

Offizielles Organ des Bundesverbandes
der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

45. Jahrgang / Dezember 2015 www.bzoeg.de

e-Monitoring der
Zahngesundheit

Karies – neues
Verständnis,
neue Optionen

Verhaltensformung
und Hypnose in der
Kinderbehandlung



60 Jahre BZÖG

2.15

Fluoridin N5: Starker Kariesschutz für die Zähne



Fluoridin N5 ist eine 5%ige Natriumfluoridsuspension für die Kariesprophylaxe und wurde speziell für die Anwendung in der Kinderzahnheilkunde entwickelt.

Fluoride sind eine unverzichtbare Säule der präventiv orientierten Zahnheilkunde. Zu den wichtigsten Methoden bei der Kariesprophylaxe zählt deshalb die Applikation fluoridhaltiger Präparate. Ihre kariesinhibierende Wirkung ist bereits seit langem durch diverse Studien eindeutig belegt. Das trifft insbesondere auf das Fluoridpräparat Fluoridin N5 zu, dessen nachhaltige Wirksamkeit gleich von mehreren Studien untermauert wurde.

So wurde beispielsweise im Rahmen einer Zwei-Jahres-Studie bei 288 Kindern im Alter von zwei bis vier Jahren mit nachweislich erhöhtem Kariesrisiko u.a. Fluoridin N5 eingesetzt^[1,2]. Halbjährlich wurde bei 84 Kindern der Gruppe A Fluoridin N5 appliziert (4 Anwendungen), bei 113 Kindern der Gruppe B Duraphat (Colgate) in ebenfalls 4 Anwendungen und bei 91 Kindern der Kontrollgruppe C wurde auf die Applikation eines Fluoridlackes verzichtet. Parallel zur Fluoridapplikation putzten sich die Kinder aller Gruppen täglich unter Aufsicht mit fluoridhaltiger Zahncreme (500 ppm Fluorid) die Zähne und erhielten vierteljährlich Instruktionen zur richtigen Mundhygiene sowie eine Ernährungsberatung.

Nach zwei Jahren standen bei der Untersuchung noch 200 Probanden zur Verfügung (Gruppe A: 60 Kinder, Gruppe B: 76 Kinder, Gruppe C: 64 Kinder). Die Zahl der kariesfreien Flächen war in der Fluoridin N5-Gruppe nahezu unverändert. Dies galt ebenso für die initialkariösen Flächen. Innerhalb der Duraphat-Gruppe stieg die Anzahl

der initialkariösen Flächen um mehr als 20 % und in der Kontrollgruppe ohne prophylaktischen Lack sogar um mehr als 500 %. Im Hinblick auf den Karieszuwachs zeigten beide Fluoridprodukte eine deutlich hemmende Wirkung, die bei Fluoridin N5 bei etwa 57 % gegenüber der Kontrollgruppe bezogen auf dmft und dmfs liegt. Das Studienergebnis überzeugt von der Wirkung der Fluoridanwendung und empfiehlt ihren Einsatz als effiziente und sichere Maßnahme zur Kariesprävention bei Klein-, Vorschul- und Schulkindern.

Fluoridin N5 ist eine Fluorid-Suspension, die beim Auftragen auf die Zähne flüssiger wird und dadurch auch sehr gut schwer zugängliche Regionen erreicht (Fissuren, Interdentalräume, entlang der Ränder von Brackets, Zahnhälse, Kronenränder etc.). Die Fluoride tragen aktiv zum Schutz vor Karies bei, hemmen die Zerstörung des gesunden Zahnes und geben dem Zahn die Widerstandskraft einer gesunden Zahnoberfläche zurück. Nach Applikation der Suspension dringen die Fluoride in den Schmelz ein und entfalten dort ihre langanhaltende Wirkung. Seine Feuchtigkeits-Toleranz macht Fluoridin N5 gerade in der Kinderzahnheilkunde mit Blick auf die Compliance der jungen Patienten zum Fluoridprodukt der Wahl. Er lässt sich auch dann problemlos applizieren, wenn eine Trocknung der zu behandelnden Bereiche nicht oder nur schlecht möglich ist. Bei Kindern punktet Fluoridin N5 nicht zuletzt dank seines angenehmen Himbeergeschmacks.

Die Anwendung des Materials ist ebenso einfach wie sicher. Fluoridin N5 lässt sich ganz leicht mit einem Pinsel oder Schaumstoffpellet auf die kariesgefährdeten Stellen auftragen oder mit Hilfe praktischer Zylinderampullen direkt applizieren. Diese ermöglichen eine exakte Dosierung und punktgenaue Applikation und erlauben so ein sauberes und wirtschaftliches Arbeiten.

Indikationen

- Kariesprophylaxe bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- Unterstützung der Behandlung von Initialkaries
- Behandlung überempfindlicher Zahnhälse

Vorteile

- Sehr gute Benetzung schwer zugänglicher Bereiche (Fissuren, Interdentalräume, entlang der Ränder von Brackets, Zahnhälse, Kronenränder etc.)
- Kann auch auf feuchten Oberflächen aufgetragen werden
- Angenehm fruchtiger Geschmack

Ansprechpartner:

Bernd Brandt, VOCO GmbH - Manager Special Markets, Tel. 0170 7503792, b.brandt@voco.de

Arzneimittelhinweis:

Fluoridin N 5 zur Kariesprophylaxe. Wirkstoff: Natriumfluorid. 1 g Fluoridin N 5 enthält 50 mg Natriumfluorid (entsprechend 22,6 mg Fluorid), Kolophonium modifiziert, Ethanol, Siliciumdioxid, Ethylcellulose, Natriumcycloamat, Saccharin, Farbstoff E 172, Himbeearoma. Anwendungsgebiete: Vorbeugung der Karies, Unterstützung zur Behandlung der Initialkaries. Behandlung überempfindlicher Zahnhälse. Gegenanzeigen: Bei Überempfindlichkeiten gegen einen der Inhaltsstoffe darf Fluoridin N 5 nicht angewendet werden. Bei Personen, bei denen die Kontrolle über den Schluckreflex nicht gewährleistet ist (z.B. Kinder vor der Einschulung, Behinderte), darf Fluoridin N 5 nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden. Nebenwirkungen: Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind keine Nebenwirkungen bekannt. In Einzelfällen sind Überempfindlichkeitsreaktionen (allergische Reaktionen) jedoch nicht auszuschließen. Verschreibungspflichtig.

Literatur:

- [1] A. Borutta, S. Hufnagl, S. Möbius, G. Reuscher: Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 2006, 28, 8-14.
 [2] A. Borutta, S. Hufnagl, S. Möbius, G. Reuscher: Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 2006, 28, 103-109.

EDITORIAL



Dr. Claudia Sauerland



**Dr. Michael Schäfer
MPH**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,

60 Jahre BZÖG! Unser Verband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird in diesem Jahr 60 Jahre alt. Kein Grund zur Traurigkeit, aber Grund zum Innehalten und zur Reflexion.

Als die Delegiertenversammlung am 26.02.1955 in Kassel beschloss, den Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu gründen, kannte wohl niemand der Anwesenden Begriffe wie Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Frühkindliche Karies, Settingansatz, EDV-Erfassung, Präventionsgesetz, Gesundheitsberichterstattung (versus Medizinalstatistik), Multiplikatoren oder Initialkaries.

Allen gemein war und ist jedoch das Anliegen, Zahngesundheit und Prophylaxe in die Kindertagesstätten und Schulen zu tragen, um Kindern ein zahngesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Auf diesem Weg sind wir mit allen gleichgesinnten Partnerinnen und Partnern sehr erfolgreich.

Dem Staatstheoretiker Charles de Secondat, Baron de Montesquieu wird der Satz zugeschrieben: „Für seine Arbeit suche man Zustimmung, aber niemals nur Beifall.“ Für unsere Arbeit, für unser Bemühen um die Zahngesundheit insbesondere der Kinder und Jugendlichen erhalten wir viel Zustimmung, ja mitunter Beifall. Nicht immer laut und oft nicht pressewirksam, aber ernsthaft gemeint und deshalb Ansporn für die Zukunft.

Welchen Weg wir in den letzten zehn Jahren genommen haben, wollen wir Ihnen in diesem Heft noch einmal aufzeigen.

In Zukunft werden wir uns damit auseinandersetzen müssen, dass unter den Bedingungen restriktiver Ressourcen und einem zunehmenden marktanalogen Umbau unseres Gesundheitswesens der Öffentliche Gesundheitsdienst davon keineswegs unberührt bleiben wird.

Deswegen ist es umso wichtiger, unsere datengestützten Aussagen über prioritäre Problemlagen und Handlungserfordernisse im System der zahngesundheitlichen Prävention und Versorgung in unseren Kommunen voranzutreiben. Zweifelsfrei wird hierzu ein effektives Ineinandergreifen von Datenerhebung, Zielentwicklung, Maßnahmenplanung, Durchführung sowie Evaluation gehören.

Wir Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wissen heute um die hohen Anforderungen des settingbezogenen Präventionsansatzes an die institutionelle Kooperation und Vernetzung und daran führt in unserem Handeln kein Weg vorbei. Hieraus erwächst Verantwortung, der wir uns stellen. Die Angebote zur Beeinflussung des individuellen Gesundheitsverhaltens – so wichtig sie auch in einem systematischen Konzept sind – bieten nur einen geringen Zugriff auf die Krankheitsursachen und sind dadurch gekennzeichnet, dass Zielgruppen mit deutlich erhöhten Gesundheitsrisiken von ihnen kaum erreicht und genutzt werden.

60 Jahre BZÖG vereinen Stolz und Ansporn. Lesen Sie blickpunktartig noch einmal Ereignisse aus den letzten 10 Jahren und nutzen wir diese für die vor uns liegende inhaltliche und fachliche Arbeit in und für unseren Verband.

Ihre

Dr. Claudia Sauerland
Dr. Michael Schäfer



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

3 Editorial

Kongressbeitrag

5 Der Öffentliche Gesundheitsdienst – hart am Wind

Figurentheater „Ernst Heiter“

7 e-Monitoring der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung

9 Karies – neues Verständnis, neue Optionen

11 Verhaltensformung und Hypnose in der Kinderbehandlung

14 Silbernes Ehrenzeichen für Frau Professor Dr. Annerose Borutta

Berichte

15 Alles mit dem Mund, alles in den Mund

Aktuelles

17 „Gesund beginnt im Mund – 25 Jahre Tag der Zahngesundheit“

Verband

18 60 Jahre BZÖG

Interessante Artikel aus der Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ von 2005 bis heute

26 Chronik der Vorstandsmitglieder des BZÖG

27 Der BZÖG im Flyerformat – Was ist und was macht der BZÖG? Wen und was vertritt er?

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 2.15
 Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –
 Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens

Herausgeber:
 Bundesverband der Zahnärzte
 des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

1. Vorsitzender:
 Dr. Michael Schäfer, MPH
 Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf
 Tel. 0211/8 99 26 41, E-Mail: schaefer@bzoeg.de

2. Vorsitzende:
 Dr. Claudia Sauerland
 Uelzener Dorfstraße 9, 59425 Unna
 Tel. 02303/27 26 53, E-Mail: sauerland@bzoeg.de

Geschäftsführung:
 Dr. Cornelia Wempe
 Erikastraße 73, 20251 Hamburg
 Tel. 040/42 80 13 375, Fax 040/42 80 12 567
 E-Mail: wempe@bzoeg.de

Redaktion Zeitung:
 Erdmuth Kettler
 Klettenweg 3, 99097 Erfurt
 Tel.: 03628/738-536, Fax: 03628/ 738-503
 E-Mail: kettler@bzoeg.de

Redaktion Internet:
 Dr. Grit Hantzsche
 Hohe Straße 61, 01796 Pirna
 Tel. 03501/5 15 23 36, Fax 03501/5 15 23 09
 E-Mail: hantzsche@bzoeg.de

Anzeigenverwaltung:
 Schatzmeisterin: Dr. Sabine Breitenbach
 Hans-Sachs-Ring 95a, 68199 Mannheim
 Tel. 0621/2 93 22 50, E-Mail: breitenbach@bzoeg.de
 Bankverbindung: Foerde Sparkasse
 IBAN: DE55210501700019205558
 BIC: NOLADE21KIE

Wissenschaftlicher Referent:
 Dr. Uwe Niekusch
 Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf
 Tel. 06221/522 18 48, Fax 06221/522 18 50
 E-Mail: niekusch@bzoeg.de

Zeitungsbeirat:
 Dr. Angela Bergmann, Krefeld
 Dr. Christoph Hollinger, Lünen
 Dr. Gereon Schäfer, Saarbrücken

Satz und Druck:
 Poly-Druck Dresden GmbH, Reisstr. 42, 01257 Dresden

Bezug:
 Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ erscheint zweimal im Jahr. Verbandsmitglieder erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Einzelheft: 7,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, inkl. Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten. Bestellungen werden von der Geschäftsführung entgegengenommen. Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluss.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

Auflage: 650 Exemplare

ISSN 0340-5478

Die Zeitschrift ist der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.

www.bzoeg.de

Titelbild: BZÖG-Flyer – gestaltet in Zusammenarbeit mit der Medienagentur „Form, Farbe, Style“

Der Öffentliche Gesundheitsdienst – hart am Wind

Die alte Hansestadt Rostock bot vom 23. bis 25. April 2015 mit ihren beeindruckenden historischen Zeugnissen norddeutscher Backsteingotik die Kulisse für den 65. Wissenschaftlichen Kongress der beiden Bundesverbände der Zahnärzte (BZÖG) sowie der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD). Passend zum diesjährigen Kongressmotto „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – hart am Wind“ ließen sich die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Öffentlichen Gesundheitsdienste nicht durch den bundesweit ausgerufenen Bahnstreik und die dadurch bedingten verkehrsbedingten Widernisse abschrecken und erschienen zahlreich zum Kongress.

Die Eröffnung der Kongressvorträge erfolgte traditionsgemäß am Donnerstagvormittag mit dem Beitrag der Landesstelle des jeweiligen Kongressortes. Dieses Jahr stellten die beiden Vertreterinnen der Landesstelle Mecklenburg-Vorpommern, Frau Dipl.-Stom. Kathrin Falk (Gesundheitsamt Landkreis Rostock) und Frau Dr. Rona Zyriax (Gesundheitsamt Ludwigslust-Parchim) die Historie und die Struktur der gruppenprophylaktischen Aktivitä-

ten im Land Mecklenburg-Vorpommern vor. Der Beitrag der beiden Kolleginnen setzte getreu des Vortragstitels „Mal ernst, mal heiter – Kinderzahngesundheit in Mecklenburg-Vorpommern“ den bunten Startpunkt des Kongresses, denn Sie wurden unterstützt durch das 1991 in Alt Schönau, einem kleinen Dorf in der Nähe von Waren an der Müritz, gegründeten Figurentheater „Ernst Heiter“. Mit seinem charmanten, mundartbezogenen Beitrag trug das Künstler-Duo des Figurentheaters gemeinsam mit Frau Falk und Frau Dr. Zyriax dazu bei, dass dieser lebendige Eröffnungsvortrag allen Kongresssteilnehmern noch lange positiv im Gedächtnis haften bleiben wird. Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern gelten neben § 21 SGB V das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (§ 16 Abs. 1 ÖGDG M-V) aus dem Jahr 1991, das Schulgesetz (§ 45 Abs. 3) und die Schulgesundheitspflegeverordnung (§§ 5 und 6 SchulGesPflVO M-V). Im September 1991 wurde zur Umsetzung des § 21 SGB V die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege Mecklenburg-Vorpommern e.V. gegründet, die sich später

eine Rahmenvereinbarung und ein Basisprogramm gab. Die Basisprophylaxe erfolgt flächendeckend für Kinder zwischen 3–12 Jahren durch das zahnärztliche Personal der Gesundheitsämter sowie niedergelassene Zahnärzte, während intensivprophylaktische Maßnahmen durch 15 Prophylaxe-Beraterinnen der Landesarbeitsgemeinschaft Mecklenburg-Vorpommern (LAG M-V) durchgeführt werden. Die Zahngesundheit verbesserte sich innerhalb eines Zeitraums von 20 Jahren von nur 19 % Kindern mit einem naturgesunden Gebiss in 1994 auf mehr als 59 % der Kinder und Jugendlichen im Schuljahr 2013/2014. Der DMF-T der 12-Jährigen sank im gleichen Zeitraum um ca. 82 % von 3,7 auf 0,7, was dem bundesweit ermittelten Durchschnittswert der epidemiologischen Begleituntersuchung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) aus dem Jahr 2009 entspricht.

Den vollständigen Kongressbericht von Herrn Dr. Pantelis Petrakakis finden sie auf der Internetseite des BZÖG:

<http://www.bzoeg.de/kongress-leser/items/2015-kongress-rostock.html>

Figurentheater „Ernst Heiter“

Das Figurentheater „Ernst Heiter“ ist als mobile Bühne unterwegs und bietet in einer Mischform aus Schauspiel und Puppentheater amüsante Unterhaltung für Kinder und Erwachsene. Je nach Anlass spielen sie in Kindergärten, Schulen, Theatern, Kulturszenen, zu Hochzeiten, Geburtstagen, Dorf-, Stadt- und Firmenfesten. Das gegenwärtige Repertoire der beiden Akteure Katharina Sell und Frank Hirrich umfasst 13 freie Inszenierungen nach alten Märchen, z. B. „Rotkäppchen – ein Märchen mit Fress-Garantie“ oder „Der Froschkönig – ein Spiel für 1 Apfel und 1 Ei“ (frei nach Grimm).

Aber es gibt auch spielerische Wissensvermittlung, z. B. zur Mundgesundheit mit dem „Zahnstück“ (Die Geschichte vom kleinen Krokodil mit den großen Zahnschmerzen).

„Frau Eckzahn und Herr Backenzahn sehen blendend aus – denn sie kommen gerade vom Zahnarzt. Alles ist in bester Ord-

nung! Dafür hat das kleine Krokodil große Schmerzen – Zahnschmerzen! Die gehen nicht mehr weg, da muss man etwas unternehmen. Aber was?

Plötzlich gibt's Alarm im Kasperhaus. Die große Geburtstagstorte von Oma ist verschwunden und im Gemüsegarten liegt Bonbonpapier! Kasper und Oma machen sich sofort auf die Suche. Die Spur führt in das zuckersüße Haus von Tante Torti. Dort erfahren Kasper und Oma den wahren Grund für den Tortenklau: Süßigkeiten sollen die Zahnschmerzen von Kroko vertreiben. Dass das Unsinn ist, wissen sogar die Kinder.

Das Krokodil muss dringend zum Zahnarzt, aber es hat Angst. Doch Oma Hedwig und Kasper helfen Kroko, seine Angst zu überwinden.

Kroko bekommt vom Zahnarzt eine riesengroße Zahnbürste geschenkt und weiß



jetzt, wie wichtig gesunde Ernährung und regelmäßiges Putzen sind, damit die Zähne kerngesund bleiben.“

Im Rahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ist dieses Programm für Kindergärten und Grundschulen eine hervorragende Form der Motivation zur Mundhygiene und zum Angstabbau.

Weitere Informationen findet man im Internet unter www.ernst-heiter.de.

G. Wahl, D. Heese

e-Monitoring der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung

Aufbau einer elektronischen Datenerfassung und -auswertung in Sachsen-Anhalt – eine partnerschaftliche Leistung von KJZD und LAV

In Sachsen-Anhalt (LSA) werden die gruppenprophylaktischen Untersuchungen und Impulse in Kitas und Schulen nach SGB V § 21 fast ausschließlich von den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter (KJZD) durchgeführt. Jährlich werden in den 11 Landkreisen und 3 kreisfreien Städten etwa 150.000 Kinder/Jugendliche untersucht (in der Altersgruppe 0-12 Jahre entspricht dies 75 % der Gesamtpopulation); die Untersuchungsquote und der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad sind seit vielen Jahren deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (Wahl, 2013a). In einem früheren Artikel wurde detailliert beschrieben, wie in LSA in einem mehrjährigen Prozess die „elektronische“ (EDV-gestützte) Erfassung, Übermittlung und Auswertung der KJZD-Daten für die Gesundheitsberichterstattung

(GBE) aufgebaut wurde (Heese und Wahl, 2013). Kernstück der elektronischen Datenerfassung ist ein landeseinheitlicher sog. „KJZD-GBE-Report“, eine ASCII- oder CSV-Datei, in der für jedes im betreffenden Jahr untersuchte Kind – ohne Namen und Adresse – sämtliche GBE-relevanten Befunde in codierter Form aufgeführt sind (sog. anonymisierte Einzeldatensätze). Die KJZD-GBE-Reports der 14 Gesundheitsämter werden per E-Mail an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) geschickt, dort in SPSS® zusammengeführt und ausgewertet und für die GBE auf Landesebene verwendet. Außerdem werden den Gesundheitsämtern die wichtigsten Ergebnisse, vergleichend für den Kreis und für das Land, in standardisierter Form für die kommunale GBE zurückgespiegelt (sog. gbe-service-KJZD). Seit Beginn der Datenübermittlung im Schuljahr 2007/2008 ist der zahnärztliche Datenpool am LAV auf inzwischen fast 1 Million Datensätze (untersuchte Kinder) angewachsen. Neben dem „Befundreport“ schickt jedes Gesundheitsamt auch

einmal jährlich einen „Prophylaxereport“, welcher 1:1 den sog. A2-Bogen der DAJ abbildet (Heese und Wahl, 2013).

Die Daten der zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter sind eine wichtige Säule der Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt

Die Auswertungen der KJZD-Daten am LAV sind zu einer wichtigen Säule der Landes-GBE geworden. Zuerst dienen sie dazu, die epidemiologische Entwicklung der Zahngesundheit der Heranwachsenden zu überwachen (Monitoring) und damit auch einen Beitrag zur Evaluation des Landesgesundheitszieles „Verbesserung der Zahngesundheit der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt“ zu leisten. Sie fließen außerdem in die Sozialberichterstattung des Landes ein, weil sie in sehr deutlicher Weise die soziale Ungleichverteilung von Gesundheit in LSA zeigen (Wahl, 2013b). Weiterhin dienen die Daten der Planung und Evaluie-

Abb. 1: Mittlere dmf-t- bzw. DMF-T-Werte bei 6/7-, 12- und 15-Jährigen in Sachsen-Anhalt

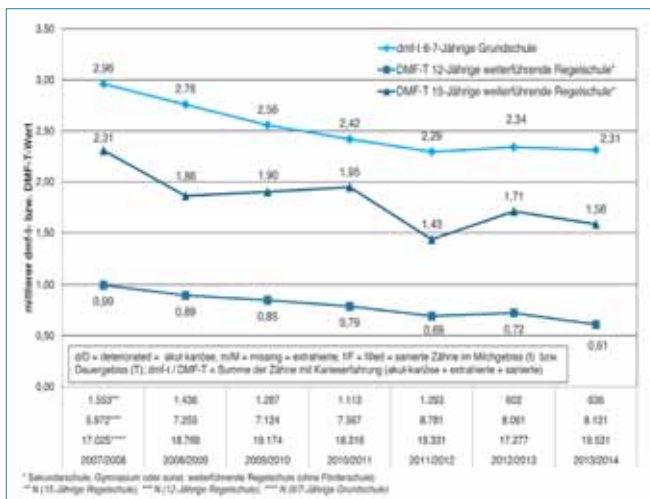
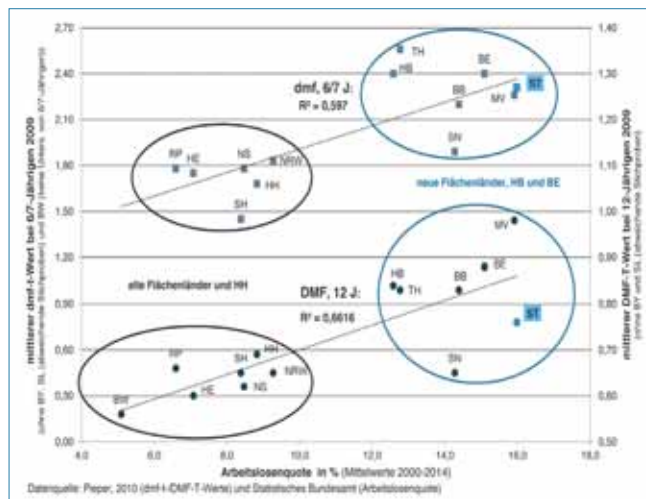


Abb. 2: Korrelation von dmf-t- und DMF-T-Werten bei 6/7-Jährigen bzw. 12-Jährigen mit der Arbeitslosenquote in den Bundesländern



rung von zahngesundheitlichen Präventions- und Interventionsstrategien. Durch den jährlich wachsenden Pool von Einzeldatensätzen können auch Analysen zu speziellen zahnmedizinischen und/oder epidemiologischen Fragestellungen durchgeführt werden. Die regelmäßige Auswertung der zahnärztlichen „Reihenuntersuchungen“ im Rahmen der Landes-GBE haben zu einer Reihe von Veröffentlichungen geführt (www.gbe.sachsen-anhalt.de >> Berichte/Publicationen) und werden seit Kurzem auch in Form von Tabellen, Diagrammen, Karten und Kurzkomentaren in einem eigenen Indikatorensetz dargestellt (www.gbe.sachsen-anhalt.de >> Gesundheitsindikatoren Kita/Schule >> Indikatoren der zahnärztlichen Untersuchung).

Die Routineauswertung der GBE-Daten zeigen: Die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt entwickelt sich überwiegend positiv

Das „e-Monitoring“ im Rahmen der Landes-GBE zeigt, dass sich die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in LSA in den letzten Jahren weiterhin deutlich verbessert hat. So sind zum Beispiel bei 6/7-, 12- und 15-Jährigen an Regelschulen der Anteil der Schüler/innen mit naturgesundem Gebiss kontinuierlich gestiegen (Wahl, 2013a) und die mittleren dmf-t- bzw. DMF-T-Werte sind kontinuierlich gesunken (Abb. 1, Erklärung dmf-t/DMF-T: siehe Legende). Während bei 12-jährigen Regelschülern das auf Deutschland adaptierte WHO-Gesundheitsziel für 2020 (DMF-T-Wert <1) schon seit dem Schuljahr 2007/2008 erreicht wurde, ist der Anteil der 6/7-jährigen Grundschüler mit naturgesundem Gebiss (derzeit 41,8 %) noch immer sehr weit entfernt von dem für diese Altersgruppe definierten Deutschland/WHO-Gesundheitsziel für 2020 (80 % der Kinder mit naturgesundem Gebiss). Der mittlere dmf-t-Wert bei 6/7-jährigen Grundschülern in LSA im letzten Beobachtungsjahr (2,31, Abb. 1) war auch noch deutlich höher als der bundesdeutsche Vergleichswert aus dem Jahr 2009 (1,87, Pieper, 2010). Der mittlere DMF-T-Wert bei 12-Jährigen (0,61, Abb. 1) ist hingegen inzwischen sogar geringer als der „Pieperwert“ aus dem Jahr 2009 (0,72, Pieper, 2010). Die Zahngesundheit von Förderschülern hat sich in LSA zwar ebenfalls kontinuierlich

Abb. 3: Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt ohne Versiegelung bzw. mit Versiegelung (mindestens ein versiegelter bleibender Backenzahn)

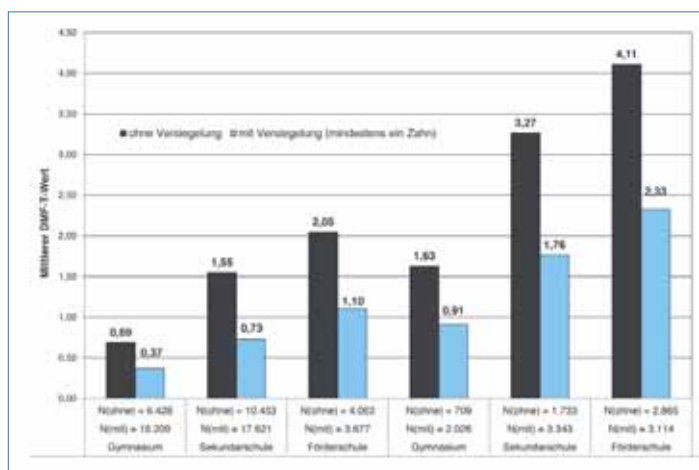
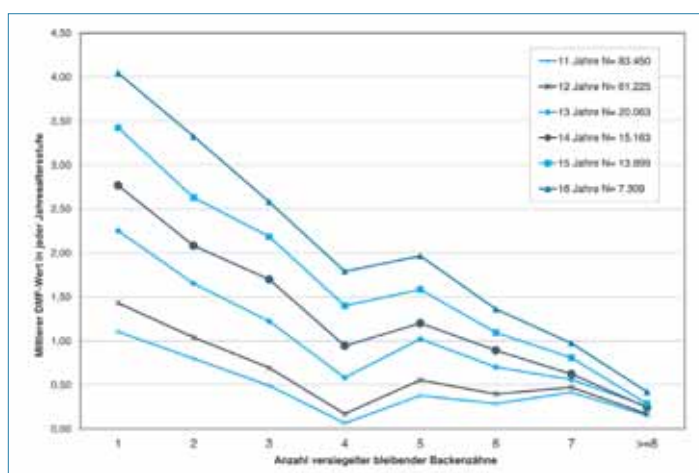


Abb. 4: Korrelation des DMF-T-Wertes bei Regelschülern in Sachsen-Anhalt mit der Anzahl versiegelter Zähne



verbessert, ist jedoch nach wie vor erheblich schlechter als diejenige von Regelschülern (Wahl, 2013a, Wahl, 2013b). Bei 3- bis 6-jährigen Kita-Kindern ist der positive Trend seit dem Schuljahr 2008/2009 zum Stillstand gekommen; die Milchzahngesundheit ist insgesamt noch nicht zufriedenstellend (Wahl, 2013a).

Die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen ist eng mit der sozialen Lage der Familien verknüpft, in denen sie aufwachsen. So korrelieren z. B. die mittleren dmf-t-/ DMF-T-Werte von 6/7- und 12-Jährigen recht gut mit der Arbeitslosenquote in den Bundesländern (Abb. 2). Während diese Korrelation in LSA in der frühen Kindheit (Milchgebiss), wo Einflussmöglichkeiten von außerhalb der Familie begrenzt sind, noch zutrifft, entspricht der DMF-T-Wert bei 12-Jährigen in LSA in etwa dem Bundesdurchschnitt und ist damit deutlich besser als nach der sozialen Lage des Landes zu erwarten (Abb. 2). Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit vor allem auch ein Erfolg der kontinuierlichen, engen gruppenprophylaktischen Betreuung der 0- bis 12-Jährigen in LSA durch den KJZD.

Der KJZD-Datenpool der GBE Sachsen-Anhalt – ein wichtiges Instrument zur Untersuchung von zahnmedizinischen und epidemiologischen Fragestellungen und zur Fokussierung von Gesundheitsstrategien

Die kumulierten KJZD-Daten der Schuljahre 2007/2008 – 2013/2014 mit inzwischen fast einer Million Einzeldatensätzen (untersuchte Kinder) sind ein Fundus für Detailauswertungen zu speziellen zahnmedizinischen und epidemiologischen Fragestellungen. Dies soll an zwei Beispielen gezeigt werden:

a) Fissurenversiegelungen an bleibenden Backenzähnen zeigten einen entscheidenden Einfluss auf die Zahngesundheit von Heranwachsenden (in LSA). Unabhängig vom Alter (12 bzw. 15 Jahre) und von der Schulform (Gymnasium, Sekundarschule, Förderschule) hatten Schüler/innen, die mindestens einen versiegelten Zahn hatten, einen 1,8- bis 2,1-mal niedrigeren DMF-T-Wert als Schüler/innen ohne jegliche Versiegelung (Abb. 3). Darüber hinaus

wurde deutlich, dass der DMF-T-Wert unabhängig vom Alter mit jedem (in der Vergangenheit) zusätzlich versiegelten Zahn kontinuierlich sinkt (Abb. 4, der scheinbare Wiederanstieg des DMF-T zwischen dem 4. und 5. versiegelten Zahn ist darin begründet, dass die Zeitspanne zwischen dem Durchbruch der 1. und 2. Molaren [entspricht 4. und 5. Backenzahn] relativ groß ist [etwa 5 Jahre] und sich deshalb in diesem Zeitraum der DMF-T-Wert altersbedingt wieder verschlechtert).

b) Die Tatsache, dass die Daten am LAV nicht aggregiert sondern als Einzeldatensätze eingehen, bietet die Möglichkeit, mit Regressionsanalysen die Stärke mehrerer gleichzeitig wirkender Einflussfaktoren auf die kindliche Zahngesundheit zu untersuchen. Bei einer solchen Analyse mit fünf gleichzeitig wirkenden Faktoren (Abb. 5) zeigte sich beispielsweise, dass alle Faktoren einen eigenständigen Einfluss auf das Kariesrisiko von 12-Jährigen ausüben. Die Zugehörigkeit zu einer Sekundarschule und zu einer Förderschule ist mit einer schlechteren Zahngesundheit assoziiert, Versiegelungen und die Zugehörigkeit zu einer Einrichtung in freier Trägerschaft stellen jeweils einen Schutzeffekt dar und dass nach „Abzug“ der Wirkung aller anderen Faktoren bleibt ein – wenn auch geringer – eigenständiger Regionaleffekt. Dieser ist auf unterschiedliche regionale Schutz- bzw. Risikofaktoren und/oder auf eine Untersuchervarianz zwischen den Gesundheitsämtern zurückzuführen. Der „positive Einfluss“ des männlichen Geschlechts bei 12-Jährigen ist so zu erklären, dass Jungen in der Schulzeit generell eine bessere Zahngesundheit haben als Mädchen, weil gleich-

altrige Mädchen ein „entwicklungsphysiologisch älteres“ Gebiss besitzen (Wahl, 2013a).

Die Identifizierung von wichtigen Schutz- und Risikofaktoren für die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen und die Identifizierung von Risikogruppen (erhöhte Kariesprävalenz in bestimmten Altersgruppen, Schulformen und Regionen, ggf. in nur einem der beiden Geschlechter) erlaubt es, Präventions- und Interventionsstrategien zu fokussieren. So wurde zum Beispiel eine Kooperation mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zu einer zielgruppenorientierten Bekämpfung der frühkindlichen Karies in LSA gestartet, wobei das LAV die Datengrundlage auf Kreis- und Landesebene liefern kann (Primas und Willer, 2014).

Auf kommunaler Ebene können die Gesundheitsämter mit Hilfe von internen Statistikreports ihrer jeweiligen Software sogar konkrete „Risikoschulen“ bzw. „Risikowohngemeinden“ identifizieren. Diese Zuordnung ist aus datenrechtlichen Gründen im GBE-Report an das LAV nicht mehr möglich.

Harter Arbeit Lohn: Geplante Teilnahme des Landes Sachsen-Anhalt an der DAJ-Studie 2015/2016 mit den zahnärztlichen Routinedaten der GBE

Der zeitaufwändige, arbeitsintensive und nicht immer konfliktfreie Prozess des Aufbaus einer dezentralen elektronischen Erfassung und zentralen elektronischen Auswertung der Daten der zahnärztlichen „Reihenuntersuchungen“ in LSA hat nicht nur zu einer enormen Aufweitung der

Analysemöglichkeiten auf Kreis- und Landesebene geführt, sondern wird nun auch erstmals zu einer erheblichen Arbeitserleichterung für alle Beteiligten führen: Statt mit einer eigenen Stichprobe (bei der Kinder in bestimmten Klassenstufen und Schulen gezielt aufgesucht, untersucht und individuell händisch protokolliert werden müssen) wird LSA – weit weniger aufwändig – an der neuen DAJ-Studie 2015/2016 mit den GBE-Routinedaten teilnehmen. Dies ist in LSA deshalb möglich, weil a) die „Reihenuntersuchungen“ fast ausschließlich durch Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD durchgeführt werden, b) diese in der Vergangenheit schon mehrfach nach DAJ kalibriert wurden und vor der Studie an der neuen online-Kalibrierung teilnehmen werden, c) die für die Studie benötigten Klassen-, Alters- und Schulgruppen problemlos aus dem GBE-Datenpool extrahiert werden können. Zwei weitere Vorteile dieser Teilnahmeform sind: a) die „Stichprobe“ Sachsen-Anhalt wird viel größer sein, b) auch die optionale Altersgruppe der 3-Jährigen kann für die DAJ-Studie 2015/2016 problemlos geliefert werden.

Fazit

Der partnerschaftliche (KJZD/LAV) Aufbau einer elektronischen Erfassung, Übermittlung und Auswertung der Daten der zahnärztlichen „Reihenuntersuchungen“ des ÖGD in Sachsen-Anhalt („e-Monitoring“) ist im Ergebnis eine Erfolgsstory: er hat zu einer erheblichen Aufweitung der Nutzungsmöglichkeiten dieser Daten auf kommunaler, Kreis- und Landesebene geführt und hat die Arbeit der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste in der Gesundheitspolitik in Sachsen-Anhalt spürbar aufgewertet.

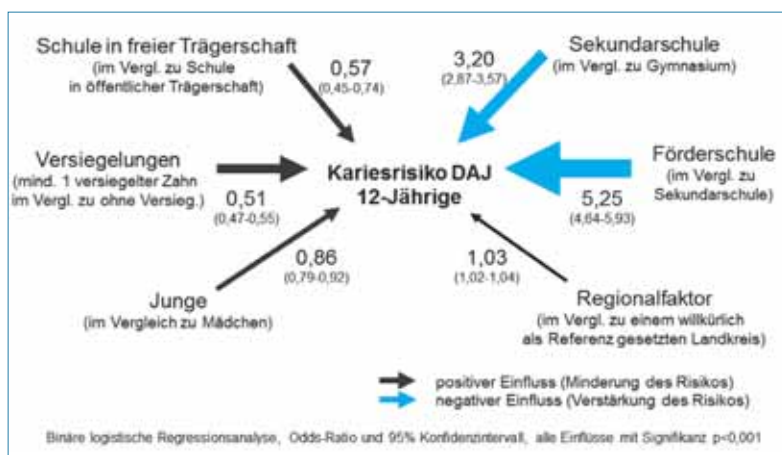
Korrespondenzadresse:

Dr. rer.nat. Goetz Wahl
 Dez. 21 Gesundheits- und Hygienemanagement
 Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt
 Große Steinernetischstraße 4
 39104 Magdeburg

Dr. med. dent. Dieter Heese
 Fachdienst Gesundheit
 Landkreis Börde
 Gerikestraße 5 – 39340 Haldensleben

- Literatur bei der Redaktion -

Abb. 5: Analyse der Stärke von 5 gleichzeitig wirkenden Einflussfaktoren auf das Kariesrisiko nach DAJ bei 12-jährigen Schüler/innen in Sachsen-Anhalt



Dr. F. Schwendicke

Karies – neues Verständnis, neue Optionen

Über mehrere Jahrzehnte wurde Karies als eine Infektionserkrankung angesehen, deren Erreger, allen voran *Streptococcus mutans*, ausgeremoviert werden mussten, um die Erkrankung erfolgreich zu therapieren (Keyes, 1960). Aus diesen Überlegungen heraus stammt auch das Bestreben nach einer Impfung gegen Karies (Loesche, 1976, Loesche, 1979). Die folgerichtige Schlussfolgerung für die traditionelle restaurative Therapie kariöser Läsionen war demnach, kariöses Zahnhartgewebe (Schmelz, Dentin) vollständig zu entfernen.

Basierend auf einem veränderten Verständnis der Erkrankung Karies erfolgte bei der Behandlung kariöser Läsionen zunehmend ein Umdenken. Karies wird heute eher als Resultat eines ökologischen Ungleichgewichtes innerhalb des Biofilms denn als Infektion mit einem spezifischen Erreger verstanden. Dabei wird ein aktiver, kariogener Biofilm durch äußere Faktoren, vor allem durch die übermäßige Zufuhr mit fermentierbaren Kohlenhydraten, bedingt: Eine solche häufige Kohlenhydratzufuhr befördert die Wettbewerbsfähigkeit azidogener (säurebildender) und azidurischer (säuretolerierender) Bakterien; schlussendlich dominieren diese Spezies den Biofilm, dessen pH-Wert somit rasch und in übermäßigem Maße bei Kohlenhydratzufuhr absinkt (Marsh, 2006). Da die Aktivität des Biofilms entscheidend für die Kariesentstehung ist als die reine Anwesenheit von Bakterien, ist eine vollständige Entfernung aller Mikroorganismen für die Behandlung der Erkrankung nicht nötig: Vielmehr steht eine Kontrolle der Biofilmaktivität und des Ungleichgewichtes zwischen De- und Remineralisation bei heutigen Therapien, vor allem für initiale kariöse Läsionen, im Vordergrund. Zudem deuten zahlreiche Studien darauf hin, dass durch eine rein mechanische Entfernung

kariöser Hartgewebe eine vollständige Bakterienfreiheit sowieso nur selten erreicht wird (Lager et al., 2003, Shelton, 1970, Lennon et al., 2007, Lennon et al., 2009).

Karies versiegeln – Karies belassen

Neben den klassischen non-invasiven Therapieansätze wie Ernährungsberatung, Entfernung oder Maturationsbehinderung des Biofilms oder Fluoridierung werden heute auch vermehrt sog. mikro-

/// *Das Belassen einer gewissen Menge von Bakterien unter einer dichten Versiegelung sollte demnach unproblematisch sein und könnte einen unnötigen Zahnhartsubstanzverlust bei dem Versuch, jegliche Bakterien zu entfernen, verhindern.*

invasive Strategien zur Kontrolle der Läsions- bzw. Biofilmaktivität eingesetzt. Dabei werden die Zahnhartsubstanzen mittels Säuren konditioniert, wobei wenige Mikrometer abgetragen werden; anschließend werden Diffusionsbarrieren (z. B. Versiegeler) auf die Zahnoberfläche aufgebracht. Diese wirken einerseits nach außen und schützen den Zahn gegen organische Säuren aus dem Biofilm; andererseits können auch kavitierte kariöse Läsionen und darin enthaltene Bakterien versiegelt werden. Eine große Zahl von Studien stützt die Versiegelung nicht-kavittierter Läsionen (Schwendicke et al., 2015), die hierdurch wirksam arretiert werden. Gegenüber dem klassischen invasiven Vorgehen hat ein solcher Ansatz mehrere Vorteile: Versiegelungen sind nicht schmerzhaft, einfach zu applizieren,

kostengünstig und geeignet, restaurative Behandlungen zu verzögern, wobei die Möglichkeit einer invasiven Therapie zu einem späteren Zeitpunkt nicht ausgeschlossen ist. Diese Verzögerung invasiver Therapien verlangsamt die „Todesspirale“ des Zahnes, die aus wiederholten Re-Interventionen zunehmender Invasivität besteht, wodurch Zähne länger und kostengünstiger erhalten werden können (Dorri et al., 2015, Schwendicke et al., 2014b).

Bei der Versiegelung kavittierter Läsionen und der Versiegelung von Bakterien wird hingegen noch immer befürchtet, belassene Mikroorganismen könnten zu einer Läsionsprogression führen und die Pulpa schädigen (Schwendicke et al., 2013c). Zahlreiche Studien konnten jedoch zeigen, dass versiegelte Bakterien von ihrer Nährstoffzufuhr abgeschnitten und so inaktiviert bzw. abgetötet werden (Oong et al., 2008). Das Belassen einer gewissen Menge von Bakterien unter einer dichten Versiegelung sollte demnach unproblematisch sein und könnte einen unnötigen Zahnhartsubstanzverlust bei dem Versuch, jegliche Bakterien zu entfernen, verhindern. Für die Behandlung kavittierter Läsionen, die eine Restauration zur Wiederherstellung der Funktions- und Reinigungsfähigkeit des Zahnes benötigen, stellt sich somit die Frage: Wie viel kariöses Dentin muss entfernt werden bzw. wie viele Bakterien können belassen werden?

Exkavationsstrategien

Die Abwägung, wie viel kariöses Dentin entfernt werden sollte, wird klinisch stark durch die Tiefe der zu behandelnden Läsion bestimmt: Für flache oder mitteltiefe Läsionen, also solche, die röntgenologisch nur bis ins äußere oder mittlere Dentindrittel reichen, wird die Haftung und Unterstützung der zu platzierenden Restauration im Vordergrund stehen. Kariöses Gewebe wird soweit wie nötig

entfernt, um optimale Bedingungen für eine langlebige Restauration zu schaffen, da langlebige Restaurationen der diskutierten Todesspirale entgegen wirken. Für tiefe Läsionen, also solche, die röntgenologisch bis ins innere Dentindrittel oder tiefer reichen, steht hingegen der Erhalt der Pulpavitalität des Zahnes im Vordergrund: Die Pulpa zu eröffnen, sollte gerade vor dem Hintergrund der dann zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen (direkte Überkappung, Wurzelkanalbehandlung) vermieden werden.

Eine angestrebte ‚vollständige‘ Kariesexkavation führt bei tiefer Karies oftmals zu einer solchen Exposition der Pulpa (Schwendicke et al., 2013a). Zudem ist wie beschrieben diese Form der Exkavation nicht zwingend ‚vollständiger‘ als andere Exkavationsstrategien, da auch hier Bakterien zurückbleiben. Daher wird heute vorgeschlagen, diese Strategie nicht als vollständig, sondern als non-selektive Kariesexkavation zu bezeichnen, da hierbei sowohl in der Peripherie als auch in Pulpanähe dieselben Exkavationskriterien genutzt werden.

Gerade in Pulpanähe andere Kriterien zur Beurteilung der Exkavation anzuwenden, also erweichtes und infiziertes Dentin zu belassen, um eine Exposition der Pulpa zu vermeiden, könnte hingegen vorteilhaft und, ausgehend von der dargestellten Wirkung einer dichten Versiegelung, auch unproblematisch sein. Bei der schrittweisen („zweizeitigen“) Kariesexkavation wird daher im ersten Exkavationsschritt nur der periphere Bereich einer Kavität klassisch „vollständig“ exkaviert; pulpanahe Bereiche werden hingegen unter der Anwendung eines anderen Kriteriums exkaviert, wobei bewusst erweichtes Dentin belassen und die Kavität temporär versorgt wird.

In einem zweiten Schritt (nach 3–6 Monaten) wird die provisorische Restauration entfernt und anschließend auch in Pulpanähe unter Anwendung konventioneller Kriterien („vollständig“) exkaviert: Schrittweise Exkavation ist demnach non-selektive Exkavation in zwei Schritten, wobei das Risiko pulpaler Expositionen deutlich gesenkt wird, weil hierbei oftmals weniger Dentin als bei der einzeitigen non-selektiven Exkavation entfernt werden muss, da initial weiches und feuchtes Dentin nun härter und trockener ist (Bjorndal and Larsen, 2000, Bjorndal et al., 1997). Da gerade im zweiten Schritt demnach oft nur noch wenig Den-

tin entfernt wird, wird an der Notwendigkeit des zweiten Schrittes gezweifelt. Stattdessen wird argumentiert, erweichtes und infiziertes Dentin könne dauerhaft in Pulpanähe zurückgelassen und versiegelt werden: Bei einem solchen, einzeitigen Vorgehen würde demnach wirklich in der Peripherie anders als in Pulpanähe exkaviert: Dieses Vorgehen wird daher als selektive („partielle“, „unvollständige“) Kariesexkavation bezeichnet.

/// *Kariöses Gewebe wird soweit wie nötig entfernt, um optimale Bedingungen für eine langlebige Restauration zu schaffen, da langlebige Restaurationen der diskutierten Todesspirale entgegen wirken.*

Der entscheidende Vorteil eines selektiven Vorgehens ist ein gegenüber dem schrittweisen und, vielmehr noch, dem non-selektiven Vorgehen drastisch reduziertes Risiko einer Pulpaexposition. Selektiv oder schrittweise zu exkavieren, reduziert das Risiko einer Pulpaexposition um ca. 70 % (Schwendicke et al., 2013b). Selektiv statt non-selektiv zu exkavieren reduziert dieses Risiko nochmals deutlich.

Gar nicht zu exkavieren, also kariöses Dentin in kavitierten Läsionen nur zu versiegeln (Kariesversiegelung), scheint zwar theoretisch geeignet, Läsionen zu arretieren (Mertz-Fairhurst et al., 1998), jedoch sind die platzierten Versiegeler mitunter nicht langlebig, möglicherweise weil die Haftkräfte dentaler Adhäsive an kariösem Dentin stark eingeschränkt sind und das weiche kariöse Dentin zudem nur wenig Unterstützung gegenüber mechanischen Belastungen liefert (Yoshiyama et al., 2002, Marshall et al., 2001). Im Milchgebiss (Behandlung vitaler kariöser Milchmolaren) wird daher eine Versiegelung mittels Stahlkronen (sog. ‚Hall-Technik‘) durchgeführt (Innes et al., 2011a, Santamaria et al., 2014).

Diese Versorgung scheint im Vergleich mit dem konventionellen Vorgehen (non-selektive Exkavation und plastische Restauration), das gerade bei Milchmolaren stark komplikationsanfällig ist, vor-

teilhaft, und scheint von Patienten und Behandlern bevorzugt zu werden (Innes et al., 2007, Innes et al., 2011b).

Kariesexkavation: Chancen und Hürden

Wie dargestellt stehen gerade bei der Behandlung tiefer Läsionen die Vermeidung pulpaler Komplikationen und der Notwendigkeit von Wurzelkanalbehandlungen im Vordergrund (Schwendicke and Stolpe, 2014, Schwendicke et al., 2013d). Initial vermeintlich „vollständig“ zu exkavieren, ist sowohl kurzfristig (Pulpaexposition) als auch langfristig (Vitalitätsverlust, Zahnerhalt) gegenüber einem selektiven Exkavationsvorgehen nachteilig.

Demgegenüber zeigen zahlreiche Studien, dass Zahnärzte (auch in Deutschland) noch immer vornehmlich non-selektiv (auch bei tiefen Läsionen) exkavieren (Weber et al., 2011, Schwendicke et al., 2013c).

Dabei stehen vor allem die Risiken, die mit dem Belassen kariösen Dentins verbunden werden, im Vordergrund: Zahnärzte befürchten, die versiegelte Läsion würde voranschreiten (hier kommt vor allem einer suffizienten Versiegelung eine große Bedeutung zu, die klinisch gerade im Milchgebiss nicht immer zu gewährleisten ist).

Ebenso wird befürchtet, versiegelte Bakterien könnten die Pulpa schädigen (klinische Studien zeigen dies nicht, sondern belegen die Vorteile einer selektiven Exkavation gerade für Pulpa; die Abschätzung von Pulpakomplikationen ist jedoch unter Nutzung konventioneller Methoden schwierig) (Bergenholtz et al., 2013).

Zudem fehlen qualitativ hochwertige Studien mit langen Nachuntersuchungszeiträumen, und das Belassen kariöser Läsionen ist bisher nicht mit den in Deutschland existierenden Richtlinien der Gesetzlichen Krankenkassen in Einklang zu bringen, die eine „Kariesfreiheit“ einer Kavität vor einer Restauration fordern (eine solche Forderung durchzusetzen erscheint jedoch ambitioniert, u. a. weil bisher nicht ausreichend definiert ist, was „kariesfrei“ bedeutet, und andererseits auch kein Messinstrument zur Beurteilung dieser Kariesfreiheit zur Verfügung steht).

Schließlich bleibt belassenes kariöses Dentin röntgenologisch als Radioluzenz unter der Restauration detektierbar. Für Zahnärzte, die nicht mit der selektiven

Exkavation vertraut sind, könnte dies ein Indiz für einen Behandlungsfehler und die Notwendigkeit einer Re-Intervention sein (Schwendicke et al., 2014a). Patienten sollten demnach über die möglichen Behandlungsoptionen und die damit assoziierten Vor- und Nachteile aufgeklärt werden.

Schlussfolgerung

Ein verändertes Verständnis der Erkrankung „Karies“ spiegelt sich auch in einem veränderten Therapiekonzept wider. Statt kariöse Läsionen ausschließlich symptomatisch-restaurativ zu therapieren, wird heute versucht, die Ursachen der Erkrankung zu kontrollieren.

Für tiefe, kavitierte Läsionen wird jedoch auch weiterhin restaurativ vorgegangen werden, um die Funktion des Zahnes und die Reinigungsfähigkeit der Oberfläche wiederherzustellen. Im Zusammenhang mit restaurativen Maßnahmen wird üblicherweise exkaviert, d. h. kariöses Dentin entfernt. Der Grund für

diese Entfernung ist nicht vornehmlich die Entfernung von Bakterien, da diese unter suffizienten, dichten Versiegelungen inaktivieren oder absterben.

Unter diesem Gesichtspunkt und vor dem Hintergrund der ökologischen Plaquehypothese ist die Entfernung von Bakterien auch keine kausale Therapie der Erkrankung, da Karies keine Infektion ist. Zudem scheint eine vollständige Entfernung aller Bakterien auch unter dem Einsatz von Hilfsmitteln nicht erreichbar. Exkaviert wird demnach, um eine langlebige Restauration zu ermöglichen – Stabilität und Retention der Restauration stehen gerade bei der Exkavation flacher kavittierter Läsionen im Vordergrund.

Gerade für tiefe Läsionen scheint ein stark invasives Exkavationsvorgehen jedoch nachteilig: Während peripher eine Exkavation bis in hartes Dentin notwendig ist, um eine dicht versiegelnde Restauration zu ermöglichen, sollte in Pulpanähe kariöses Dentin möglicherweise belassen werden, um eine Pulpaex-

position zu verhindern. Eine solche selektive Exkavation scheint gerade gegenüber einem traditionellen non-selektiven Vorgehen, aber auch gegenüber der schrittweisen Exkavation vorteilhaft. Zurzeit stehen der breiten Anwendung dieser Strategie jedoch die begrenzte Qualität der vorhandenen Daten und praktische Hürden im Weg. Zukünftige Studien müssen überzeugend belegen, dass eine solche selektive Exkavation auch unter Praxisbedingungen langfristig gute Ergebnisse liefert und dem konventionellen Vorgehen überlegen ist.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Falk Schwendicke MDPH
Oberarzt, Abteilung für Zahnerhaltung
und Präventivzahnmedizin
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aßmannshauer Str. 4–6
14197 Berlin
E-Mail: falk.schwendicke@charite.de

- Literatur bei der Redaktion -

Dr. W. Kuwatsch

Verhaltensformung und Hypnose in der Kinderbehandlung

Einführung in die Problematik

Die Behandlung von Kindern stellt für jeden Zahnarzt eine große Herausforderung dar. Besonders die kleinen Patienten im Alter von 2 bis 7 Jahren erfordern ein zielgerichtetes, jedoch auch behutsames Herangehen mit freundlicher Bestimmtheit.

Wie die Erwachsenen haben auch 60 % bis 80 % der Kinder ein angespanntes Gefühl vor und während der Zahnbehandlung. Etwa 20 % der großen und kleinen Patienten weisen ein ausgeprägtes Angstempfinden auf. Etwa 5 % entwickeln bzw. weisen eine Phobie mit dem typischen Vermeidungsverhalten auf.

Die Erfahrungen der kleinen Kinder prägen somit auch die Behandlungsbereitschaft im Erwachsenenalter. Die Deut-

Abb. 1:
Die Begrüßung des Kindes auf Augenhöhe



sche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V. widmet sich besonders diesen kleinen und großen Patienten mit Angst und Phobie.

Und auch etwa 70 % bis 80 % der Zahnärzte haben Angst vor der Angst des Patienten.

Was ist das zentrale Problem der Angstpatienten?

Sie haben Angst vor Schmerzen, Hilflosigkeit und dem einhergehenden Kontrollverlust. Während Erwachsene diese Ängste benennen können, reagieren

besonders kleine Kinder mit Abwehr und Widerstand. Ursachen dafür sind die Angst vor dem Ungewissen als normale Reaktion oder Ausdruck einer kritischen Phase in bestimmten Altersgruppen (Trotzalter/negative Vorerfahrungen). Unter bestimmten Umständen können psychosoziale Entwicklungsstörungen die Behandlungsverweigerung hervorrufen.

Was würde allen Betroffenen helfen?

- wenn sie über ihre Ängste reden können
- wenn ihnen zugehört wird
- wenn sie genaue und altersgerechte Informationen bekommen
- wenn der Behandler und das Team Ruhe ausstrahlen
- wenn die Behandlung schmerzfrei ist
- wenn sie menschliche Wärme und Empathie spüren

Grundlagen der klinischen modernen Hypnose

Seit über 25 Jahren bildet die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V. in Deutschland Zahnärzte in medizinischer Hypnose aus.

Das Ziel der Anwendung von Hypnose in der Praxis ist sowohl für kleine als auch große Patienten die Herstellung und Aufrechterhaltung einer entspannenden und entspannten Situation, welche eine zahnärztliche Behandlung ermöglicht und beim Patienten einen kontinuierlichen Angstabbau bewirkt.

Hypnose ist der Vorgang, vom Wachzustand in einen entspannten Trancezustand zu kommen und umgekehrt. Das Ergebnis ist eine Trance bzw. Entspannung, welche man als Zustand einer fokussierten Wahrnehmung und Erlebens bezeichnet. Durch entsprechende Suggestionen (Lat.: suggerere „jemanden etwas antragen“) wird der Patient vom Behandler behutsam in den Trancezustand geführt.

Trancefähig ist jeder Mensch, da wir in vielen Lebenssituationen in eine Alltagstrance gehen. Da wären die Bereiche Sport, Rituale, Musik, Meditation, körperliche Anstrengung, Besessenheit, Liebe/Sex und Angst, die in eine sogenannte Dystrance führt.

Während der Einleitung einer Hypnose werden alle 5 Sinne des Patienten angesprochen und in das Geschehen mit einbe-

zogen. Wir alle haben bevorzugte Sinneskanäle, mit der wir die Welt erleben. Eine große Anzahl der Menschen bevorzugt den visuellen und kinästhetischen Sinneskanal.

Ein weiteres wichtiges Element der Hypnose sind folgende Begriffe:

- **Pacing** (begleiten, mitgehen, wieder spiegeln, sich einfühlen)
- **Leading** (führen, positiv beeinflussen, lenken)
- **Rapport** (den Kontakt zum Gesprächspartner aufnehmen und aufrechterhalten)

Die Beachtung dieser und anderer Grundlagen ermöglicht dem ausgebildeten Hypnose-Zahnarzt, diese Technik zielgerichtet zum Angstabbau und einer erfolgreichen Kommunikation einzusetzen.

Grundsätze und Grundlagen der Kinderbehandlung unter hypnotischen Gesichtspunkten

Beim Einsatz von Hypnose, vor allem bei kleineren Kindern, fallen folgende Besonderheiten auf:

- Kinder gehen schneller als Erwachsene in Trance und verlassen sie auch schnell wieder.
- Die Augen der Kinder sind in der Trance meist geöffnet.
- Kinder nutzen vorwiegend die visuellen, auditiven und kinästhetischen Sinnesmodalitäten.

Wann kann Hypnose bei Kindern angewendet werden?

3 bis 6 Jahre - hypnotische Sprachmuster/hypnotische Kommunikation, spielerischer Umgang („spielen als ob“)

7 bis 10 Jahre - kurze Tranceinduktionen entsprechend dem Entwicklungsstadium

ab 11 Jahre - formelle Hypnoseinduktionen

Grundsätze der Behandlung von Kindern sind:

- Schwierige Kinder können auch interessant sein.
- Kleine Kinder leben in ihrer eigenen Welt, im Hier und Jetzt. Wir müssen sie da abholen.
- So wie ich heute ein Kind behandle, reagiert es später als Erwachsener.

Kinder möchten etwas können/beherrschen, haben Verlangen nach Kontakt, haben Phantasie (spielen als ob) und haben Verlangen nach Wohlsein (schöne Kleidung, Haare, Zähne).

Ein weiterer wesentlicher Grundsatz ist die Vermeidung solcher „Beruhigungen“ wie:

- Du brauchst *keine* Angst zu haben.
- Das tut *nicht* weh.
- Das ist *nicht* schlimm.

Diese negativen Formulierungen führen erfahrungsgemäß dazu („Denken Sie *nicht* an einen rosa Elefanten!“), dass Ängste und Schmerzen besonders hervorgerufen werden.

Wie viel Zeit haben wir für eine Zahnbehandlung in den unteren Altersstufen?

2 Jahre	1 bis 5 Minuten
3 Jahre	4 bis 8 Minuten
4 Jahre	8 bis 12 Minuten
5 Jahre	13 bis 25 Minuten

Es macht also wenig Sinn, Behandlungen, besonders unter dem Druck der Eltern, unbedingt zu Ende zu bringen, wenn das Kind an der Grenze seiner Belastbarkeit angelangt ist (trifft oft auch auf das Behandlungsteam zu).

In den letzten Jahren hat sich das Prinzip einer ritualisierten Verhaltensführung bewährt. Rituale sind jedem Kind aus dem Alltag bekannt (Einschlafgeschichten, lustige Sprüche vor den Mahlzeiten usw.). Durch Rituale entstehen Gefühle der Geborgenheit, Sicherheit, Zuverlässigkeit und des Aufbaus von Vertrauen. Das Kind kann sich auf bestimmte Abläufe (auch in der Praxis) verlassen. Diese werden bei ihm abgespeichert.

Zunächst sollte bei neuen kleinen Patienten ein Vorgespräch mit einem Elternteil ohne das Kind geführt werden.

Informationen zu Besonderheiten, Hobbys und vorherige Behandlungen werden notiert. Wichtig ist das Vermitteln eindeutiger Regeln für die Eltern bzw. Begleitpersonen, wenn sie während der Behandlung dabei sein möchten.

Anschließend sollte das Kind von einer Zahnmedizinischen Fachangestellten oder sogar vom Zahnarzt selbst abgeholt werden, um eine Bindung aufzubauen. Die Begrüßung kleiner Kinder erfolgt idealerweise in Augenhöhe (Abb. 1).

Bewährt haben sich bei Kindern mit geringer Behandlungsbereitschaft Musterunterbrechungen wie z. B. „Wenn du jetzt willst, darfst du auf den Behandlungsstuhl. Wenn du es nicht allein schaffst, helfe ich dir.“ Die Vereinbarung von Pausenzeichen erzeugt beim Kind das Gefühl der Einbezogenheit und Eigenverantwortlichkeit. Kleine Patienten brauchen das Gefühl der Geborgenheit durch Körperkontakt. Da hilft ein Kuscheltier, besser ist die Berührung des Kindes im Bauch- oder Kopfbereich. Absolute Ehrlichkeit ist eine der Grundvoraussetzungen für den Aufbau von Compliance und Vertrauen. Zur ritualisierten Verhaltensführung gehört unbedingt, dass die Behandlungen möglichst immer im gleichen Raum stattfinden und die gleiche vertraute Assistenz das Kind umsorgt.

Bei der Kinderbehandlung sollten erfahrene Mitarbeiterinnen die Abläufe exakt vorbereiten (Instrumente/Material), um unnötige Verzögerungen zu vermeiden. Lob und Aufmunterung, auch bei nicht immer erfolgreichen Behandlungen, stärken nach und nach das Selbstvertrauen des Kindes. Falsch wäre es, dem Druck der Eltern nachzugeben und eine Behandlung unter allen Umständen trotz Abwehrverhalten zu Ende zu führen. Die Verabschiedung erfolgt immer in einem freundlichen Kontext, eventuell werden genaue Ziele für die nächste Sitzung mit dem Kind vereinbart.

Begleitet werden alle Behandlungen mit Elementen der Klinischen Hypnose, wie z. B. Faszinationsmethoden (Abb. 2) oder die Einbeziehung des Kindes in die Behandlung durch das Halten des Füllspatels. Ein Krabbelsack mit Spielzeug-Tieren oder Murmeln auf dem Bauch des Kindes lenkt die Aufmerksamkeit auf den kinästhetischen Sinneskanal (Abb. 3).

Diese und andere Hypnosetechniken werden Zahnärzten im Rahmen der Hyp-



nose-Ausbildung vermittelt und erleichtern allen Beteiligten den Behandlungsalltag.

Abb. 2 (oben): Faszination des Kindes durch eine Glitzerkugel

Abb. 3 (darunter): Krabbelsack auf dem Bauch und Halten des Füllspatels

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Wolfgang Kuwatsch
Zahnarzt
Deutsche Gesellschaft
für Zahnärztliche Hypnose e. V.
Ausbilder und Supervisor für Klinische
Hypnose und Kommunikation
An den Bühnen 223
18119 Rostock
Dr.Kuwatsch@gmx.de

Silbernes Ehrenzeichen für Frau Professor Dr. Annerose Borutta



Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ehrt Persönlichkeiten, die sich um das Öffentliche Gesundheitswesen und die Jugendzahnpflege auf Bundesebene verdient gemacht haben, mit seiner höchsten Auszeichnung, dem Silbernen Ehrenzeichen.

Obwohl ich hier und da in Gesprächen gern damit kokettierte, wird es kaum einer der hier Anwesenden wissen, dass sich vor ziemlich genau 200 Jahren, am 05. April 1815, die Menschen zwischen Bingen und Emmerich und von der Osteifel bis nach Bonn durch die Entscheidungen des Wiener Kongresses als Preußen wiederfanden.

Heutzutage sagt man, dass sich im rheinischen Lebensstil die berühmten preußischen Tugenden erhalten haben: Fleiß, Ordnung, Verlässlichkeit, Disziplin, Pflichtbewusstsein und Selbstbescheidung – letzteres so einigermaßen.

Viele, wenn nicht alle dieser Tugenden zeichnen aber eindeutig die heute zu Ehrende aus, was sie den Menschen und mir so sympatisch macht.

Wer ist diese Persönlichkeit?

Sie wurde im Jahr der Geheimkonferenz von Casablanca, der Konferenzen von Kairo und Teheran und des Aufstandes im Warschauer Ghetto geboren und nach Kindheit und Jugend erfolgte das Studium der Zahnheilkunde am staatlichen Medizinisch-Stomatologischen Institut Charkow (in der

Ukraine) und die Fachzahnarztweiterbildung an der Jugendzahnklinik Torgau (Sachsen) sowie an der Medizinischen Akademie Erfurt.

1985 erfolgte mit der *Venia legendi* die Ernennung zur Oberärztin, 1994 die Professur für Kinderzahnheilkunde.

Von 1994 bis 2008 war sie Leiterin der Abteilung Kinderzahnheilkunde der Poliklinik für Präventive und Kinderzahnheilkunde der Friedrich-Schiller-Universität Jena und von 1997 bis 2009 schließlich Direktorin des WHO-Kollaborationszentrums „Prävention oraler Erkrankungen“ an der Medizinischen Akademie Erfurt, ab 2004 an der o.g. Universität in Jena.

Spätestens jetzt wissen wir es; es handelt sich um Frau Professor Dr. Annerose Borutta.

Ihre Hauptarbeitsgebiete im Bereich der Oralen Epidemiologie, der Prävention und Public-Health-Forschung sowie ihre Mitarbeit an Projekten wie BIOMED I (Efficiency in Oral Health Care: The Evaluation of Oral Health Systems in Europe) oder EGO-HID I und II (European Global Oral Health Indicators) brachten ihr 338 Publikationen in nationalen und internationalen Fachzeitschriften, 12 Buchbeiträge und über 420 Vorträge im In- und Ausland ein; davon auch einige für die Kolleginnen und Kollegen des BZÖG.

Wer kann da nicht von preußischem Fleiß, Beharrlichkeit und Disziplin sprechen?

Bei all diesen Verantwortlichkeiten ist Frau Professor Borutta ein freundlicher und herzlicher Mensch geblieben, der für die Kolleginnen und Kollegen so etwas wie eine „mütterliche Freundin“ wurde und „Fortiter in res“ sich für die Kinderzahnheilkunde und die Zähne der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland engagiert hat.

Noch vor ca. 2 Monaten haben wir uns im Rahmen der DAJ-Geschäftsführertragung getroffen, auf der Sie, liebe Frau Professor Borutta, die Belange des Vorstandes der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Thüringen vertraten.

Solch eine unermüdliche Streiterin für die Mundgesundheit der Kinder, ja aller Menschen auf Bundesebene und dies über so viele Jahre ehren wir von Seiten des BZÖG gerne.

Diese herausragende berufliche und fachliche Lebensleistung kann man nur mit einer guten Gesundheit stemmen und so ist es kein Wunder, dass Sie neben der Mundgesundheit auch Ihren Körper ertüchtigen, in dem Sie – habe ich mir sagen lassen – eine sportlich engagierte und begeisterte Radfahrerin sind.

Schließlich sind nicht nur Ihre zahlreichen Kontakte nach Brasilien, Syrien, Russland, Ungarn, die Mongolei, USA und Rumänien beeindruckend, sondern auch, dass Sie in mehreren Sprachen diskutieren können.

Eine Preisverleihung, meine Damen und Herren, ist ein komplexer Gabentausch und vielleicht haben Sie sich ob Ihrer Sprachkenntnisse bei der Verleihung der Ehrendoktorwürde Dr.h.c. im Jahr 2007 durch die Ovidius Universität Constanza auf Rumänisch bedankt, hier und heute freuen wir uns, wenn Sie ein paar Worte an die Kolleginnen und Kollegen des Bundesverbandes der Zahnärzte des ÖGD auf Deutsch sagen.

Mit zunehmendem Lebensalter – und da haben Sie mir einige Jahre voraus – lernt und akzeptiert man, dass man selbst nicht wichtig ist, aber die Sache, für die man ein Leben lang eintrat. Auch der Arzt, Theologe und Philosoph Albert Schweitzer hat einmal gesagt: „Was ein Mensch in die Welt hinausgibt, geht nicht verloren.“

Dem, was Sie in die Welt hinausgegeben haben, liebe Frau Professor Borutta, verdanken zahlreiche Kinder, Jugendliche, ja Menschen aller Altersklassen ein Stück weit ihre Zahngesundheit, um die Sie sich auf Bundesebene verdient gemacht haben.

Herzlichen Glückwunsch zur Verleihung des Silbernen Ehrenzeichens des BZÖG an Frau Professor Dr. Dr. Annerose Borutta im Jahr 2015.

Dr. Michael Schäfer

Prof. Dr. A. Makuch

Alles mit dem Mund, alles in den Mund

Tagungsbericht vom 5. Interdisziplinären Symposium Kindlicher Entwicklung (ISKE)

Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit

Am 28. Februar dieses Jahres fand das 5. ISKE auf dem Campus der Leipziger Universität statt. Zum wiederholten Male wurde die Palette der kindlichen Entwicklung aus der Sicht verschiedener Fachdisziplinen beleuchtet und die verschiedensten Berührungspunkte zwischen diesen aufgedeckt.

Angeborene und erworbene Beeinträchtigungen

Das diesjährige ISKE hatte sich zur Aufgabe gestellt, angeborene und erworbene Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung und der orofazialen Entwicklung in ihrer vielfältigen Wechselwirkung zu problematisieren. Denn es steht außer Frage, dass solcherart Beeinträchtigungen eine Belastung im Sinne von stressrelevanten Faktoren darstellen, die das psychische und physische Wohl des Kindes stark beeinflussen können.

In ihrer Einführung zur Thematik ging die wissenschaftliche Leiterin des Symposiums, Frau Prof. em. Dr. Almut Makuch, einerseits auf die unterschiedlichsten Belastungsquellen (Krankheiten, Unfälle, Probleme im Elternhaus, Kindergarten, Schule etc.) ein, wobei sie betonte, dass die Übergänge oft fließend sind. Daraus resultierend ist dann eine Vielfalt an Symptomen typisch, die sich wiederum auf verschiedensten Ebenen äußern können – der kognitiv-emotionalen, physiologischen und verhaltensbezogenen. Doch auch hier ist Vorsicht geboten, denn nicht jede Symptomatik ist auf Stress zurückzuführen, oft stecken auch tatsächlich somatische Erkrankungen dahinter. Kinder sollten unter Nutzung von Bewältigungsressourcen und sozialer Unterstützung lernen, mit Belastungen umgehen zu können. Leider setzen die meisten diesbezüglichen Trainingsangebote erst im Schulalter an. Dabei ist es unerlässlich, dass Fachkräfte aus den medizinischen, sozialen und pädagogisch-psychosozialen Bereichen einbezogen werden. Damit konnte sie die Notwendigkeit einer interdisziplinären kindlichen Betreuung erneut herausstellen.

Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten

Die ersten drei Vorträge widmeten sich zunächst Kindern mit angeborenen Störungen der orofazialen Region – den Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten.

So stellte Frau Dr. Anja Kirchberg (Kinderzahnärztin, Leipzig) in ihrem Beitrag fest, dass solcherart betroffene Kinder in den vergangenen 20 Jahren sowohl von verbesserten operativen Herangehensweisen profitieren konnten als auch vom allgemeinen „caries decline“ betroffen sind. Neben der interdisziplinär organisierten fachlichen Zusammenarbeit bei der oralen Rehabilitation ist die individuell beratende Einbindung der Eltern in die Prävention oraler Erkrankungen eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation.

Speziell die kieferorthopädische Therapie, die unter Umständen bereits wenige Tage nach der Geburt mit der Herstellung einer Mund-Nasen-Trennplatte beginnen muss, braucht mindestens die kollegiale Beurteilung von den Fachbereichen Pädiatrie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Frau Dr. Bianca Gelbrich (UKL Leipzig) stellte unter diesem Aspekt in ihrem Referat das „Leipziger Spaltkonzept“ vor. Je nach Spaltform und deren Ausprägungsgrad sind in den verschiedenen Abschnitten der kindlichen Entwicklung unterschiedliche Therapien erforderlich. Dabei muss auch immer besser auf die psychosoziale Situation eingegangen werden.

Frau Prof. Dr. Roswitha Berger (UKL Marburg) stellte eine Sonderform der Gaumenspalte vor, die oft übersehen wird – die submuköse Spalte. Durch die in der Mittellinie nicht vereinten Muskeln des Velums kommt es bei submukösen Spalten zu einer velopharyngealen Insuffizienz, deren wichtigstes Symptom das „offene Näseln“ ist. Leider wird diese Resonanzstörung oft nicht in Zusammenhang mit dieser Spalte gebracht, so dass die Kinder zu spät oder gar nicht der notwendigen Therapie zugeführt werden. Eindrucksvoll konnte das die Referentin an einem Fallbeispiel belegen –



**Alles mit dem Mund,
alles in den Mund**

5. Symposium kindlicher Entwicklung –
Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit

28. Februar 2015 in Leipzig



eine kleine, normal intelligente Patientin sollte aufgrund der immer noch schlechten Aussprache ursprünglich auf eine Sonderschule geschickt werden ...

Psychosoziale Aspekte von Gesichtsauffälligkeiten

Für die erkrankte Frau Dr. Jutta Margraf-Stiksrud sprang Frau Prof. Makuch kurzfristig ein und konnte zur „Bedeutung von Gesichtsauffälligkeiten bei Kindern im sozialen Kontext“ die psychosoziale Seite unter dem Aspekt „Schöne Menschen haben es im Leben leichter“ im Anschluss an die vorausgegangenen Vorträge beleuchten und damit die Thematik an dieser Stelle abrunden. Vor allem die sogenannten nonverbalen Kommunikationsformen sind es, die in ihrer Eigen-

schaft als „Körpersprache“ die ersten und wichtigsten Signale zwischenmenschlicher Beziehung setzen. Dabei spielt die Physiognomie, besonders des Gesichtes und hier wiederum die Zähne, eine wichtige Rolle. Merkmale physiognomischer Attraktivität sind harmonische Proportionen, Indikatoren für Jugendlichkeit und Gesundheit sowie geschlechtstypisches Aussehen. Es ist deshalb gut vorstellbar, dass Normabweichungen durch Unfälle, Operationen und die bereits angesprochenen angeborenen Störungen (LKGS, Dysgnathien) sich hier gravierend auswirken können. Sie betreffen immer den „Betroffenen“ selbst als auch den „Gegenüber“.

Erziehungspartnerschaft von Eltern und zahnärztlichem Fachpersonal

Erfolgreiche Vorsorge für die Mundgesundheit bei Klein- und Kindergartenkindern durch Erziehungspartnerschaft von zahnärztlichem Fachpersonal und Eltern wurde in einem interessanten Beitrag von Frau Dr. Andrea Thumeyer (Vorsitzende LAGJ Hessen) thematisiert. Obwohl die oralen Prophylaxeempfehlungen heute allgemein anerkannt sind, musste sie feststellen, dass viele Zahnarztpraxen nicht darauf vorbereitet sind, dieses Fachwissen an Kinder bzw. deren Eltern als Ansprechpartner weiterzugeben. Dabei geht es darum, gemeinsam mit den Eltern eine im Alltag der Familie umsetzbare Lösung für ein erkanntes Problem zu finden. Die moderne Pädagogik spricht von Erziehungspartnerschaft. In einer Videosequenz konnte sie eindrucksvoll belegen, wie eine solche z. B. bei Müttern mit Kleinkindern aussehen kann: empathisch-partnerschaftlich. Auch für alte Hasen – einfach überzeugend.

Wenn Kinder den Mund nicht aufmachen, dann ...

Das Nachmittagsprogramm befasste sich dann mehr mit der Auswirkung erworbener Beeinträchtigungen.

„Wenn Kinder den Mund nicht aufmachen, dann ...“, ist das im Allgemeinen nicht nur mit Entwicklungsbesonderheiten zu erklären, sondern hat – leider – sehr oft reale Anlässe für dieses Verhalten. Aus psychologischer Sicht steckt nach Aussagen der psychologischen Psychotherapeutin Dr. Gisela Friedrich (Leipzig/Netzschkau)

Angst dahinter. Sie erklärte, dass Angst zunächst eine physiologische Schutzform – Abwehr oder Flucht – bei Tier und Mensch darstellt. Lernpsychologische Vorgänge unterschiedlichster Art können dies dann pathologisieren. In verschiedenen Fallberichten konnte sie dies anschaulich beschreiben.

Ursachen sind dabei neben schlechten Erfahrungen, Störungen im familiären

/// *Kindliche Dysphonien bleiben leider oft unbeachtet, obwohl die (oft belustigende) raue Stimme (Heiserkeit) nicht nur durch Stimmlippenknötchen verursacht wird, sondern auch schwerwiegendere organische Ursachen haben kann.*

Zusammenleben, aber auch sexueller Missbrauch; eine Thematik, der sich Herr Privatdozent Dr. Seikowski (UKL Leipzig, kurzfristig eingesprungen) widmete, eine Thematik, die im zahnmedizinischen (oralen) Bereich bisher sicher nicht den gebührenden Stellenwert einnimmt. Immerhin gibt es Symptome wie Hämatome und Bisswunden unterschiedlichster Lokalisation, aber auch Verweigerung des Sprechens und der Mundöffnung sowie neuauftretend bisher unbekanntes Verhalten, die ein Hinweis auf körperlichen und/oder sexuellen Missbrauch sein können. Besonders betroffen sind Kinder mit Behinderungen. Es gilt, diese Signale zu erkennen und auf keinen Fall zu ignorieren, dem Kind Schutzgefühle zu vermitteln und darüber zu reden.

Schnittstelle von Kinderzahnheilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie

Im Vortrag von Frau Dr. Sylvia Meuret (UKL Leipzig) wurden die Schnittstellen zwischen Kinderzahnheilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie thematisiert. Kindern mit einer Schluckstörung (Dysphagie) droht einerseits durch eine Aspiration die Möglichkeit einer Pneumonie, andererseits auch das Risiko einer Gedeihstörung und darüber hinaus der sozialen Ausgrenzung durch die Nichtteilnahme an Mahlzeiten in der Gemeinschaft.

Kindliche Dysphonien bleiben leider oft unbeachtet, obwohl die (oft belustigende)

raue Stimme (Heiserkeit) nicht nur durch Stimmlippenknötchen verursacht wird, sondern auch schwerwiegendere organische Ursachen haben kann. Sie betonte, dass nur in Zusammenarbeit aller medizinischen und zahnmedizinischen Fachrichtungen Kinder und Jugendliche mit Dysphagien und Dysphonien einer suffizienten Therapie zugeführt werden können.

Orofaziale Unfälle in der Milchgebissperiode

Im letzten Vortrag über orofaziale Verletzungen bei Vorschulkindern und ihre Folgen beschrieb Frau Dr. Gabriele Viergutz (UKL Dresden) sehr anschaulich, dass die relativ häufigen Verletzungen von Milchzähnen leider immer erst dann dem Zahnarzt vorgestellt werden, wenn das Trauma mit Weichteilverletzungen oder Blutungen aus dem Mund einhergeht, die Okklusion gestört ist oder die Nahrungsaufnahme verweigert wird.

Die Verletzungsarten sind gleichlautend wie im bleibenden Gebiss, unterliegen aber in der Therapie anderen Prioritäten. Das Alter des Kindes und die mangelnde Kooperationsbereitschaft rechtfertigen z. B. auch Kompromissbehandlungen. Vorrangig geht es darum, kein zusätzliches Risiko für Zahnkeime in der betroffenen Region herbeizuführen und die Kinder über einen längeren Zeitraum einfühlbar zu kontrollieren. Alle Behandlungen sollten unter Beachtung von Aufwand und Nutzen durchgeführt werden.

Wie in den vorangegangenen Jahren verlief die unterdessen recht beliebte wissenschaftliche Veranstaltung – mehr als 150 Teilnehmer – unter regem Interesse bei großer Diskussionsfreude. Nicht zuletzt ist das auch der Organisation von Frau Sabine Fuhlbrück (MFT-Therapeutin, Leipzig) geschuldet.

Allen Aktiven sei gedankt, denn der Tagungsüberschuss konnte wiederum für bedürftige Kinder verwendet werden. Die Gesamtspendensumme beläuft sich nach fünf Jahren auf über 18 500 Euro.

Korrespondenzadresse:
Prof. em. Dr. med. habil.
Almut Makuch
Diplompsychologin
www.iske-leipzig.de

„Gesund beginnt im Mund – 25 Jahre Tag der Zahngesundheit“

Pressekonferenz und Festveranstaltung



Am 25. September 2015 wurde zum 25. Mal der Tag der Zahngesundheit begangen. Dies war Anlass, zu den Anfängen zurückzublicken, die Entwicklung im Verlauf der Jahre zu betrachten und sich Gedanken zu machen, welche Aufgaben in Zukunft zu bewältigen sind.

Der Tag startete in Berlin im Haus der Bundespressekonferenz. Vor den Medienvertretern gaben Vertreter von Landespolitik, Krankenkassen und Wissenschaft ihre Statements ab. Der Leiter des Aktionskreises zum Tag der Zahngesundheit, Herr Dr. Uwe Prümel-Philippsen, zitierte den immer noch gültigen Grundsatz aus der Festschrift von 1991: „Die Einrichtung eines jährlich wiederkehrenden Tages der Zahngesundheit dient dem Ziel, die Bürger der Bundesrepublik Deutschland auf die Bedeutung eines gesunden Kauorgans hinzuweisen und zu entsprechenden Verhaltensweisen anzuregen.“ Er beobachtete vier Phasen der Gestaltung dieses Tages – während in den Anfängen die Fachöffentlichkeit aus dem Bereich der Mundgesundheitsförderung angesprochen wurde, diesen Tag mit Leben zu füllen, rückten in den Folgejahren immer mehr die Öffentlichkeit, verschiedene Altersgruppen und das Setting Schule in den Mittelpunkt. In den letzten Jahren wurden ganzheitliche Aspekte und der demografische Wandel in den Fokus gestellt. Herr Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, stellte einen Bezug her zwischen der Initiierung des Tages der Zahngesundheit und dem eingeleiteten Paradigmenwechsel von der reparativen hin zur präventiven Zahnmedizin. Perspektivisch sieht er wichtige Aufgaben in der Parodontitisprophylaxe, in der stärkeren Vernetzung von Mund- und allgemeiner Gesundheit und der Verbesserung der Prävention bei Pflegebedürftigen, Hochbetagten und Menschen mit Behinderung, bei kleinen Kindern und ganz aktuell bei der zahnmedizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern. Das Vorstandsmitglied des GKV-Spitzenverbandes, Herr Johann-Magnus v. Stackelberg, stellte

die Frage, ob die 13,7 Mrd. Euro, die die GKV 2013 für zahnärztliche Leistungen ausgaben, auch bei den sozial Schwächeren ankommen. Dies erfordert seiner Meinung nach eine Kontinuität in der Gruppenprophylaxe, die aufsuchenden Charakter hat. Als Vertreter der Wissenschaft betonte Herr Prof. Dr. Johannes Einwag, dass nach wie vor die Entfernung des Zahnbelages die einfachste und wirksamste Prophylaxemaßnahme darstellt. „Durch die Gruppenprophylaxe wurde innerhalb einer Generation eine neue soziale Norm eingeführt: Man putzt sich täglich mindestens einmal die Zähne!“ führte er aus. Dass dieses bei den jungen Eltern bewusst bleibt und sich auch bei den Kindern nicht verliert, sieht er als Herausforderung für die Zukunft an.

Die anschließende Festveranstaltung im Berliner MARITIM pro arte mit etwa 100 geladenen Gästen wurde mit einem Grußwort des Herrn Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eröffnet. Er lobte die Erfolge zahnmedizinischer Prophylaxe in allen Bereichen, die Vorbild für Grundgedanken des Präventionsgesetzes waren und stellte fest, dass das Bündnis für Zahn- und Mundgesundheit wirkt.

Der Nachmittag gehörte einer Runde von insgesamt neun Zeitzeugen, die locker moderiert von Herrn Dr. Prümel-Philippsen und Herr Prof. Dr. Einwag, Erinnerungen austauschten. Herr Prof. Dr. Klaus Pieper schilderte u. a. die Aufbruchsstimmung Anfang der 90er Jahre, als ein allgemeiner Kariesrückgang beobachtet wurde. Herr Robert Römer, der Sohn des Initiators des Tages der Zahngesundheit Friedrich Römer, erinnerte an die vielen vorbereitenden Gespräche mit Vertretern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Krankenkassen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Zahnärztekammern, Kieferorthopäden u.v.m., die schließlich in der Idee eines Tages der Zahngesundheit mündeten.

Die Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden in der Gesprächsrunde durch Frau Dr. Gudrun Rojas, Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes der Stadt Brandenburg an der Havel, vertreten. Für

die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kommunalen Zahnärztlichen Dienste, die täglich gruppenprophylaktisch in den Kindereinrichtungen unterwegs sind, ist in gewisser Weise jeder Tag ein Tag der Zahngesundheit. Der 25. September mit seinen besonderen Veranstaltungen ist stets eine Herausforderung, bietet aber auch die Möglichkeit, politische Gremien und die lokale Presse auf die Prophylaxeerfolge und die Besonderheiten vor Ort aufmerksam zu machen. Im Land Brandenburg wurde dem ÖGD die Koordination und Umsetzung der Gruppenprophylaxe übertragen; er kann mit der Gesundheitsberichterstattung eindrucksvoll informieren und Präventionsprogramme steuern. Das Thema Mundgesundheit ist hier auch ein Bestandteil des Gesundheitszieleprozesses zur Kindergesundheit im „Bündnis Gesund Aufwachsen“. Wie jeder Zeitzeuge wurde Frau Dr. Rojas ebenfalls gefragt, welcher Tag der Zahngesundheit am nachhaltigsten in Erinnerung geblieben ist. Dies war für sie das Jahr 2010 mit dem Slogan „Gesund beginnt im Mund – Lachen ist gesund!“. In der zentralen Landesveranstaltung wurde das Logo für die Brandenburger Gruppenprophylaxe vorgestellt, das aus dem Landeswettbewerb „Tolle Zähne – na logo!“ hervorging. Über 500 Schülerinnen und Schüler waren ins Brandenburger Theater gekommen und erlebten nach der Prämierung durch den Staatssekretär für Gesundheit eine ausgelassene Show, die ganz sicher mit ihrer Botschaft für gesunde Zähne auch den Kindern im Gedächtnis geblieben ist.

Alle Redner waren sich einig, dass dieser Tag auch in Zukunft seine Berechtigung haben wird. Frühkindliche Karies, Risikogruppen unterschiedlichen Alters aber auch die Möglichkeit der Nutzung neuer Medien stellen die neuen Herausforderungen dar.

Dr. Grit Hantzsche
hantzsche@bzoeg.de

60 Jahre BZÖG

Die Menschen, die mich kennen, wissen, dass ich es mit der Historie nicht so habe und in meiner Freizeit eher Science-Fiction bevorzuge.

Bewährtes ist schön und gut – als Basis – aber das Neue ist so viel spannender und das Bessere sowieso der Feind des Guten.

Insofern bin ich viel mehr daran interessiert, dass es und wie es mit unserem Verband in der Zukunft weiter geht – und nicht unbedingt, wie es früher gewesen ist.

Inzwischen bin ich nämlich auch bereits ein bisschen „früher“, da ich (gefühl) ewige Zeiten im Verband bin und fast genauso lange irgendeine Funktion innehabe.

Mit anderen Worten: Auch wenn unser BZÖG mit gewissem Stolz auf das in der Vergangenheit Erreichte zurückblicken kann, wie geht es mit uns weiter? Wo bleibt der Nachwuchs?

Liebe neue und junge Kolleginnen und Kollegen, gestalten Sie mit! Bringen Sie sich bitte ein, bestimmen Sie unsere Zukunft mit. Lassen Sie sich bitte nicht von Routine und Erfahrung zu sehr beeindruckten, sodass Sie sich nicht trauen, bei den Verbandsaktivitäten mitzumachen.

Teilen Sie Ihre Ideen und Anregungen mit Ihren „öffentlichen“ Kolleginnen und Kollegen, berichten Sie von Ihren Erlebnis-

sen und den Besonderheiten in Ihrem Umfeld. Diskutieren Sie mit unseren Vorständen auf Landes- und Bundesebene, vertreten Sie unsere Interessen und lassen Sie sich als BZÖG-Mitglied in Gremien wählen, in denen wir mit Sitz und Stimme vertreten sind. Machen Sie im BZÖG Karriere!

Und um dann doch einmal in die Zitatenkiste zu greifen: Fragen Sie nicht nur, was der BZÖG für Sie tun kann, sondern was Sie für den BZÖG tun können.

Ihre Dr. Claudia Sauerland

Interessante Artikel aus der Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ von 2005 bis heute

2005

50 Jahre BZÖG – Jubiläumsveranstaltung in Osnabrück (24./25. Nov. 2005)

Dank des großen Engagements von Frau Dr. Brunner-Strepp findet die Veranstaltung in verschiedenen Räumlichkeiten des Kreishauses in Osnabrück statt. Am Donnerstag, dem 24. November, referieren Kolleginnen und Kollegen aus den Landesstellen unter dem Motto „Aus der Praxis für die Praxis – von Mitgliedern für Mitglieder“. Sie präsentieren in ihren Vorträgen herausragende Umsetzungen des § 21 SGB V oder stellen besondere Leistungen Zahnärztlicher Dienste vor.

Am Freitag, dem 25. November, werden Workshops mit unterschiedlichen Schwerpunktthemen z. B. von Frau Dr. Juliane Frühbuß von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und Dr. Dagmar Starke, seinerzeit von der KV

Nordrhein angeboten. Die große Teilnehmerzahl von über 140 Kolleginnen und Kollegen zeigt, dass das Konzept der Tagung angenommen und als voller

Erfolg gewertet wurde. Nicht nur durch den frühen lokalen Wintereinbruch hinterließ diese Veranstaltung bleibende Erinnerungen.





Foto: (v.l.n.r.)
Herr Dr. Schäfer,
Frau Dr. Brunner-
Strepp, Frau
Dr. Sauerland,
Herr Dr. Kassing

Prof. Pieper stellt den Significant Caries Index (SiC) vor

Auf dem 55. Wissenschaftlichen Kongress von BZÖG und BVÖGD in Bamberg erläutert Prof. Dr. Klaus Pieper die Berechnung des SiC als Basis für die Planung einer bedarfsorientierten Gruppenprophylaxe (Einführung von Bratthall im Jahr 2000).



20 Jahre Aktion zahnfreundlich e.V. (AzeV)

Seit 1985 zeichnet die AzeV mit ihrem roten Qualitätssignet „Zahnmännchen mit Schirm“ vor allem Süßwaren aus, die weder Karies verursachen noch zu säurebedingten Zahnschäden (Erosionen) führen.

Speisesalz-Fluoridierung muss erhalten bleiben

Uneinigkeit auf EU-Ebene könnte das Ende einer wichtigen Prophylaxemaßnahme bedeuten. Im Zuge der Harmonisierung des Lebensmittelrechts wird zurzeit eine Verordnung beraten, die den direkten Zusatz von Vitaminen und Mineralien sowie anderen Stoffen zu Lebensmitteln regelt. In der Liste der möglichen Stoffe (Annexliste), die Lebensmitteln zukünftig direkt zugesetzt werden dürfen, soll Fluorid gestrichen werden. In der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) und der Informationsstelle für Kariesprophylaxe fordern die Professoren Schiffner und Zimmer mit Nachdruck den Erhalt der Speisesalz-Fluoridierung. Unterstützt wird diese Forderung auch von der

Bundeszahnärztekammer, dem Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) und anderen Institutionen.

BZÖG tritt Kooperationsverbund zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bei



Seit 2003 verfolgt der „Kooperationsverbund zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ auf Bundes- und Länderebene das Ziel, Praxisprojekte in den Gemeinden zu etablieren, zu stärken und die Arbeit der Akteure miteinander zu vernetzen. Er besteht aus der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung für Gesundheit und allen Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung sowie weiteren Netzwerkakteuren auf Landesebene. Der BKK-Bundesverband war die erste Krankenkasse, die sich dem Kooperationsverband anschloss.

Anlässlich des 3. Kooperationstreffens haben sich am 27. Oktober 2005 19 neue Partner dem Kooperationsverbund angeschlossen, der nun 37 institutionelle Mitglieder zählt. Für den Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. hat der 1. Vorsitzende, Dr. Michael Schäfer MPH, die Kooperationserklärung unterzeichnet.

2006

Wahl des Bundesvorstandes

Nach Ablauf der zurückliegenden Amtsperiode stellten sich die Vorstandsmitglieder auf der Delegiertenversammlung am 11. Mai 2006 in Frankfurt/Oder komplett zur Wiederwahl. Die Amtsinhaber, Dr. Michael Schäfer als 1. Vorsitzender, Dr. Claudia Sauerland als 2. Vorsitzende, Dr. Cornelia Wempe als Geschäftsführerin, Bernd Schröder als Schatzmeister und die Beisitzer Dr. Grit Hantzsche als Redakteurin und Dr. Uwe Niekusch als wissenschaftlicher Referent, wurden durch die Delegierten jeweils einstimmig in ihren Funktionen bestätigt.

Intensivprophylaxe mit Fluoridlacken im Vorschulalter (Prof. Borutta)

Bezogen auf die Mundgesundheit im Vorschulalter häufen sich Mitteilungen über einen Wiederanstieg der Karies.

Aufgrund der morphologischen und anatomischen Besonderheiten ihrer Milchzähne sollte man Klein- und Vorschulkinder allgemein der Gruppe derer mit hohem Kariesrisiko zuordnen. Im Rahmen der Gruppenprophylaxe wird so eine intensive vorbeugende Betreuung empfohlen, die sich auf den Einsatz von Fluoriden neben Mundhygiene und Ernährungsberatung stützt.

Im Rahmen eines Pilotprojektes, welches in Zusammenarbeit mit der Universität Jena im Schuljahr 2002/2003 in 7

Kindertagesstätten der Stadt Erfurt durchgeführt wurde, konnte gezeigt werden, dass bei Vorschulkindern Fluoridlacke geeignet sind, eine signifikante Kariesreduktion zu bewirken. Neben anderen lokal wirkenden Fluoridpräparaten werden die Fluorid-Lacke auch in der Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen“ als Ergänzung zur Basisprophylaxe bei Kindern empfohlen.

16. Mai 2006 – EU bekennt sich zu Fluoriden

Die Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) begrüßt, dass sich die überwiegende Mehrheit der Abgeordneten des Europäischen Parla-

ments für eine Anreicherung von Lebensmitteln mit Fluorid entschieden und einen entsprechenden Änderungsantrag zum Verbot von Fluorid abgelehnt hat. Mit Festlegungen zu Höchstmengen und eventuellen Einschränkungen in Bezug auf andere Lebensmittel wird im Verlauf der nächsten zwei Jahre zu rechnen sein.

FDI World Dental Federation ruft zur Förderung der Zahngesundheit durch Fluoride auf

80 Experten aus 30 Ländern haben im November 2006 in Genf und Ferney Voltaire gemeinsam an einer von der FDI World Dental Federation, der International Association for Dental Research (IADR) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veranstalteten Globalen Konsultation über Mundgesundheit durch Fluoride teilgenommen. Dabei äußerten sie sich tief besorgt über zunehmende Unterschiede in der Zahngesundheit und über fehlende Fortschritte beim Kampf gegen das weltweite Übel Zahnkaries besonders in unterversorgten Bevölkerungsgruppen.

Unter Verweis auf wissenschaftliche Erkenntnisse und mehrere Resolutionen

der Weltgesundheitsversammlung der WHO und weitere technische Berichte haben die Experten erneut die Effizienz, Kosteneffektivität und Sicherheit einer täglichen optimalen Fluoridanwendung bestätigt. Für sie gilt als erwiesen, dass der universale Zugang zu Fluorid für die Zahngesundheit ein fester Bestandteil des Menschenrechtes auf Gesundheit ist.



Zum ersten Mal KIGGS

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird nach der vierjährigen Vorbereitungs- und dreijährigen Erhebungsphase von Studienleiterin Dr. Bärbel-Maria Kurth und ihrem Team vom Robert-Koch-Institut am 25. September 2006 in Berlin präsentiert.

Zu den Kernaussagen gehört, dass jedes 7. Kind übergewichtig ist und 6 %

unter Adipositas leiden. Mehr als jedes 5. Kind leidet unter Essstörungen und bei 22 % der Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise für psychische Auffälligkeiten vor. Alarmierend ist, dass 50 % der Kinder und Jugendlichen in Raucher-Haushalten aufwachsen. Zu den positiven Ergebnissen zählt, dass 72 % der Kinder im Alter von 10–14 Jahren täglich im Freien spielen, bei den Vorschulkindern sind es sogar 80 % und Deutschland kann nicht mehr als Jodmangelgebiet bezeichnet werden.

Es ist davon auszugehen, dass die Präventionsforschung durch die KiGGS-Studienergebnisse neue Impulse erhält. Als Beispiel für erfolgreiche Prävention wurde die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland genannt. Gestützt durch Daten wurden hier von der Politik Rahmenbedingungen für die Prävention gestaltet.



2007

Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ bekommt neues Design

Unter der Redaktion von Frau Dr. Grit Hantzsche wird mit dem Wechsel zur Druckerei Polydruck in Dresden das Erscheinungsbild der Verbandszeitschrift verändert. Die Zeitschrift erhält einen klar strukturierten „wissenschaftlichen“ Charakter.

50 Jahre „Verein für Zahnhygiene“

1957 trafen sich in Frankfurt/Main Firmen der Zahn- und Mundpflege-mittelindustrie, um die Prophylaxe

in Deutschland in Absprache mit der Zahnärzteschaft und unter Verzicht auf kommerzielles Konkurrenzdenken und eigennützige Werbung zu fördern: Es entstand der Verein für Zahnhygiene e. V. (VfZ) mit dem Ziel, „die Öffentlichkeit über die Bedeutung der Zahngesundheit und die Gefahren, die dem Körper von erkrankten Zähnen drohen, aufzuklären, eine Intensivierung der Zahn- und Mundhygiene anzuregen und auf die Notwendigkeit vorsorglicher Zahnbehandlung hinzuweisen.

In seinem Redebeitrag anlässlich der Pressekonferenz in Frankfurt/Main im Mai 2007 beschreibt der Referent Prof. Dr. Hans-Jürgen Gülzow vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf die wichtigsten Aktionen des VfZ: 1957 die Einführung der „Zahnpflegebeutel“ mit verschiedenen Mundpflege-Utensilien zur Einschulung der Kinder, Lehr- und

Lernmittel sowie Kurzfilme für Kindergärten und Grundschulen, 1979 die Gründung der Fachzeitschrift „Kariesprophylaxe“ (heute: „Oralprophylaxe“), 1983 der Bau des ersten „Kariestunnels“ und 1991 die Initiierung des ersten „Tages der Zahngesundheit“. Mit der



Beteiligung an der Gründung und Förderung der Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege legt der Verein seit jeher einen besonderen Fokus auf die flächendeckende Gruppenprophylaxe und sieht somit weiterhin gute Perspektiven zur Förderung der Zahngesundheit in Deutschland.

Erste gemeinsame Fortbildungsveranstaltung für die Zahnärzte und Zahnärztinnen des ÖGD aus Brandenburg und Berlin

Im schönen Tagungszentrum „Blauart“ auf der Potsdamer Halbinsel Herrmannswerder treffen sich am 28. Februar 2007 auf Einladung der Landes Zahnärztekammer Brandenburg die Zahnärzte/innen aus den Gesundheitsämtern der Länder Brandenburg und Berlin sowie Mitarbei-

ter/innen der LAG Berlin, des Büros für Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg und des Landesgesundheitsamtes zu ihrer ersten gemeinsamen Veranstaltung. Drei interessante Vorträge stehen auf dem Programm. Frau Dr. de Moura Sieber spricht zur „Mund- und Zahnpflege unter Berücksichtigung der Fluoridanwendung bei ein- bis zwölfjährigen Kindern“ und Herr Prof. Dr. Splieth von der Universität Greifswald referiert zu dem Thema „Bildung und Gesundheit: Zusammenhänge aus einer 10-Jahres-Studie“, in dem er den Kariesbefall als soziologisches Problem darstellt, und in einem weiteren Vortrag zur Problematik der langen Durchbruchszeit des Sechsjahrmolaren. Neben den Vorträgen wird auch die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch von allen Teilnehmenden als große Bereicherung empfunden.

2008

Positionspapier des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 2008

Unterstützt von allen Landesstellenleiterinnen und -leitern sowie ihren Stellvertreterinnen und Stellvertretern hat der Vorstand ein neues Positionspapier erarbeitet. Überlegungen aus fast allen Bundesländern konnten Berücksichtigung finden und die unterschiedlichen Aspekte bei der Aufgabenwahrnehmung in das neue Positionspapier einfließen.

Mit diesem Positionspapier möchte der Vorstand des BZÖG Hilfestellung geben für die täglich zu erledigenden Aufgaben in den Zahnärztlichen Diensten. Auf Grund des erheblichen Spielraums bei der Interpretation der gesetzlichen Grundlagen unterliegen die Kolleginnen und Kollegen in den einzelnen Ländern und Kreisen immer wieder Rechtfertigungszwängen. Neben objektiven Faktoren, wie z. B. der vorhandenen Personaldecke, spielen auch individuelle Auslegungen eine große Rolle. Welche Aufgaben nimmt man wahr? Können neue Aufgabenfelder besetzt werden oder sollte das Qualitätsmanagement mehr in den Mittelpunkt

rücken? Das Positionspapier beschreibt das gesamte Leistungsspektrum der Zahnärztlichen Dienste, angefangen bei Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung über die Untersuchung und Befundung bis hin zu Gesundheitsberichterstattung und gutachterlichen Stellungnahmen.

25-jähriges Bestehen des WHO-Kollaborationszentrums „Prävention oraler Erkrankungen“ (WHOCC)

Mit einem wissenschaftlichen Symposium zum Thema „Ungleichheit in der Mundgesundheit – Herausforderung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ begeht am 23. und 24. Mai 2008 das WHOCC sein Jubiläum im Rahmen des 450-jährigen Bestehens der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Das WHOCC, das von der WHO 1983 inauguriert wurde und derzeit unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Dr. Annerose Borutta arbeitet, ist eines der ältesten WHO-Kollaborationszentren und gegenwärtig das Einzige in Deutschland und im deutschsprachigen Raum auf dem Gebiet der Mundgesundheit. Die wissenschaftlichen Aufgaben des WHOCC folgen inhaltlich den Gesundheitsstrategien der

WHO und beinhalten epidemiologische, klinische und experimentelle Studien zur Prävention von Munderkrankungen, insbesondere der Karies.

Forderung nach verbesserter kieferorthopädischer Vorsorge

Die Direktorin der Kieferorthopädie des Universitätsklinikums Rostock, Frau Prof. Dr. Rosemarie Grabowski, kritisiert die mangelnde kieferorthopädische Prävention. Ein Grund dafür sei die Politik der Krankenkassen, die die Kosten für Zahnspangen weitgehend erst am Ende des Zahnwechsels oder später übernehmen. Für Prävention und Frühbehandlung sich erst entwickelnder Anomalien ist der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen extrem eingeschränkt. In einer Studie mit 3.041 Rostocker Kindern im Vorschul- und frühen Schulalter fand sie heraus, dass Fehlfunktionen in der Zeit des Wechsels vom Milch- zum Wechselgebiss signifikant ansteigen. Könnte in diesem Stadium eingegriffen werden, wäre viel gewonnen.

2009

Mundhygiene und Kariesprophylaxe – Handlungsempfehlungen

Mit den Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KIGGS, 2007) wurden auf Bitten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seitens einer kleinen Arbeitsgruppe des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) Handlungsempfehlungen für eine populationsbezogene zahnmedizinische Prävention erstellt. Neben den Empfehlungen auf Gruppenebene beinhaltet das Schreiben auch Empfehlungen zu strukturellen Maßnahmen, Empfehlungen zu inhaltlichen und zielgruppenspezifischen Aspekten, Empfehlungen auf individueller Ebene sowie Empfehlungen an die wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Fluoridgele zur Intensivfluoridierung: Die Wirksamkeit ist wichtiger als der Geschmack

Wie die Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS) IV zeigt, hat sich die Zahngesundheit in Deutschland deutlich verbessert. Dies ist vor allem auf die breite Anwendung von Fluoriden zurückzuführen. Die wachsende Erkenntnis über die Bedeutung des Fluorids bei Vorgängen der De- und Remineralisation an der Zahnoberfläche führte dazu, dass der lokalen Fluoridapplikation gegenüber der systemischen heute der Vorzug gegeben wird. Besonders effektiv sind hierbei die Aminfluoride, die in Zahnpasten, Gelen und Fluids zur Anwendung kommen. Mühlemann empfahl bereits 1960 die Anwendung von Aminfluoriden in der Zahnheilkunde. Zahlreiche klinische Studien zeigten, dass die kombinierte Anwendung von aminfluoridhaltigen Zahnpasten und elmex® gelée zur stärksten Kariesreduktion geführt

haben. Frau OÄ Dr. med. dent. Leonore Kleeberg bestätigt die Wirksamkeit und ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Wie verbindlich werden zahnärztliche Untersuchungen des ÖGD wahrgenommen?

Hessische Kollegen/innen des Main-Taunus-Kreises betrachten longitudinal im Zeitraum von 1. bis 6. Klasse knapp 2000 Untersuchungsbefunde. Ausgewertet werden Befunde von Kindern mit kariösen, behandlungsbedürftigen bleibenden Zähnen, der weitere Befundverlauf dieser Zähne musste möglich sein. Von den 187 auswertbaren Befunden waren ca. 3/4 aller bei der zahnärztlichen Untersuchung des ÖGD festgestellten Befunde zeitnah innerhalb eines Jahres behandelt worden. Durch ein zweites Nachgreifen kann dieser Wert auf 87 % gesteigert werden. Bei ca. 12 % zeigen die Bemühungen des zahnärztlichen Dienstes anscheinend keine Wirkung.

2010

Neuwahl des BZÖG-Bundesvorstandes

Am 30. April 2010 endet die sechsjährige Amtszeit des bisherigen Bundesvorstandes des BZÖG. Die Vorsitzenden Herr Dr. Michael Schäfer und Frau Dr. Claudia Sauerland sowie Frau Dr. Grit Hantzsch, die das Amt der Beisitzerin und der Redaktionsleitung der Verbandszeitschrift innehatte, kandidieren nicht mehr für eine weitere Amtsperiode.

Zum 1. Vorsitzenden wird Herr Dr. Pantelis Petrakakis, Fachbereich Gesundheit des Landkreises Marburg-Biedenkopf, und

zur 2. Vorsitzenden Frau Dr. Sabine Breitenbach, Fachbereich Gesundheit der Stadt Mannheim, gewählt. Die Redaktion und der Beisitz werden von Frau Dr. Andrea Falticko, Abteilung Gesundheit des Kreises Gütersloh, übernommen. Im Amt bestätigt werden die Geschäftsführerin Frau Dr. Cornelia Wempe, Gesundheitsamt Hamburg-Elmsbüttel, der Schatzmeister Herr Bernd Schröder, Gesundheitsamt der Stadt Duisburg sowie Herr Dr. Uwe Niekusch als wissenschaftlicher Referent, Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises.

Ab September 2010 übernimmt Frau Dr. Grit Hantzsch kommissarisch wieder die Redaktion der Verbandszeitschrift, da die in Hamburg gewählte Redakteurin, Frau Dr. Andrea Falticko, aus gesundheitlichen Gründen das Amt nicht weiterführen konnte.

Schulungen in der Altenpflegeausbildung – ein Projekt zur Verbesserung der Mundhygiene bei Pflegebedürftigen

Mangelnde Grundkenntnisse in der Mundhygiene und im Umgang mit diffizilem Zahnersatz, so wie die Unkenntnis

über die Folgen von oralen Erkrankungen auf den Gesamtorganismus führen zu großen Defiziten der Gesundheit pflegebedürftiger Menschen. Zahlreiche Untersuchungen aus dem In- und Ausland konnten zeigen, dass durch Schulungen der Pflegekräfte in den Altenpflegeheimen die Mundgesundheit der Bewohner nachhaltig und deutlich verbessert werden konnte. In Frankfurt am Main werden in einem Pilotprojekt zum einen alle vier Altenpflegeschulen durch das Amt für Gesundheit, Abteilung Zahnmedizin, und die Universitätszahnklinik Carolinum betreut, zum anderen bietet die Landes Zahnärztekammer Hessen allen Frankfurter Altenpflegeheimen in Zusammenarbeit mit dem Amt für Gesundheit kostenlose Schulungen der Pflegekräfte durch speziell in der Alterszahnheilkunde geschulte Zahnärzte an. In Auswertung dieser Studie werden 138 Auszubildende zum persönlichen Nutzen der Schulung und zu der Bewertung des Unterrichts befragt. Die Inhalte der Lerneinheit werden von der Mehrheit als interessant und gut gewählt betrachtet. Etwas kritischer wird der Theorie-Praxis-Transfer bewertet.



Foto: Der neue Bundesvorstand des BZÖG; von links nach rechts; Dr. Sabine Breitenbach, Dr. Cornelia Wempe, Bernd Schröder, Dr. Andrea Falticko, Dr. Uwe Niekusch, Dr. Pantelis Petrakakis

2011

Vorstände von BZÖG und BVÖGD zu Gast bei Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler in Berlin

Das einstündige Gespräch am 23. Februar 2011 verläuft in einer harmonischen und entspannten Atmosphäre und hinterlässt bei den Anwesenden einen sehr positiven Eindruck. Zentrale Themen des Gespräches sind der Nachwuchsmangel bei Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitswesen, die anstehende Änderung des Gesetzentwurfs zur Verbesserung der Krankenhaushygiene sowie die Alterszahnmedizin.

Die Problematik der präventiven zahnmedizinischen Unterversorgung bei den Senioren ist im BMG seit geraumer Zeit ein Thema – nicht zuletzt auch durch das Alten- und Behinderten-Konzept (AuB) „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Am Ende des Treffens im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verließen die Vorstände des BVÖGD und des BZÖG Berlin mit der Aussicht auf weitere Gespräche und eine kontinuierliche Einbindung bei der Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Für den BZÖG bedeutet das Gespräch mit dem Minister die



Foto oben (von links): Joachim Becker, Dr. Pantelis Petrakakis, Karin Knufmann-Happe, Dr. Harald Michels, Dr. Roswitha Voigt, Dr. Ute Teichert-Barthel, Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, Dr. Sabine Breitenbach, Dr. Thomas Menn

Eröffnung neuer Möglichkeiten. Mit Unterstützung des BMG könnten die Zahnärztlichen Dienste neue Wege in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Senioren beschreiten.

Rechtliche Aspekte der Fluoridierung unter besonderer Berücksichtigung des Delegationsrahmens der Bundeszahnärztekammer für Zahnmedizinische Fachangestellte

Rechtsanwalt Rudolf Günter, Fachanwalt für Medizinrecht, beleuchtet in einem Vortrag an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf neben dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung eines approbierten Zahnarztes auch die Rechtsgrundlagen und Möglichkeiten der Delegation zahnärztlicher Leistungen. Delegationsfähige Leistungen nach § 1 Abs. 5 Zahnheilkundegesetz sind zum Beispiel die Herstellung von Röntgenaufnahmen, das Entfernen von weichen und harten Belägen, Füllungspolituren, Versiegelung von kariesfreien Fissuren, Motivation zu zweckmäßiger Mundhygiene und lokale Fluoridierung

z. B. mit Lack oder Gel. Wichtig dabei ist, dass der Zahnarzt für die delegierte Leistung persönlich haftet und während des Einsatzes seiner Mitarbeiterinnen jederzeit für Rückfragen, Korrekturen oder bei Komplikationen zur Verfügung stehen muss.

Für die Frage der Delegation von Fluoridierungsmaßnahmen im Rahmen der Gruppenprophylaxe ist die unterschiedliche praktische Umsetzung in den einzelnen Bundesländern zu berücksichtigen. Optimal ist die Durchführung in „Prophylaxe-Teams“, bei denen ein Zahnarzt, sei es ein niedergelassener oder im ÖGD angestellter, gemeinsam mit dem Prophylaxe-Personal die „Außendiensttätigkeit“ in Kindergärten und Schulen wahrnimmt. Hier ist eine Delegation der Fluoridierung ohne weiteres zulässig. Wird eine Prophylaxe-Mitarbeiterin allein in eine Einrichtung geschickt, muss der Zahnarzt entsprechend dem Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer vom 16. September 2009 jederzeit erreichbar sein. Er muss bei Komplikationen entweder umgehend selbst die Einrichtung aufsuchen oder telefonische Anweisungen für das weitere Procedere geben.

2012

Konzept des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) – „Zahnmedizinische Betreuung in Senioren- und Pflegeheimen unter Einbeziehung niedergelassener

Zahnärzte und der zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter“

Trotz aller bisherigen Bemühungen muss die Mundpflege und Mundgesundheit in vielen Pflege- und Senioreneinrichtungen noch allzu oft als unzureichend bezeichnet werden. Eine durch das Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises durchgeführte

Befragung in 64 Pflege- und Seniorenheimen ergab, dass über 60 % der Heimbewohner regelmäßig Hilfe beim Zähneputzen oder bei der Prothesenreinigung benötigen. Zurzeit ist das Pflegepersonal in den Einrichtungen auf diese Herausforderungen nicht oder nur unzureichend vorbereitet. Der Wunsch nach entsprechenden Schulungen seitens der Heimleitungen und

Pflegekräfte besteht ebenso wie die Forderung nach einer regelmäßigen zahnärztlichen Betreuung der Heime. Zu diesem Zweck müssen Strukturen geschaffen werden, die unter Einbeziehung der niedergelassenen Zahnärzte eine intensive und regelmäßige Gebisskontrolle und -pflege ermöglichen.

- Der Referent für Alterszahnheilkunde der Zahnärztekammer gewinnt Betreuungszahnärzte für die Einrichtungen und koordiniert die Betreuung.
- Der Betreuungszahnarzt übernimmt die „Patenschaft“ für das Seniorenheim.
- Der Zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes ist Ansprechpartner für die Pflege-/Senioreneinrichtungen, führt Fortbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte durch und unterstützt bei der Sicherstellung der zahnärztlichen Betreuung.



Foto: (von rechts) Herr Dr. Petrakakis, Frau Dr. Breitenbach, Frau Kettler, Frau Dr. Hantzsche, Herr Schröder, Frau Dr. Wempe, Herr Dr. Niekusch

Nur durch Kooperation und Vernetzung auf breiter Basis kann das Ziel, die Verbesserung der Mundgesundheit Pflege- und Hilfebedürftiger, erreicht werden.

Delegierten- und Mitglieder- versammlung 2012 im Erfurter Rathaus mit Vorstandswahl und Satzungsänderung

Im Rahmen der jährlichen Delegierten- und Mitgliederversammlung wird eine Satzungsänderung beantragt und beschlossen, welche die Erweiterung des Vorstandes um 2 Beisitzer zum Inhalt hat, die Funktionen des Wissenschaftlichen Referenten und der Redaktion Internet. Danach besteht der Vorstand nun aus sieben Mitgliedern.

Bei der anschließenden Vorstandswahl werden Herr Dr. Pantelis Petrakakis als 1. Vorsitzender, Frau Dr. Sabine Breitenbach als 2. Vorsitzende, Frau Dr. Cornelia Wempe als Geschäftsführerin und Herr Bernd Schröder als Schatzmeister im Amt bestätigt. Neu im Vorstand ist Frau Erdmuth Kettler als Redakteurin der Verbandszeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“. Die neuen Funktionen im Vorstand werden bis zur Gültigkeit der Satzungsänderung mit dem Eintrag ins Vereinsregister kommissarisch

von Herrn Dr. Uwe Niekusch (Wissenschaftlicher Referent) und Frau Dr. Grit Hantzsche (Redaktion Internet) wahrgenommen.

Relaunch des Internet-Auftrittes: bzoeg.de

Im Herbst 2012 geht die neugestaltete Website des BZÖG online. Mit dem Unternehmen Form-Farbe-Style wurde eine kreative Agentur für neue Medien gefunden, die Konzeption, Design und Umsetzung aus einer Hand bietet. Es entstand eine moderne, klar strukturierte und interaktive Internet-Plattform, die den Verband, seine Struktur, Vorstellungen und Positionspapiere sowohl in der Öffentlichkeit als auch im internen Bereich präsentiert. Ob Newsletter, schnelle Recherche in der Datenbank oder die Verwaltung der Mitgliederdaten – der Nutzer findet aktuelle Informationen und Termine, neue wissenschaftliche Erkenntnisse, länderspezifische Gesetze und Regelungen, Kongressberichte, die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ und Vieles mehr. Als „Redaktion Internet“ findet Frau Dr. Grit Hantzsche stets Interessantes und Wissenswertes und bittet auch die Leser um Unterstützung mit Ideen und Anregungen.

2013

Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste

Eine länderübergreifende Arbeitsgruppe unter Leitung des BZÖG gemeinsam mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (AföG) hat Empfehlungen zu einer standardisierten Untersuchung und Befunddokumentation beschrieben und Kriterien für die Erstellung eines (Mund-) Gesundheitsberichtes entwickelt. Sie sollen einer qualitätsgesicherten bundesweit einheitlichen Gesundheitsberichterstattung (GBE) den Weg bereiten. Grundlage sind die bis heute international gültigen Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO), an denen sich auch die bereits existierenden Erhebungsleitfäden einiger Bundesländer orientieren. Neben den Empfehlungen zu

allgemeinen Rahmenbedingungen für zahnärztliche Untersuchungen und den Definitionen der einzelnen Befundkomponenten des Zahnstatus beinhaltet dieser Leitfaden auch Indikatoren zur Mundgesundheit sowie eine Kriterienliste für die Erstellung eines Gesundheitsberichts. Eine regelmäßige Aktualisierung soll sicherstellen, dass Neuerungen zeitnah aufgezeigt werden können.

Stellungnahme zum Einsatz von vergrößernden Sehhilfen im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Führt die Verwendung von Lupenbrillen zu anderen Ergebnissen bei der Karieserkennung als eine Untersuchung mit einem normalsichtigen oder auf Normalsicht korrigierten Auge? Für den hier interessierenden Bereich der Karieserkennung lässt sich derzeit keine eindeutige Indikation für die

Verwendung einer Lupenbrille feststellen, da die bisherigen wissenschaftlichen Studien nur geringfügige Unterschiede bei der Erkennung von Kariesdefekten fanden. Bei kalibrierten Untersuchungen, z. B. den DAJ-Erhebungen, gehören Lupenbrillen nicht zur Standardausrüstung, um eine Vergleichbarkeit der erhobenen Untersuchungsergebnisse zu gewährleisten.

Führt die Verwendung von Lupenbrillen zu besseren Arbeitsbedingungen (z. B. ergonomischerem Arbeiten) und dient sie damit dem Gesundheitsschutz der Untersucherin bzw. des Untersuchers? Als Ergebnis der durchgeführten Studien konnte festgestellt werden, dass zur Vermeidung muskulärer Beschwerden vor allem eine optimale Arbeitshaltung anzustreben ist. Aufgrund der Situation in den Kindertagesstätten und Schulen ist ergonomisches Arbeiten nicht immer zu realisieren. So kann der Untersucher trotz Lupenbrille

eine falsche Arbeitshaltung einnehmen und damit die berufsbedingten Befindlichkeitsstörungen hervorrufen. Am Auftreten von



Augenbeschwerden oder Kopfschmerzen hatte der Gebrauch der Vergrößerungshilfen keinen Einfluss.

Endodontie im Milchgebiss – Wissenschaftliche Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)

Der Beitrag beschreibt die Indikationen, Kontraindikationen und relevanten klinischen Arbeitsschritte endodontischer Behandlungsverfahren am Milchzahn. Das Spektrum umfasst Maßnahmen, die dem Schutz der vitalen Pulpa dienen (Caries-profunda-Therapie), die Vitalität der exponierten Pulpa sicherstellen (direkte Überkappung, Pulpotomie) oder auf eine Wurzelkanalbehandlung abzielen (Pulpektomie mit nachfolgender Wurzelkanalfüllung).

2014

Gespräch von BZÖG und BVÖGD auf Vorstandsebene

Im Rahmen der weiteren Gestaltung der Zusammenarbeit beider Verbände lädt am 25. Januar 2014 der geschäftsführende Vorstand des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdiensts e. V. (BVÖGD) zu einer Gesprächsrunde in das Gesundheitsamt Hamburg-Altona ein. Als Vertreter des Vorstands des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) kommen der 1. Vorsitzende, Herr Dr. Petrakakis, die Geschäftsführerin, Frau Dr. Wempe, und die Beisitzerin, Frau Dr. Hantzsche. Begleitet werden sie von Herrn Dr. Schäfer als Zeichen des avisierten Wechsels im BZÖG-Vorstand in diesem Jahr.

Themen des angeregten Austauschs sind die Planung und Koordination der Wissenschaftlichen Kongresse unter Beachtung aktueller Trends und Entwicklungen, aber auch eine Verbesserung des Informationsflusses zur Optimierung der Kooperation beider Verbände. Die Teilnehmer sind sich einig, dass Beratungen in dieser Form weiterhin regelmäßig stattfinden sollten.

Konzept der BZÄK und KZBV zur Prävention der frühkindlichen Karies

Am 7. Februar 2014 wird in einer gemeinsamen Pressekonferenz von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) das neue Versorgungskonzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern zur Vermeidung der frühkindlichen Karies vorgestellt.



Entwickelt wurde es von BZÄK und KZBV gemeinsam mit dem Bundesverband der Kinderzahnärzte (BuKiZ), dem Deutschen Hebammenverband (DHV) und unter wissenschaftlicher Begleitung der Universität Greifswald. Im Kern sollen drei neue Früherkennungsuntersuchungen (FU) für Kinder eingeführt werden, die vor dem 30. Lebensmonat beginnen. Kinderärzte sollen bei den U-Untersuchungen auf die zahnärztliche FU hinweisen und bei der nächsten Untersuchung prüfen, ob die jeweils vorherige FU erfolgt ist. Aus Sicht des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) ist es zu begrüßen, dass neben individuellen Prophylaxemaßnahmen auch die Gruppenprophylaxe ein Bestandteil des Konzeptes ist und ihr Ausbau im Krippenbereich gefordert wird. Auch der hohe Stellenwert der berufsgruppenübergreifenden Vernetzung und die Kinderzahnheilkunde in Aus- und Fortbildung werden vom BZÖG befürwortet.

Neuwahl des Bundesvorstands 2014

Die beiden Vorsitzenden, Herr Dr. Pantelis Petrakakis und Frau Dr. Sabine Breitenbach, sowie Herr Bernd Schröder als Schatzmeister geben bekannt, dass sie in ihren derzeitigen Positionen für eine weitere Amtsperiode nicht mehr zur Verfügung stehen. Zur Wahl zum 1. und 2. Vorsitzen-

den stellen sich Herr Dr. Michael Schäfer und Frau Dr. Claudia Sauerland. Für das Amt des Schatzmeisters stellt sich Frau Dr. Sabine Breitenbach zur Wahl. In ihren Ämtern bestätigt werden Frau Dr. Cornelia Wempe als Geschäftsführerin, Frau Erdmuth Kettler als Redakteurin der Verbandszeitschrift, Frau Dr. Grit Hantzsche als Redakteurin Internet und Herr Dr. Uwe Niekusch als Wissenschaftlicher Referent.

Die ständig wachsende Arbeit und die Wahrnehmung repräsentativer Termine erfordern eine Verteilung weiterer Aufgaben. Unterstützend für den Vorstand werden nun Herr Dr. Pantelis Petrakakis (Ressort Prävention und Gesundheitsförderung) und Herr Bernd Schröder (Archivar) tätig.

Gesundheitsministerkonferenz fasst Beschluss zur Zahngesundheit bei Kleinkindern

Am 27. Juni 2014 fasst die 87. Gesundheitsministerkonferenz u. a. einen Beschluss zur Zahngesundheit bei Kleinkindern. Die derzeitigen Untersuchungen erst ab dem 30. Lebensmonat seien deutlich zu spät. Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen sollten mit den Kinderuntersuchungen U6 (10. bis 12. Lebensmonat) und U7 (21. bis 24. Lebensmonat) vernetzt und in das „gelbe Heft“ aufgenommen werden. Neben dem Ausbau und der Vernetzung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen wird von der GMK erstmals die Gruppenprophylaxe als wichtiger Baustein im Gesamtkontext aller zahnmedizinisch präventiven Leistungen gesehen. Die Maßnahmen seien effektiv, effizient, erreichen die Kinder in ihrer Lebenswelt und tragen zum Kariesrückgang bei. Das sozialspezifische Inanspruchnahmeverhalten präventiver Leistungen wird durch diese aufsuchende regelmäßige Betreuung ausgedehnt.

Chronik der Vorstandsmitglieder des BZÖG

	1. Vorsitz	2. Vorsitz	Geschäftsführung	Kasse	Beisitzer
1955	Dr. Curt Beusch	Dr. Rudolf Schill	Dr. Wilhelm Keßler	Dr. Peter Hippchen	Dr. Hofmann
1956	Dr. Rudolf Schill	Dr. Herwig Pollak	Dr. Kurt Schwonke		Dr. Wilhelm Füchte
1957					
1958					
1959					
1960			Dr. Gerd Hein		
1961	Dr. Gerd Hein	Dr. Fritz Haake	Dr. Adalbert Münchmeyer		Dr. Rudolf Schill
1962					
1963			Dr. Hans Lüdtké		Dr. Finke
1964					
1965	Dr. Hans-Jürgen Fichtner	Dr. Käthe Spiller		Dr. Josef Foeckeler	Dr. Peter Hippchen
1966					
1967					
1968					
1969		Dr. Käthe Schönwald			
1970					
1971					
1972					
1973		Dr. Hans Lüdtké	Dr. Ernst-August Schürmann	Dr. Rosl Hinderer	Dr. Franz Braun
1974					
1975					
1976					
1977					
1978					
1979					
1980					
1981					
1982					Dr. Lieselotte Becker-Inglau
1983					
1984					
1985					
1986					
1987					
1988					
1989		Dr. Christine Beinlich			Dr. Hans Lüdtké
1990		Anna-Elisabeth Bongén		Dr. Brigitte Brunner-Strepp	Ulrich Cinka
1991					
1992	Dr. Silvia Dohnke-Hohmann		Dr. Klaus-Dieter Rasch		
1993					Dr. Gudrun Rojas, Dr. Günter Mönning
1994					
1995					
1996			Dr. Werner Krause		Dr. Klaus-Günther Dürr
1997		Marc van Steenkiste			
1998	Marc van Steenkiste	Dr. Gudrun Rojas	Dr. Martina Kröplin	Bernd Schröder	
1999					
2000	Dr. Klaus-Günther Dürr		Dr. Claudia Sauerland		Dr. Christoph Hollinger
2001					
2002					
2003					
2004	Dr. Michael Schäfer	Dr. Claudia Sauerland	Dr. Cornelia Wempe		Dr. Grit Hantzsché
2005					
2006					
2007					
2008					
2009					
2010	Dr. Pantelis Petrakakis	Dr. Sabine Breitenbach			Dr. Andrea Falticko
2011					Dr. Grit Hantzsché (ab Sept. 2010)
2012					Redaktion Zeitschrift Erdmuthe Kettler Redaktion Internet Dr. Grit Hantzsché Wissenschaftlicher Referent Dr. Uwe Niekusch
2013					
2014	Dr. Michael Schäfer	Dr. Claudia Sauerland		Dr. Sabine Breitenbach	
2015					

Der BZÖG im Flyerformat – Was ist und was macht der BZÖG? Wen und was vertritt er?

Der Bundesvorstand beschloss, für Veranstaltungen, Präsentationsstände und Auftritte von Vertretern des Verbandes in anderen Gremien einen Flyer herauszubringen. Die Umsetzung erfolgte in Zusammenarbeit mit der Medienagentur „Form,Farbe,Style.“.

Das Ziel unserer Verbandsmitglieder ist es, Zahngesundheit für alle, sozialkompensatorisch, im Sinne von Chancengleichheit in die Settings Kita, Schule, Betreuungseinrichtung, Stadtteil,... also vor Ort zu bringen. Mit Biss und dem Löwen präsentieren wir die Stärken unseres Verbandes.

Laut Satzung vertritt der BZÖG die beruflichen Interessen der im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte, ist ein eingetragener Verein und besitzt seit 1967 den

Status einer wissenschaftlichen Gesellschaft. Die Arbeitsstruktur ist gegliedert in die Landesebene – die Landesstellenleitungen pflegen Kontakte zu den Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege, den Landesministerien und den kommunalen Zahnärztlichen Diensten – und die Bundesebene, auf der der Bundesvorstand in enger Abstimmung mit den Landesstellenleiterinnen und -leitern agiert. Eine wichtige Aufgabe des BZÖG ist die Fortbildung, der jährliche Wissenschaftliche Bundeskongress der Höhepunkt. Diese Fakten finden sich in knapper Form auf dem Handzettel wieder.

Der Hinweis auf die Homepage führt zu den aktuellen Ansprechpartnern.

Den ersten Einsatz wird der Flyer am 25. September 2015 zur Jubiläumsveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit



haben, auf der sich der BZÖG als Mitglied des Aktionskreises zum Tag der Zahngesundheit präsentieren wird.

Dr. Grit Hantzsche
hantzsche@bzoeg.de

Anzeige

25 Jahre				
25	JAHRE	es	easy-soft	
25	JAHRE			
	1990	SOFTWARE AUS DRESDEN		2015

easy-soft GmbH Dresden | Fetscherstraße 32/34 | 01307 Dresden | Tel. +49 351 25506-0 | info@easy-soft.de | www.easy-soft.de

