5	1,7	9,5	1,6	2,3	0,5
Blutung (Grad 1)	8,4	4,0	8,7	4,6	4,3	3,7
Supra- und subgingivaler Zahnstein (Grad 2)	22,6	7,3	18,9	6,1	22,3	6,2
Taschentiefe 4–5 mm (Grad 3)	40,3	47,9	37,4	51,1	40,3	44,6
Taschentiefe ≥6 mm (Grad 4)	23,1	39,1	25,4	36,6	30,8	44,9
χ ² -Test für Grad 4	p<0,001		p=0,038		p=0,017	

^aOhne Zahnlose.^bNach höchstem Schulabschluss.**Tab. 5** Sozialschichtabhängigkeit von Zahnverlusten (Anzahl fehlender Zähne) in Deutschland im Vergleich 1997 vs. 2005

Altersgruppen	Sozialschicht ^a					
	Niedrig		Mittel		Hoch	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
Kinder (12 Jahre)						
Basis (n)	405	465	349	457	247	433
Mittelwert	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Erwachsene (35–44 Jahre)						
Basis (n)	195	222	263	374	191	318
Mittelwert	5,7	4,0	4,0	3,0	3,0	1,5
U-Test	p<0,001		p=0,009		p=0,001	
Senioren (65–74 Jahre)						
Basis (n)	1031	666	185	183	144	163
Mittelwert	18,7	16,0	15,0	11,1	13,5	8,6
U-Test	p<0,001		p=0,001		p=0,001	

^aNach höchstem Schulabschluss, bei Kindern nach Schulbildung der Eltern.

hohem Bildungsstatus in der Seniorenkohorte am häufigsten den Grad 4 („tiefe Taschen“) aufzuweisen scheinen. Während im mittleren Lebensalter die parodontale Erkrankung also noch einen sehr klaren sozialen Gradienten im Sinne einer inversen Beziehung zwischen Sozialschicht-

zugehörigkeit und Krankheitsschwere zeigt (Faktor 2,5 für das Bezugsjahr 2005), verliert sich dieser Zusammenhang im höheren Lebensalter deutlich und die Krankheitslasten zwischen den Sozialschichten gleichen sich – ebenfalls für das Bezugsjahr – zumindest sehr stark an.

Zu Zahnverlusten

Der Erhalt der eigenen Bezaehlung hat für eine präventionsorientierte Zahnmedizin zweifellos den höchsten Vorrang. Kaufunktion, Lautbildung und Gesichtsästhetik werden durch Zahnverluste entscheidend beeinträchtigt, so dass das Thema der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität in weiten Bereichen über diesen oralen Indikator definiert werden kann. Dementsprechend gehört das Zahnverlustrisiko auch im internationalen Rahmen der Oralepidemiologie zum Kernbestand der Dokumentation, wobei die totale Zahnlosigkeit sozusagen den finalen Endpunkt des erkrankten Kauorgans markiert.

Im Hinblick auf die Sozialschichtabhängigkeit der Zahnverluste in Deutschland zu den Zeitpunkten 1997 bzw. 2005 gibt die **Tab. 5** Auskunft. Hier zeigt sich, dass über alle drei Sozialschichten hinweg in den letzten 8 Jahren ein deutlicher Rückgang der Zahnverluste sowohl bei Personen mittleren Alters als auch bei Personen höheren Alters verzeichnet werden kann (in der Kinderkohorte wurden keine Zahnverluste festgestellt). Ferner zeigt sich, dass in der Gruppe der Erwachsenen die größten absoluten Gesundheitsgewinne bei den Angehörigen mit niedrigem Sozialstatus und in der Gruppe der Senioren bei den Angehörigen mit hohem Sozialstatus die stärksten Rückgänge von Zahnverlusten dokumentiert werden können. Unabhängig von dieser Dynamik des sozialen Gradienten im Zeitraum 1997–2005 bleibt aber der sozialmedizinische Kernbefund bestehen, dass die Zahnverluste bei den Erwachsenen und Senioren in Deutschland durchgängig in einer inversen Beziehung zur Sozialschichtzugehörigkeit stehen; je höher der soziale Status, desto geringer ist der Umfang dokumentierbarer Zahnverluste in den entsprechenden Teilgruppen.

Diskussion

Die Durchsicht des Datenmaterials der DMS III von 1997 und der DMS IV von 2005 zum sozialen Gradienten der oralen Krankheitslast am Beispiel von Zahnkaries, Parodontitis und Zahnverlusten hat insgesamt verdeutlicht, dass

1. für alle drei Zielkrankheiten fast durchgehend eine erhöhte Krankheitslast für die untere Statusgruppe empirisch nachweisbar ist und
2. dass im Verlauf der letzten 8 Jahre orale Gesundheitsgewinne (Ausnahme: Parodontitis) empirisch dokumentiert werden können, ohne allerdings eine Nivellierung in den Prävalenzen zwischen den Sozialschichten zu bewirken; ganz im Gegenteil hat die mundgesundheitliche Ungleichheit teilweise zugenommen, was auf eine Zweigeschwindigkeitentheorie im Hinblick auf die zeitliche Dynamik schichtspezifischer Gesundheitsgewinne hinweisen dürfte.

Diese Sozialschichtabhängigkeit zahnmedizinischer Haupterkrankungen in Deutschland stellt einen gesellschaftsmedizinischen Befund dar, der sich in entsprechende internationale Befunde bei Kindern und Jugendlichen anderer hochindustrialisierter Länder Westeuropas einfügt [10], aber auch in der erwachsenen Bevölkerung beispielsweise in Dänemark [9] oder in Norwegen [5] oder in den USA [3] aufgezeigt werden konnte.

Über die Ursachen der sozialepidemiologischen Trends in Deutschland lässt sich an dieser Stelle nur spekulieren. Interessanterweise bezieht sich der soziale Gradient aber in erster Linie auf die oralen Morbiditätsunterschiede zwischen den einzelnen Statusgruppen selbst und sehr viel weniger auf den zahnmedizinischen Versorgungsgrad (hier: Kariessanierungsgrad); zweifellos ein Hinweis darauf, dass das Gesundheitssystem in Deutschland aufgrund seiner institutionellen Ausgestaltung (Versicherungspflicht) über insgesamt niedrige Zugangsschwellen zur Inanspruchnahme (zahn)ärztlicher Dienstleistungen verfügt.

Selbstverständlich bleibt davon aber völlig unberührt, was die eigentlichen Hintergründe bzw. kausalen Mechanismen der dokumentierbaren Morbiditätsunterschiede nach Sozialschichtzugehörigkeit betrifft. Hier besteht weiterhin großer Forschungsbedarf, um mundgesundheitsbezogene Verhaltensweisen (Mundhygiene, Fluoridanwendungen, Ernährungsgewohnheiten, Inanspruchnahmestruktur zahnärztlicher Dienste

usw.) auf der Mikroebene mit den aggregierten Erkrankungsbefunden nach Sozialschichtzugehörigkeit auf der Makroebene zu verknüpfen. Eine Ausleuchtung der Mesoebene, also der sozialen Lebenskontexte in Familie, Schule, Beruf und Freizeit erscheint hier v. a. wünschenswert, um das Gefüge relevanter mundgesundheitlicher Risikofaktoren im Lebensalltag der Menschen angemessen rekonstruieren zu können.

Dabei sollten Fragestellungen zu den Risikofaktoren für die Allgemeingesundheit zweifellos verstärkt berücksichtigt werden, da „oral health“ und „general health“ teilweise enge medizinische Berührungspunkte (z. B. bei Rauchen oder bei Stress) haben und ganz ähnlichen Mustern der vertikalen sozialen Differenzierung zu unterliegen scheinen [15]. Andererseits reicht aber die sozialepidemiologische Erkenntnislage durchaus aus, um den Interventionsbedarf zu den oralen Krankheitslasten nach Zielgruppen (Bildung, Beruf, Einkommen) grob abzugrenzen und die entsprechenden Ressourcen zu bündeln. Analytische Verfeinerungen definierter Zielgruppen bei überproportionalen oralen Krankheitsausprägungen von Zahnkaries, Parodontitis und Zahnverlusten würden aber stark helfen, den „Zuschnitt“ nach Prävention, Kurierung und Rehabilitation in den verschiedenen Sektoren der bundesdeutschen Gesellschaft weiter zu optimieren.

Fazit für die Praxis

Das Gefälle von Zahnkaries, Parodontitis und Zahnverlusten nach sozialer Schichtzugehörigkeit ist in Deutschland nach wie vor deutlich ausgeprägt, wenn auch in den letzten 8 Jahren in allen Sozialschichten orale Gesundheitsgewinne (Ausnahme: Parodontitis) verzeichnet werden können. Insofern erscheint es gesundheitspolitisch wünschenswert, Maßnahmen zur Zielgruppenorientierung auf dem Gebiet der Zahn- und Mundkrankheiten v. a. bei präventiven Interventionsansätzen weiter auszubauen, um eine optimale Ressourcenallokation der vorhandenen Kräfte und Mittel sicherzustellen.

Korrespondenzadresse

Dr. disc. pol. W. Micheelis Dipl.-Soz.



Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Universitätsstraße 73,
50931 Köln
w.micheelis@idz-koeln.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Abel T, Schmucki MD, Huwiler-Müntener K (2007) Sozialmedizin und Gesundheitssoziologie. In: Gutzwiller F, Paccaud F (Hrsg) Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Huber, Bern, S 23–34
2. Cockerham WC (2007) Social causes of health and disease. Polity Press, Cambridge Malden
3. Cunha-Cruz J, Hujuel PP, Nadonovsky P (2007) Secular trends in socio-economic disparities in edentulism: USA 1972–2001. J Dent Res 86: 131–136
4. Geyer S (2008) Einzelindikator oder Index? Maße sozialer Differenzierung im Vergleich. Single indicator or index? Comparison of measures of social differentiation. Gesundheitswesen 70: 281–288
5. Haugejorden O, Klock KS, Åström AN et al (2008) Socio-economic inequality in the self-reported number of natural teeth among Norwegian adults – an analytical study. Comm Dent Oral Epidemiol 36: 269–278
6. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (1999) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
7. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Deutscher Zahnärzte-Verlag, Köln
8. Knopf H, Ellert U, Melchert HU (1999) Sozialschicht und Gesundheit. Gesundheitswesen 61: 169–177
9. Krstrup U, Petersen PE (2007) Dental caries prevalence among adults in Denmark – the impact of socio-demographic factors and use of oral health services. Comm Dent Health 24: 225–232
10. Marthaler TM (2004) Changes in dental caries 1953–2003. Caries Res 38: 173–181
11. Micheelis W (2001) Soziale Ungleichheit und Mundkrankheiten. In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg) Sozial-Epidemiologie: Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa, Weinheim München, S 128–140
12. Mielck A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Huber, Bern
13. Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern Göttingen
14. Mielck A, Bloomfield K (2001) Sozial-Epidemiologie: Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa, Weinheim München
15. Sabbah W, Tsakos G, Chandola T et al (2007) Social gradients in oral and general health. J Dent Res 86: 992–996
16. Siegrist J (2005) Medizinische Soziologie. Urban & Fischer, München Jena
17. Winkler J, Stolzenberg H (1999) Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. Gesundheitswesen 61(2): 178–183
18. Ziller S (2008) Soziale Ungleichheit und Mundgesundheit. In: Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg) Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Teilhabe stärken – Empowerment fördern – Gesundheitschancen verbessern. CD-ROM, Berlin, S 1–10

Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008

In der Gesundheitsdiskussion der letzten Jahre ist man häufig davon ausgegangen, dass viele der neuen chronischen Erkrankungen in erster Linie durch individuelles Verhalten ausgelöst werden. Ganz nach der Vorstellung: Wer schlecht isst, oder sich zu wenig bewegt, wird krank und ist letztlich selbst dafür verantwortlich. Die Forschung zeigt jedoch immer deutlicher, dass der Gesundheitszustand des Einzelnen auch von äusseren Einflüssen bestimmt wird. Dazu zählen sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen, bzw. soziokulturelle Determinanten wie Geschlecht, ethnische Herkunft oder gesellschaftlicher Status. Wie gesund eine Gesellschaft ist, hängt also sowohl von individuellen als auch von gesellschaftlichen Bedingungen ab.

Zusammenhänge erkennen und multisektoral lösen

Der Nationale Gesundheitsbericht 2008 «Gesundheit in der Schweiz» beschreibt erstmals die Gesundheit der Bevölkerung im Lichte dieser sozialen Gesundheitsdeterminanten. Die Schweiz ist damit nach Schweden und Finnland eines der ersten Länder in Europa, das dieses neue Konzept aufgreift. Mit diesem Vorgehen verbunden ist die Überzeugung, dass Gesundheitspolitik mehr leisten muss, als die Versorgung von erkrankten Menschen sicherzustellen. Sie sollte auch dazu beitragen, die sozialen Bedingungen so zu gestalten, dass möglichst vielen Menschen der Zugang zu den Ressourcen des Gesundheitssystems ermöglicht wird. Dabei gilt es vor allem, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen.

Ein solcher Ansatz bringt mit sich, dass ein Gesundheitsbericht wie der vorliegende nicht einfach Daten sammelt, die den Gesundheitszustand einer Gesellschaft darstellen. Vielmehr muss er aufzeigen, wie Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen verteilt sind – für Männer und Frauen getrennt und betrachtet über die ganze Lebensspanne von der Kindheit bis

ins hohe Alter. Der Bericht «Gesundheit in der Schweiz» versucht dies, indem er den Einfluss von Determinanten wie Status, Bildung, sozialen Ressourcen, aber auch des familiären und sozialen Umfelds auf die Gesundheit herausarbeitet. Er verweist damit auf Zusammenhänge, welche es allen Akteuren im Gesundheitswesen ermöglichen sollen, Ansätze für künftige Verbesserungen im Gesundheitswesen zu entwickeln. Ein solcher Ansatz zeigt auch, dass das Ziel eines gesunden Lebens nicht nur die Gesundheitspolitik im engeren Sinne betrifft, sondern eine multisektorale Aufgabe ist, die viele gesellschaftliche Entscheidungsträger in die Verantwortung nimmt.

Inhalte des Gesundheitsberichtes

Der vorliegende Bericht «Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008» beschreibt in fünf Hauptkapiteln zukunftsrelevante Themen der Schweizer Gesundheits- und Gesellschaftspolitik:

- Hauptkapitel I führt in das Konzept der Gesundheitsdeterminanten ein.
- Hauptkapitel II befasst sich mit der Gesundheit der Bevölkerung in verschiedenen Lebensphasen und unter prekären Lebensbedingungen.
- Hauptkapitel III bietet eine Übersicht der chronischen Krankheiten und Unfälle.
- Hauptkapitel IV diskutiert die grundlegenden Gesundheitsdeterminanten «Bildung» und «Umwelt».
- Hauptkapitel V informiert über die Inanspruchnahme, die Kosten und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung.
- Die abschließende Gesamtsynthese beschreibt Wege zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik.

Jedes dieser Hauptkapitel besteht aus mehreren thematischen Kapiteln, deren wichtigste Botschaften jeweils durch eine Synthese zusammengefasst werden. Abschließend präsentiert der Bericht eine wissenschaftliche Gesamtsynthese, die nochmals die Wichtigkeit der Strategie «Gesundheit in allen Gesellschafts- und Politikbereichen» verdeutlicht. Damit will

der Nationale Gesundheitsbericht auch eine Brücke von der Wissenschaft zur Politik schlagen und einen Beitrag zu aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen leisten.

Katharina Meyer (Hrsg.), Gesundheit in der Schweiz - Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Verlag Hans Huber, Bern 2008. 374 S., Kt. ISBN: 978-3-456-84626-2
<http://www.verlag-hanshuber.com/vkat/einzeltitel.php?isbn=978-3-456-84626-2>

Katharina Meyer (Neuchâtel)