

Initiative für eine mundgesunde Zukunft in Deutschland

Schwerpunkt-Thema 2026:

„Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen im sozialen Spannungsfeld“

Statement von: Dr. Romy Ermler MBA, Präsidentin der BZÄK

1. Warum halten Sie dieses Thema für wichtig?

Alle chronischen und lebensstilabhängigen Erkrankungen verlaufen entlang eines sozialen Gradienten. Da macht auch die **Zahnmedizin** leider **keine Ausnahme**. Der soziale Gradient in der Mundgesundheit bezeichnet den Zusammenhang, bei dem Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status (für die Zahn- und Mundgesundheit hat sich das Bildungsniveau als wichtige Determinante herausgestellt) häufiger unter Karies, Zahnverlust und Parodontitis leiden als sozial bessergestellte Gruppen. Diese Sozialschichtabhängigkeit zahnmedizinischer Haupterkrankungen in Deutschland stellt zudem einen sozialmedizinischen Befund dar, der sich in entsprechende internationale Befunde bei Kindern und Jugendlichen anderer hochindustrialisierter Länder Westeuropas einfügt.

Die bisherigen Trendergebnisse der Deutschen Mundgesundheitsstudien (aktuelle Ergebnisse dazu finden sich in der DMS • 6: www.deutsche-mundgesundheitsstudie.de) belegen, dass die **Karieserfahrung** bereits und trotz der breiten und kostenfreien zahnmedizinischen Präventionsangebote der Gruppen- und Individualprophylaxe **bei Kindern stark einem Bildungsgradienten folgen** und die Karieslast bei Kindern aus der niedrigen familiären Bildungsgruppe viermal höher ist. **Diese „Kariespolarisation“ betrifft aktuell etwa 20 Prozent der Kinder – das muss sich ändern!**

Für mich ist ganz wichtig, dass **gesundheitliche Teilhabe keine Frage von Herkunft oder Bildung sein darf!** Das Thema geht weit über die Zahnmedizin hinaus und ist ganz klar auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von der Zahnmedizin nicht allein geleistet werden kann.

2. Was motiviert Sie persönlich, dieses Thema voranzutreiben?

Während die zahnmedizinische Prävention in Deutschland große Fortschritte erzielt hat, stagniert dieser positive Trend zunehmend. Künftig muss die Prävention deshalb stärker auf schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden – insbesondere auf Menschen mit Migrationsgeschichte und aus bildungsfernen Schichten. Wenn wir **Prävention gezielt dort verankern, wo sie bislang kaum ankommt, können wir weitere Fortschritte erzielen**. Dafür mache ich mich als Präsidentin der Bundeszahnärztekammer stark. Und **mit dem PraxisAWARD Prävention** als einem Baustein im Präventionsgefüge können wir **Projekte sichtbar machen, die genau dort wirken, wo der Bedarf am größten ist** – bei Kindern und Jugendlichen in herausfordernden Lebenslagen.

3. Welche Facetten des o.g. Themas sollten in der Öffentlichkeit Ihrer Meinung nach besonders „beleuchtet“ werden?

Für mich ist wichtig zu betonen, dass die **Zahnmedizin ein fester Bestandteil des medizinischen Fächerkanons** ist und dass die Wissenschaft in den vergangenen Jahren viele Erkenntnisse über interdisziplinäre **Wechselwirkungen zwischen der Mund- und der Allgemeingesundheit** geliefert hat. Die Probleme der Zahnmedizin unterscheiden sich hinsichtlich der Determinanten und Zusammenhänge nur unwesentlich von der Medizin, gerade wenn es um den Mundgesundheitszustand in Abhängigkeit vom Sozialstatus geht, sogenannter *common risk factor approach* (**Gemeinsamer Risikofaktorenkanon**). Gemeinsame Risikofaktoren sind v. a. soziale Umfeldrisiken, Ernährung, Tabak und Alkohol. **Zahnärzte und Zahnärztinnen** nehmen risikobehaftetes Verhalten bei Patienten häufig früher als Allgemeinmediziner und Hausärzte wahr. Zahnarztpraxen **könnten** sich also perspektivisch **stärker als „Frühwarnsystem“ für allgemeinmedizinische Auffälligkeiten positionieren**.

Ganz konkret kann man in der zahnmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung nachfolgende **Maßnahmen** relativ schnell umsetzen:

- die verstärkte Nutzung von Fluorid in der Frühprävention und die öffentlichkeitswirksame Propagierung dieses Aspekts,
- das häusliche Umfeld als Faktor für eine regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Präventionsmaßnahmen in der Pubertät (Elterneinbindung),
- Gesundheitsbildung an den Schulen forcieren (GP ausbauen; LAGn und Schulträger einbinden; Aktionstage zur Mundgesundheit initiieren),
- die Stärkung der Eigenverantwortung für die Mundgesundheit (z. B. Motivation der Jugendlichen über Schönheitsideale),
- Eine Herstellerabgabe auf zuckerhaltige Getränke sowie die Einführung einer verpflichtenden Lebensmittelkennzeichnung und Werbebeschränkungen für stark gezuckerte Lebensmittel für (Klein-)Kinder politisch umsetzen.

Ein wichtiges Anliegen ist mir trotz der sozialen Problemlagen zu betonen, dass **Prävention wirkt!** So konnte insgesamt in Deutschland der Anteil an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für vertragszahnärztliche Leistungen in den letzten Jahren um mehr als 30 % gesenkt werden.

Gesundheitspolitisch sollte **das erfolgreiche zahnmedizinische Präventionsmodell deshalb als Blaupause für andere Medizinbereiche genutzt werden**. Das gilt insbesondere für die gemeinsamen Risikofaktoren mit den maßgeblichen chronischen Allgemeinerkrankungen, wie **Ernährung (hier v. a. Zuckerkonsum), Rauchen sowie soziale Aspekte**.

4. Welche interdisziplinären (Fach)gruppen sollten noch in das Thema eingebunden werden?

Die bestehenden zahnmedizinischen Präventionsansätze und -bemühungen sollten beibehalten und weiter gestärkt werden, um die Präventionserfolge der letzten Jahrzehnte zu sichern. Die Individual- und Gruppenprophylaxe sowie eine zugehende Betreuung für Kinder und Jugendliche in sozial schwachen Milieus sollten besonders gestärkt bzw. ausgebaut werden (**Setting-Ansatz**). Dabei könnten **Schulen und Kitas in sozialen Brennpunkten** prioritär einbezogen werden. Der gesundheitsöko-

nomische und sozialpolitische Aufwand ist dabei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte gegenüber der Politik kontinuierlich eingefordert werden (z.B. **Stärkung der Sozialarbeit**, Vorschulpflicht verbindlich einführen).

Ein weiterer Punkt ist die **Gesundheitsbildung „Gesundheit“ als Schulfach**. Gesundheitskompetenz beginnt nicht erst im Erwachsenenleben – sie muss so früh wie möglich in der Schule vermittelt werden.

Große Chancen sehe ich auch im **zahnmedizinischen Fachpersonal mit eigener Migrationsbiografie**, das als kulturelle und sprachliche Brücke wirken kann.

Ernährung, Rauchen und soziale Faktoren sind drei wesentliche Risikofaktoren, die sich die Mundgesundheit mit der Allgemeingesundheit teilt – hier könnten **Präventionsstrategien fachübergreifend ansetzen**.

Gesundheitspolitisch sollte das erfolgreiche zahnmedizinische Präventionsmodell als Blaupause für andere Medizinbereiche genutzt werden. **Der gemeinsame Risikofaktorenansatz sollte stärker für die Vermittlung von (zahn)medizinischen Präventionsbotschaften genutzt werden**. Auf all diesen Ebenen bedarf es einer intensivierten **Zusammenarbeit der Zahnärzteschaft mit den Allgemeinärztinnen und -ärzten sowie weiteren Fachgruppen**, um Menschen in sozial prekären Lebenslagen noch besser interprofessionell zu betreuen.