

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



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

44. Jahrgang / November 2014 www.bzoeg.de

Jugendzahnpflege
in Sachsen-Anhalt

Mundgesundheits-
bezogene Lebensqualität
bei Kindern und
Jugendlichen

Beschluss der
Gesundheitsminister-
konferenz



Lachgas in der Zahnarztpraxis

2.14

EDITORIAL



Dr. Claudia Sauerland Dr. Michael Schäfer,
MPH

Liebe Leserinnen und Leser,
verehrte Kolleginnen und Kollegen,

im späten Frühjahr ist der 64. Wissenschaftliche Kongress der beiden Bundesverbände BZÖG und BVÖGD in Magdeburg zu Ende gegangen. Das Motto war zutreffend gewählt: „Professionell auf dem Weg“. Professionell ist auch das Charakteristikum, welches die Arbeit der mit Ende der Amtsperiode 2014 nicht mehr zur Wahl angetretenen Bundesvorsitzenden Dr. Pantelis Petrakakis und Dr. Sabine Breitenbach zusammen mit dem gesamten Vorstand gekennzeichnet hat.

In den vergangenen vier Jahren wurden der Internetauftritt des BZÖG erweitert und den Anforderungen der Zeit angepasst, die Kommunikationswege in die Landesstellen weiterentwickelt, Kooperationen gestärkt und schließlich als Meilenstein die „Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung“ entwickelt und veröffentlicht. Die Resonanz auf diese Empfehlung belegt das professionelle Wirken des Vorstandes, der Beteiligten an dieser Empfehlung und schließlich aller Mitglieder des BZÖG.

Dies ist und muss Ansporn und Verpflichtung des im Rahmen der Delegiertenversammlung 2014 neu gewählten Vorstandes sein. Mit großer Beruhigung kann davon ausgegangen werden, diese Professionalität weiter zu verstetigen. Bleiben

doch sowohl Dr. Sabine Breitenbach als neue Bundesschatzmeisterin, Dr. Pantelis Petrakakis als Beisitzer und Herr Bernd Schröder als Archivar dem Vorstand eng verbunden. Darüber hinaus besteht Kontinuität in den weiteren Positionen des Vorstandes durch Dr. Cornelia Wempe, Dr. Grit Hantzsche, Frau Erdmuth Kettler und Dr. Uwe Niekusch.

„Professionell auf dem Weg“ ist überdies in zahlreichen Vorträgen die fundierte und durch nichts ersetzbare Arbeit der Kolleginnen und Kollegen in den Zahnärztlichen Diensten gezeigt worden: Kooperationen und Bündnisse auf lokaler oder Landesebene, handlungsgenerierende Aufarbeitung und Darstellung der Daten zahnmedizinischer Befunde, Maßnahmen zum Wohle des Kindes im Rahmen der „Frühen Hilfen“, Mitarbeit nach dem Infektionsschutzgesetz oder die täglich zu leistende Arbeit in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe – all diese Aufgaben werden von den Kolleginnen und Kollegen mit großer Professionalität bewältigt.

Daraus ließe sich zweifelsfrei leicht der Schluss ziehen, dass diese Arbeit mit adäquater Stellenbesetzung und leistungsgerechter Entlohnung gewürdigt würde. Dem ist leider nicht so! Trotz herausragender, unverzichtbarer, effektiver und effizienter Arbeit in den fast 400 lokalen Arbeitsgemeinschaften, die vielfach inhaltlich, fachlich und organisatorisch durch Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD unterstützt werden, mündet dies eher im Stellenabbau oder mindestens in deutlich verzögerter Stellen(wieder)Besetzung. Die fachliche Güte, die in zahlreichen Vorträgen auf dem 64. Wissenschaftlichen Kongress in Magdeburg ihren Niederschlag fand, kann eben nicht durch Honorarkräfte oder fachlich nicht auf der Höhe der Zeit aus- und fortgebildetes Personal geleistet werden.

In zahlreichen Kreisen und Städten entstehen aktuell Task Forces, also für eine begrenzte Zeit gebildete Arbeitsgruppen mit umfassenden Entscheidungskompetenzen zur Lösung komplexer Probleme, die sich um Organisationsanalyse und -entwicklung, Personalentwicklung, Personalkosten-Budgets und Stellenabbau kümmern (sollen).

Das geschieht in Zeiten des beginnenden Fachkräftemangels, des allerorten einsetzenden Werbens um qualifiziertes Personal,

des bevorstehenden altersbedingten Ausscheidens zahlreicher Kolleginnen und Kollegen und vor dem Hintergrund einer nicht immer leistungsgerechten Vergütung. Dieser Widerspruch ist schwer zu verstehen und nicht nachvollziehbar.

Auf unser spezifisches Leistungsvermögen gilt es verstärkt hinzuweisen. Wir „können“ bevölkerungsbezogene Prävention und Berichterstattung, zeigen Bündnisfähigkeit in den Arbeitsgemeinschaften und bilden Netzwerke z. B. in den „Frühen Hilfen“, oder sind Ansprechpartner zahlreicher Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, von Kindern, Jugendlichen und aller Bürgerinnen und Bürger in zahngesundheitlichen Fragen. Denn trotz anderslautender Behauptungen oder Meinungen gibt es keine Alternative für die Leistungen Zahnärztlicher Dienste!

Unsere zahnärztliche Verpflichtung gilt insbesondere den Kindern und Jugendlichen; sie wollen wir vor Erkrankungen schützen und bei Erkrankungszeichen oder manifesten Erkrankungen einer therapeutischen Intervention zuführen. Das Bundeskinderschutzgesetz erlegt dabei Berufsgeheimnisträgerinnen und -trägern wie uns diese besondere Verantwortung auf. Hierauf muss nicht zuletzt deshalb die weitere Profilbildung aller Zahnärztinnen und Zahnärzte aus den Zahnärztlichen Diensten gerichtet sein, denn nichts wiegt in einer Gesellschaft höher als das Gut Gesundheit. Hierauf ist stetig hinzuweisen und dies muss den Entscheidungsträgern vor Ort, im Land und auf Bundesebene nachhaltig verdeutlicht werden.

Dafür möchten sich der neue Vorstand sowie der Bundesverband der Zahnärzte des ÖGD mit allen seinen Mitgliedern einsetzen. Wir bitten um Ihr Vertrauen und insbesondere um Ihre Unterstützung, sie wird wichtiger denn je.

Dr. Michael Schäfer, MPH
1. Vorsitzender des BZÖG
Dr. Claudia Sauerland
2. Vorsitzende des BZÖG

3 Editorial

Kongressbeitrag

5 Die Geschichte der Jugendzahnpflege und die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern von Sachsen-Anhalt

7 „Zähne auf Zack“

10 Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

12 „Altern mit Biss“ – Betreuungskonzept in einem Altenpflegeheim aus Sachsen-Anhalt

15 Lachgas in der Zahnarztpraxis
Ist es sicher, notwendig und wirtschaftlich vertretbar?

Aktuelles

18 Termine

19 10 Jahre Bündnis Gesund Aufwachsen – mehr Chancen für ein gesundes Aufwachsen aller Kinder!

20 Gesundheitsministerkonferenz in Hamburg fasst Beschlüsse zur zukünftigen Ausrichtung der Gesundheitsversorgung

22 Wrigley Prophylaxe Preis 2014 – Zahnprophylaxe-Initiativen für Babys, Senioren und Randgruppen ausgezeichnet

Verband

21 Silbernes Ehrenzeichen für Frau Dr. Grit Hantzsche
Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste in Thüringen

23 Einladung zum ÖGD-Kongress nach Rostock

24 Impressionen vom ÖGD-Kongress in Magdeburg

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 2.14
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:

Schatzmeister: 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, Reissstr. 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

I. Frost

Die Geschichte der Jugendzahnpflege und die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern von Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhalt liegt im Herzen Deutschlands und in der Mitte Europas. Es hat 2,3 Mio. Einwohner und eine Fläche von ca. 20.400 km². Es besteht aus elf Landkreisen und drei kreisfreien Städten – Magdeburg als Landeshauptstadt, Halle und Dessau-Roßlau.

Geografisch gliedert sich Sachsen-Anhalt in die Regionen:

- **Altmark** – mit den Hansestädten Salzwedel, Gardelegen, Stendal und Tangermünde
- **Elbe-Börde-Heide** – mit der Magdeburger Börde, der Colbitz-Letzlinger Heide und dem Drömling
- **Harz** – mit dem Harzvorland und dem Brocken
- **Chemiedreieck** – Halle, Merseburg, Bitterfeld-Wolfen
- **Saale-Unstrut** – das am nördlichsten gelegene Weinbaugebiet Europas mit der Stadt Freiburg
- **Anhalt-Wittenberg** – mit den Städten Dessau-Roßlau, Lutherstadt Wittenberg und Köthen

Kommen wir nun zum fachlichen Aspekt. Die Jugendzahnpflege ist schon sehr alt – bereits vor ca. 150 Jahren fanden sogenannte „Volksbelehrungen zur Mundgesundheit“ für die Bürgerschaft statt. Für die breite Masse war aber weiterhin die Zange das Mittel der Wahl.

1891 gab es durch Carl Röse erste Bemühungen zur Durchführung epidemiologischer Untersuchungen und zur Erstellung umfassender Statistiken.

1893 entstand die erste Poliklinik unter Adolf Fenchel in Hamburg. Hier wurden ausschließlich Kinder behandelt. Sie finanzierte sich über Spendengelder, doch leider musste sie nach einigen Jahren wegen massiver Diskussionen mit den niedergelassenen Zahnärzten wieder geschlossen werden.

Der erste Weltkrieg zerstörte das zarte Pflänzchen Jugendzahnpflege komplett.

Im Deutschen Reich wurden erneut Schulzahnpflegestellen geschaffen. 1939 gab es 468 hauptamtliche Schulzahnärzte und es kamen motorisierte Schulzahnkliniken bzw. transportable Einrichtungen zum Einsatz.

Es entwickelten sich unterschiedliche Betreuungssysteme. Bei dem **MANNHEIMER** System lagen die Untersuchung und die Behandlung in der Hand eines niedergelassenen Zahnarztes, bei dem **BONNER** System führte der Jugendzahnarzt die Untersuchung und die Behandlung durch und bei dem **FRANKFURTER** System

Während des zweiten Weltkrieges wurde die Jugendzahnpflege erneut zerschlagen und ein Neuanfang nach dem Krieg wurde notwendig. Es entstanden die zwei deutschen Staaten, in denen sich die Jugendzahnpflege sehr unterschiedlich entwickelte.

untersuchte der Jugendzahnarzt, die Behandlung übernahm ein niedergelassener Zahnarzt. Ein einheitliches Vorgehen konnte leider nicht erreicht werden.

Während des zweiten Weltkrieges wurde die Jugendzahnpflege erneut zerschlagen und ein Neuanfang nach dem Krieg wurde notwendig. Es entstanden zwei deutsche Staaten, in denen sich die Jugendzahnpflege sehr unterschiedlich entwickelte.

In der damaligen BRD entstand der öffentliche Gesundheitsdienst und die Jugendzahnpflege wurde als eine Ländersache erklärt.

Nach der Gründung der DDR wurden das Ministerium für Gesundheitswesen, die Polikliniken und die Schulzahnklini-

ken aufgebaut. Hier arbeitete man nach dem **BONNER** System.

Seit 1961 gab es die Möglichkeit der Fortbildung zum Fachzahnarzt für Kinderstomatologie und 1979 erließ man als Arbeitsgrundlage die Richtlinie über die regelmäßige zahnärztliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Die Untersuchung, die Behandlung und das Recall lagen in der Hand eines Kinderstomatologen. In den Kindertagesstätten fanden außerdem Mundhygieneaktionen und Multiplikatoren-Schulungen statt.

Die Jugendzahnpflege in der DDR hatte somit einen staatlichen Charakter. Sie galt als planmäßig, einheitlich, kostenfrei und allgemein zugänglich. 1990 waren 20 % aller Zahnärzte Kinderstomatologen. Schon 1986 gab es eine konkrete und einheitliche Dokumentation nach dem dmf/t- bzw. DMF/T-Index.

Mit dem Einigungsvertrag von 1990 wurde die ambulante medizinische Versorgung in den Polikliniken eingestellt und es entstanden auch hier die Gesundheitsämter, die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege, die regionalen Arbeitskreise und die sogenannten „Familienzahnärzte“. Viele der damaligen Kinderstomatologen fanden mit der Tätigkeit in den Gesundheitsämtern eine neue Herausforderung.

Heute arbeiten wir nach folgenden Gesetzlichkeiten:

1. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, § 9, Abs. 3

Hier sind die regelmäßigen Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen und die Beteiligung an den gruppenprophylaktischen Maßnahmen festgeschrieben.

2. Gesetz zur Förderung und Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen, § 18, Abs. 2

Da die Vorsorgeuntersuchungen in diesem Gesetz nicht eindeutig als Pflicht festgehalten wurden, holen wir hier im Vorfeld das Einverständnis der Eltern ein.

3. Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt, § 38, Abs. 2

Die Schüler sind nach diesem Gesetz zu den Maßnahmen der Schulgesundheitspflege verpflichtet. Hier benötigen wir kein gesondertes Einverständnis der Eltern.

1992 entstand auch in Sachsen-Anhalt die **Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAGJ)**, die seit 1999 ein eingetragener Verein ist.

Durch die LAGJ wurde für unser Land eine Rahmenvereinbarung geschaffen und ein Verwendungskatalog erstellt. Im Vorstand ist auch ein Jugendzahnarzt vertreten, der gleichfalls Mitglied des BZÖG ist, sodass alle Entscheidungen basisorientiert und praxisnah getroffen werden können.

Nach dem **Aktionsprogramm zur Basis- und Intensivprophylaxe**, welches von der LAGJ erarbeitet wurde, richten sich alle regionalen Arbeitskreise nach den örtlichen und personellen Gegebenheiten.

Was beinhaltet die Basisprophylaxe?

- 1. 1 x jährlich eine Untersuchung der Mundhöhle ab dem ersten Zahn und Erhebung des Zahnstatus mit einer entsprechenden Dokumentation nach dem dmf/t- bzw. DMF/T-Index in den Kindertagesstätten, Grund-, Sekundar- und Förderschulen sowie in den Gymnasien
(Seit dem Schuljahr 2013/2014 wird die frühkindliche Karies mit erfasst.);
- 2. 2 x jährlich eine Mundhygieneanleitung;
- 3. 2 x jährlich eine Zahnschmelzhärtung;
- 4. 2 x jährlich eine Ernährungsberatung;

Die Maßnahmen der Intensivprophylaxe haben den gleichen Inhalt, finden aber häufiger statt. In ausgewählten Schulen – meist Förderschulen oder Schulen mit einem hohen DMF/T-Index – werden die Untersuchungen und die Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung mittels Fluoridlösung, -gel oder -lack über das 12. Lebensjahr hinaus durchgeführt.

Auch sind wir bemüht, die Anzahl der Maßnahmen in den Kindertagesstätten zu steigern. Derzeit finden sie regional unterschiedlich statt, da sie von der personellen Besetzung der Gesundheitsämter abhängig sind.

An dieser Stelle sei aber zu erwähnen, dass in Sachsen-Anhalt in fast allen Kindertagesstätten einmal täglich die Zähne geputzt werden.

In Sachsen-Anhalt wurde auch ein **Zahngesundheitspass** entwickelt. Die Finanzierung übernahmen das Ministerium für Gesundheit und Soziales und die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege. Organisatorisch liegt die Verantwortung bei der Zahnärztekammer. Heute wird der „Vorschulpass“, der vom ersten bis zum sechsten Lebensjahr reicht, über die Kassenärztliche Vereinigung an die Geburtskliniken des Landes zusammen mit dem Kinderuntersuchungsheft ausgeteilt. Die „Schulpässe“ werden beim ersten Kontakt der Schüler mit den Mitarbeitern der Gesundheitsämter oder bei den Schuleingangsuntersuchungen ausgegeben und begleiten die Kinder von der ersten bis zur sechsten Klasse.

Regelmäßig führen die zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter Veranstaltungen in Schulen und Kindereinrichtungen im Rahmen von Projekten durch, aber sie beteiligen sich auch an öffentlichen Events der Städte und Gemeinden. Weiterhin gehören Multiplikatoren-Schulungen, Elternberatungen, z. B. von Kariesrisiko-Kindern, und die Maßnahmen im Rahmen der Amtshilfe für die Sozial- und Jugendämter sowie die Beihilfestellen zu ihren Arbeitsaufgaben.

In den Jahren 2007–2009 wurde im Land Sachsen-Anhalt eine **einheitliche elektronische Erfassung der Untersuchungsdaten** eingeführt. Hier arbeiten

13 von 14 Gesundheitsämter mit Octoware®, dem Software-Programm der Firma easy-soft GmbH Dresden.

Seit dem Schuljahr 2007/2008 ist es möglich, die erfassten Daten aus den einzelnen Landkreisen einmal jährlich als elektronischen Datentransfer an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) zu übermitteln. Dort werden alle Daten zu einer Landesdatei zusammengefügt und ausgewertet.

Seit dem Schuljahr 2008/2009 ist dies auch für die Gruppenprophylaxe-Daten möglich. Hier erfolgt ebenfalls die zentrale Erfassung, die entsprechende Aufbereitung, Weiterleitung und Auswertung.

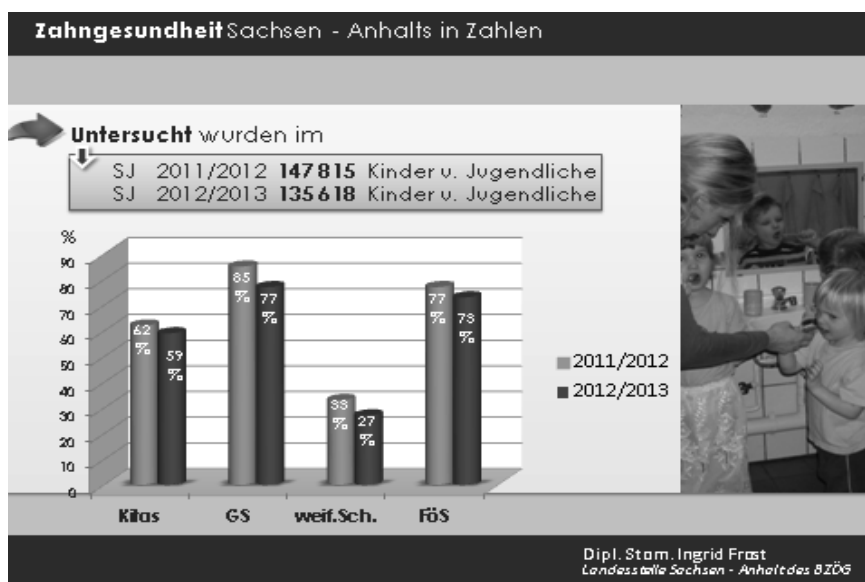
Erläuterungen zu den Diagrammen

Abb. 1 zeigt die Anzahl der untersuchten Kinder im Vergleich von zwei aufeinander folgenden Schuljahren. In den Kindertagesstätten wurden ca. 60 % der Kinder untersucht. In den Grundschulen waren es ca. 80 % der Schüler, in den weiterführenden Schulen ca. 30 % und in den Förderschulen ca. 75 %.

Der leichte Rückgang der Untersuchungszahlen im Schuljahr 2012/2013 ist auf einige unbesetzte „Jugendzahnarztstellen“ zurückzuführen, die aber in der Zwischenzeit wieder besetzt wurden.

Abb. 2 dokumentiert die Gruppenprophylaxe-Daten. Grundlage ist die Auswertung des A2-Bogens. Auffällig ist, dass ca. 72 % der Kinder mit einem 1. Impuls erreicht wurden, beim 2. Impuls sind es noch ca. 35 %. Weiterhin nicht zu überse-

Abb. 1



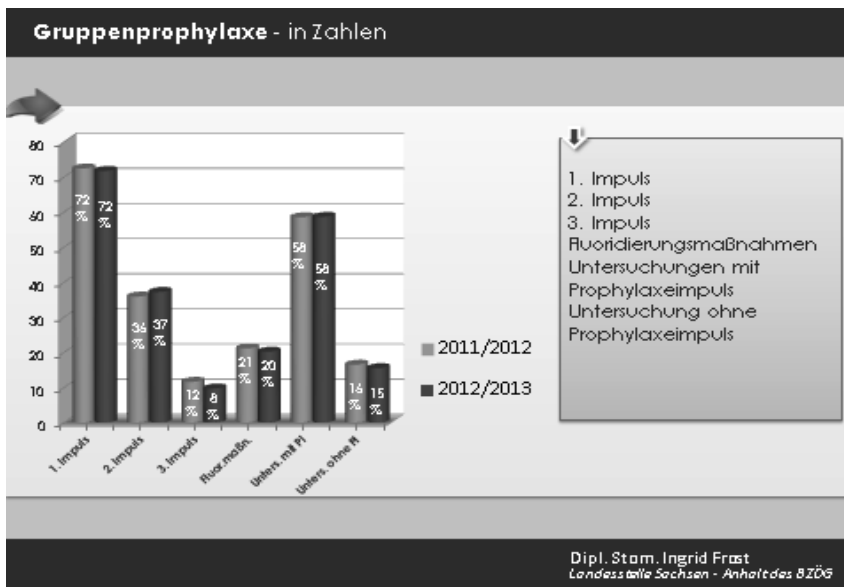


Abb. 2

hen ist der hohe Anteil der Kinder bei der Untersuchung mit Prophylaxe-Impuls. In Sachsen-Anhalt sind wir bemüht, die Untersuchung gleich mit einem Prophylaxe-Impuls zu verbinden.

An diesen Diagrammen kann man deutlich erkennen, dass die Untersuchungen und die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe flächendeckend und kontinuierlich angeboten und durchgeführt werden. In zwei Landkreisen beteiligen sich

auch niedergelassene Zahnärzte an den Untersuchungen bzw. an den Maßnahmen der Gruppenprophylaxe.

Bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsziele auf den Gebieten der Zahn- und Mundgesundheit wird die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt auch von den Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unterstützt. Vom Arbeitskreis Zahngesundheit der Zahnärztekammer werden regelmäßig

Modellprojekte entwickelt, die die Realisierung eines Gesundheitszieles des Landes – die Verbesserung der Zahngesundheit auf Bundesdurchschnitt – weiter vorantreiben. Zwei Projekte, „Altern mit Biss“ und „Zähne auf Zack“, wurden bereits mit Erfolg abgeschlossen und sollen nun im Land Sachsen-Anhalt verstetigt werden. Bei der Verleihung des Wrigley Prophylaxe Preises 2013 wurde das Projekt „Zähne auf Zack“ mit einem ersten Platz geehrt.

Neu seit 2013 sind die beiden von der Landesgesundheitskonferenz Sachsen-Anhalt berufenen Modellprojekte „Azubi-Biss – Ausbildungsübergreifende Zusammenarbeit für mehr Mundgesundheit im Pflegeheim“ und „Vergiss mein nicht – Zahn- und Mundgesundheit bei Demenzerkrankten“.

Schlussfolgernd aus dem vorab Beschriebenen ist der Öffentliche Gesundheitsdienst in Sachsen-Anhalt gut aufgestellt und professionell auf dem Weg!

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Stom. Ingrid Frost
Fachzahnärztin für Kinderstomatologie
Fachdienst Gesundheit,
Zahnärztlicher Dienst
06400 Bernburg
E-Mail: ifrost@kreis-slk.de

Dr. T. Müller

„Zähne auf Zack“

Im Rahmen der Umsetzung der Gesundheitsziele des Landes Sachsen-Anhalt, zu denen auch die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit in der Bevölkerung zählt, wurde im Schuljahr 2008/2009 ein Modellprojekt zur Verbesserung der Zahngesundheit an einer Dessauer Grundschule gestartet, deren Schüler aus überwiegend sozial schwachen Familien kommen und in der Regel ein erhöhtes Kariesrisiko aufweisen. Das Modellprojekt wurde initiiert vom Arbeitskreis Zahngesundheit der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt, dem auch Vertreter der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege, der Landesvereinigung für Gesundheit (LVG) und des Ministeriums für Gesundheit und Soziales angehören.

Die Umsetzung des Projektes vor Ort lag seinerzeit unter aktiver Mitwirkung vieler Kooperationspartner in meiner Verantwortung als Kinder- und Jugendzahnarzt der Stadt Dessau-Roßlau.

Neben den bereits erwähnten Hauptakteuren konnten wir für das Projekt die Berufsschule „Hugo Junkers“ in Dessau zur Mitarbeit gewinnen. Die angehenden zahnmedizinischen Fachangestellten im jeweils dritten Lehrjahr und ihre Fachlehrerin erklärten sich bereit, die Aktionstage zur zahngesunden Ernährung zu unterstützen und die Kontrolle der Brotbüchsen (2x im Schuljahr) der Kinder zu übernehmen. Lokale Wirtschaftspartner der Region unterstützten das Projekt mit einer monatlich kostenfrei bereitgestellten Menge an Obst und Gemüse sowie Mineralwasser.



Abb. 1: Kinder beim Rollenspiel Zahnarzt/Patient im Prophylaxeraum des JZÄD Dessau-Roßlau

Das Projekt wurde darauf ausgerichtet, einen Schuljahrgang der Grundschule (GS) „Am Akazienwäldchen“ von der 1. bis 4. Klasse mit intensivprophylaktischen Maßnahmen zu betreuen. Hauptziele waren die Einführung des täglichen Zähneputzens nach der Frühstückspause, die Verankerung gesunder Lebensweisen, insbesondere der zahngesunden Zusammenstel-

lung des Pausenfrühstücks und der Pausengetränke, Angebote zu weiteren Fluoridierungsmaßnahmen sowie die stetige Erinnerung der Kinder und ihrer Eltern zum Besuch des Hauszahnarztes bezüglich der Sanierung der kariösen Zähne.

Mit durchschnittlich 4,18 durch an Karies erkrankten, fehlenden oder gefüllten Milchzähnen lag der dmf/t-Index bei den Erstklässlern nach der zahnärztlichen Reihenuntersuchung zu Beginn des Schuljahres 2008/2009 weit über dem Bundesdurchschnitt (1,87), als auch über dem Durchschnitt von Sachsen-Anhalt (2,31) und ebenso deutlich über dem dmf/t-Mittelwert von 2,77 aller Erstklässler in Dessau-Roßlau im Jahre 2009. Der hohe Anteil an Kariesrisikokindern von 41 % (nach DAJ) signalisierte einen erheblichen zahnmedizinischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf.

Im August 2008 starteten wir dann mit einer Unterrichtsstunde in beiden Modellprojektclassen, in der eine Unterweisung zur altersgerechten Zahnpflege, eine anschließende praktische Übung der KAI-Zahnputztechnik sowie die Aufklärung der Kinder über ein gesundes Pausenbrot und zahngesunde Getränke erfolgte. Jedes Kind erhielt dabei ein Zahnputz-Set für die tägliche Zahnpflege in der Schule nach der Frühstückspause. Die jeweilige Klassenlehrerin und eine pädagogische Mitarbeiterin überwachten das Zähneputzen der Kinder in den Waschräumen. In einem Nebenraum wurden durch die Schule Halterungen für die Zahnputzutensilien geschaffen. Der Jugendzahnärztliche Dienst (JZÄD) sorgte für einen regelmäßigen Austausch und Erneuerung der Zahnputz-Sets. Somit waren die notwendigen räumlichen, personellen und materiellen Voraussetzungen zur logistischen Bewältigung des täglichen Zähneputzens im Klassenverband als ein wichtiger Schwerpunkt des Projektes gegeben.

Der Umzug des Prophylaxeentrums des JZÄD an eben diese Schule nach Abriss des alten Standortes geschah im Verlaufszeitraum eher zufällig und optimierte ungeplant die Rahmenbedingungen für das Projekt.

Nach vier Jahren Projektlaufzeit, in der 36 Einzelmaßnahmen umgesetzt wurden, präsentierten Frau Nitschke von der LVG und ich als Vertreter des JZÄD der Stadt Dessau-Roßlau am 22. Juni 2012 die Ergebnisse der Projektarbeit in einer feierlichen Abschlussveranstaltung in der



Abb.: Kinder lauschen gespannt den Ausführungen von Herrn Dr. Müller zur richtigen Zahn- und Mundpflege (im Prophylaxe-zentrum des JZÄD)

GS „Am Akazienwäldchen“, die sich wie folgt darstellen:

- 100 % der Schülerinnen und Schüler putzten sich nach dem Schulfrühstück die Zähne.
- 95 % der Schülerinnen und Schüler wurden durch die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung und die Gruppenprophylaxe erreicht.
- 100 % der Schülerinnen und Schüler hatten zum Abschluss einen Hauszahnarzt.
- 80 % der Schülerinnen und Schüler gingen 2x im Jahr zum Zahnarzt.

- 95 % der Elternhäuser wurden mit den Maßnahmen erreicht.

Bezüglich der Ausgangs- und Endbefunde ergab sich folgendes Bild:

- Der dmf/t-Wert sank von 4,18 auf 0,85 – dies ist allerdings nicht sehr aussagekräftig, da aus einem kariösen Zahn nur ein gefüllter oder fehlender Zahn werden kann und durch den Zahnwechsel bedingt der dmf/t-Wert automatisch sinkt.
- Zu einer differenzierteren Betrachtung einer erfolgreichen Therapie und Pro-



Abb.: Beim täglichen Zähneputzen in den Prophylaxeräumen des JZÄD (befinden sich in der GS „Am Akazienwäldchen“)

phylaxe muss die Verringerung der Anzahl kariöser Zähne im Verhältnis zu sanierten Zähnen und der Anteil der Kariesrisikokinder herangezogen werden.

- So sank z. B. die Zahl kariöser Zähne aller Kinder von 56 im 1. Schuljahr auf 28 im 2. Schuljahr. Gleichzeitig erhöhte sich die Zahl gefüllter und somit sanierter Zähne von 35 auf 48, eine Tendenz, die sich bis zum Projektende fortsetzte.
- Der DMF/T-Wert lag zum Abschluss bei 0,55 - dieser Wert betraf zwei Kinder mit Zahnschäden im bleibenden Gebiss, die jedoch zum Ende des Projektes saniert waren.
- Der Anteil der Kariesrisikokinder (nach DAJ) sank von 41 % auf 5 % – dies betraf ein Kind mit saniertem Gebiss.
- 85 % der Kinder wiesen zum Abschluss ein naturgesundes Gebiss auf und 15 % der Kinder hatten ein saniertes bleibendes Gebiss.

Die Brotbüchsenkontrolle erfolgte stichprobenartig an fünf Terminen während der Projektlaufzeit durch die angehenden ZFA im 3. Lehrjahr der Berufsschule „Hugo Junkers“. Die Ergebnisse wurden der LVG Sachsen-Anhalt übermittelt. Sie nahm die Auswertung vor und stellte die gewonnenen Erkenntnisse für die Abschlusspräsentation zur Verfügung.

Näher untersucht wurden insbesondere die Brotsorten, der Belag, die Getränke sowie das Vorhandensein von Obst und Gemüse in den Brotbüchsen.

- Gesunde Brot- und Brötchensorten haben im Verlauf des Modellprojekts leicht zugenommen.
- Der Belag der Frühstücksbrote war überwiegend (im Durchschnitt zu 70 %) zahnfreundlich gestaltet.
- Der Anteil ungesunder Getränke, die die Kinder mit in die Schule brachten, überwog zu Beginn des Projekts deutlich (83,3 %) und sank zum Ende auf 20 %.
- Der Anteil an Obst in den Brotbüchsen der Kinder schwankte bei den unangekündigten Kontrollen im Vergleich zueinander recht stark und ist sicher weniger saisonal bedingt, sondern wohl eher tagesabhängig (Einkauf durch die Eltern).

Bezüglich sonstiger Inhalte in den Brotbüchsen (Süßwaren, Pudding, Joghurt oder Quark) überwogen eher die ungesunden Produkte.

Der Erfolg der intensivprophylaktischen Maßnahmen im Setting Schule bei diesem Modellprojekt zeigt, dass bei günstigen Rahmenbedingungen, großem Engagement und einem relativ kleinen Budget für die Finanzierung der jährlich anfallenden Sachkosten, auch Schülerinnen und Schüler aus sozial schwachen Familien mit hohem Kariesrisiko gut erreicht und zu mehr zahngesunder Lebensweise, mehr Eigenverantwortung und zur Notwendigkeit der Sanierung der eigenen erkrankten Zähne motiviert werden können.

Der Erfolg unserer Arbeit fand auch bundesweit Beachtung. Das Modellprojekt „Zähne auf Zack“ wurde auf einem zahnärztlichen Kongress in Marburg im Herbst 2013 mit dem 1. Platz des Wrigley-Prophylaxe-Preises ausgezeichnet.

Korrespondenzadresse:

Dr. Torsten Müller
Gesundheitsamt Dessau-Roßlau
Jugendzahnärztlicher Dienst
Gustav-Bergt-Straße 3
06862 Dessau-Roßlau
E-Mail: jugendzahnarzt@dessau-rosslau.de

Abb.: Beim Zubereiten einer gesunden, altersgerechten Mittagsmahlzeit mit frischen Zutaten (in der VHS)



Abb. links: Unterrichtsstunde zur zahngesunden Ernährung mit Darstellung der Ernährungspyramide (in der VHS)

Dr. K. Bekes

Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

Der Begriff "Lebensqualität" (engl. „quality of life“) ist im vergangenen Jahrhundert zunehmend in den Vordergrund des wissenschaftlichen und öffentlichen Interesses gerückt. Eine der wohl komplexesten Definitionen zur Lebensqualität liegt dabei von der Weltgesundheitsorganisation vor [1]: „Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.“

Gesundheit ist neben Wohlstand, Freiheit, Bildung, sozialer und kultureller Teilhabe sowie Religionsausübung eine zentrale Dimension der Lebensqualität. In der Medizin wird deshalb in Abgrenzung zum allgemeinen Lebensqualitätsbegriff von gesundheitsbezogener Lebensqualität (GLQ) bzw. health-related quality of life (HRQOL) gesprochen [2, 3].

Seit einigen Jahren gibt es nun auch auf Seiten der Zahnmedizin ein wachsendes Interesse an der Frage, ob und inwieweit die Lebensqualität eines Menschen durch seine oralen Erkrankungen eingeschränkt wird. In diesem Zusammenhang wurde der Begriff der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (MLQ) inauguriert [4]. Diese ist der Teil der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der sich auf das stomatognathe System bezieht (Abb. 1) [5]. Die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität zielt darauf, den Einfluss einzelner oraler Faktoren auf die Hierarchie funktioneller, psychischer und sozialer Parameter zu beschreiben [5]. Sie beschreibt die Wahrnehmung der Mundgesundheit durch den Patienten, versucht also, die subjektive Seite der Mundgesundheit zu charakterisieren.

Die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität ist wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein multidimensionales Konstrukt, das nicht direkt erfasst, sondern nur in seinen Teilbereichen über Indikatoren abgebildet werden kann [6, 7]. Um solche Konstrukte zu erfassen, müssen der Zielperson, also dem Patienten, geeignete Fragen gestellt werden. Während für Erwachsene seit mehreren Jahren die Messung der MLQ mittels

geeigneter Fragebögen sehr gut möglich ist [8, 9], hinkte die Entwicklung adäquater Instrumente für Kinder und Jugendliche lange Zeit hinterher. Das Vorhandensein relevanter oraler Erkrankungen auch im jüngeren Erwachsenenalter, die mit erheblicher Lebensqualitätsverminderung verbunden sind, erforderte deshalb eine Ausdehnung von bevölkerungsrepräsentativen Studien auf das jüngere Erwachsenenalter.

Das Child Perceptions Questionnaire (CPQ)

Im angloamerikanischen Sprachraum gibt es seit 2002 das erste Instrument [10], welches es ermöglicht, mundgesundheitsbezogene Lebensqualität zu messen und psychosoziale Folgen oraler Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu beschreiben. Es ist der sogenannte Child Perceptions Questionnaire (CPQ), welcher für zwei Altersklassen vorliegt: der CPQ 8-10 für die 8- bis 10-Jährigen und der CPQ 11-14 für die 11- bis 14-Jährigen [10, 11]. Hintergrund der Entwicklung dieses neuen Fragebogens war, dass vorhandene und gut etablierte Instrumente zur Messung und Beschreibung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität aus dem Erwachsenenbereich nicht problemlos für Kinder und Jugendliche angewendet werden können. Die spezifische Situation in diesem Altersbereich (z. B. Spielen, Schule) und die Auswirkungen der Erkrankungssituation der Kinder auf die Familie verändern den Umfang und die Art wahrgenommener Einschränkungen. Das machte die Einführung eines eigenständigen

Instruments für die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in diesem Altersbereich zwingend erforderlich.

Seit 2012 gibt es auch eine deutsche Sprachversion des CPQ 11-14, den CPQ-G 11-14 [12, 13] (Abb. 2). Dieser beinhaltet in der Endversion 35 Fragen, die sich auf die vier Domänen/Subskalen verteilen: Orale Symptome (5 Items/Fragen), Funktionelle Einschränkungen (10 Items/Fragen), Emotionales Wohlbefinden (8 Items/Fragen), Soziales Wohlbefinden (12 Items/Fragen). Alle 35 Fragen beziehen sich auf einen Zeitraum von drei Monaten und sind in folgendem Format gestellt: „In den vergangenen 3 Monaten, wie oft hattest Du...?“. Antwortmöglichkeiten zur Häufigkeit eingeschränkter mundgesundheitsbezogener Lebensqualität können vom Patienten auf einer Mehrstufenskala angegeben werden, welche folgende Abstufungen umfasst: nie = 0, kaum = 1, ab und zu = 2, oft = 3, sehr oft = 4. Den Antworten werden somit Punktwerte zwischen 0 und 4 zugeordnet. Theoretisch sind folglich Summenwerte von 0-140 (35 Fragen x (0-4)) möglich. Ein kleiner CPQ-Summenwert steht dabei für eine subjektiv positiv erlebte mundgesundheitsbezogene Lebensqualität mit wenigen Einschränkungen, ein hoher Wert für eine stark beeinträchtigte Lebensqualität im Mundbereich. Die stärkste Einschränkung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität wird durch den Wert „140“ ausgedrückt, nämlich dann, wenn alle Probleme „sehr oft“ erlebt werden. Die Summe aller Items des Instruments wird auch als CPQ 11-14-Gesamtwert bezeichnet.

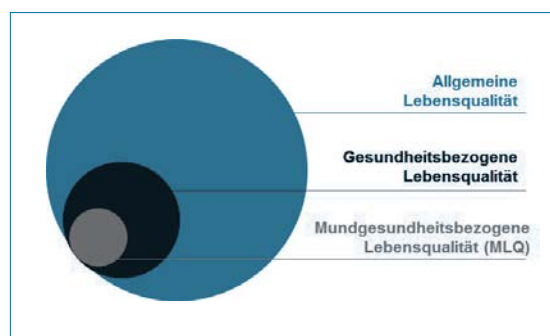


Abb. 1: Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität, gesundheitsbezogene Lebensqualität und (allgemeine) Lebensqualität (nach John 2003)

Hat Karies einen Einfluss auf die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität?

Bislang fehlen Daten, die die Vermutung unterstützen, dass es einen Zusammenhang zwischen den klinischen Anzeichen desolater Gebisszustände mit vielen kariösen Defekten und einer subjektiv eingeschränkten Lebensqualität gibt. Aus diesem Grund war es das Ziel einer von der Autorin durchgeführten Studie, die MLQ in der Altersgruppe von 11 bis 14 Jahren mit Hilfe der deutschen Version des CPQ in Abhängigkeit vom Kariesindex zu untersuchen [14].

Im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung durch den jugendzahnärztlichen Dienst im Landkreis Wernigerode wurde der CPQ-Fragebogen an alle 11- bis 14-Jährigen (Einbeziehung aller Grund- und Sekundarschulen sowie der Gymnasien) ausgeteilt (Zeitraum: 09/2007–04/2008). Die zahnärztliche Untersuchung zur Erfassung objektiver Befunde erfolgte durch eine kalibrierte Zahnärztin. Diese zeichnete folgende Parameter bei den Kindern und Jugendlichen auf: Kariesstatus (DMF/T-Index nach WHO-Standard), Plaque-Index (vereinfachter additiver Index für Plaqueakkumulation nach Ambjørnsen et al. [15]), Vorhandensein eines KFO-Behandlungsgerätes (ja/nein), Bestimmung der KFO-Gebissanomalie.

In die Auswertung kamen die 1.061 Fragebögen (55,5 %), die in Kombination mit einer zahnärztlichen Untersuchung der Probanden standen. Festzustellen war, dass mit zunehmendem Alter die Response der Probanden abnahm. Von den in die Auswertung einbezogenen Probanden waren 47,2 % (N=501) weiblichen Geschlechts. Der Großteil der Studienpopulation besuchte das Gymnasium (N=581, 54,8 %).

In den Ergebnissen zeigte sich, dass die gesamte Stichprobe einen mittleren DMF/T-Index von 0,81 aufwies. Für die Auswertung

Abb. 3: MLQ in Abhängigkeit vom Karies- und Plaque-Index in der untersuchten Population

	N	Gesamtskala x (SD)	Orale Symptome x (SD)	Funktionelle Einschränkungen x (SD)	Emotionales Wohlbefinden x (SD)	Soziales Wohlbefinden x (SD)
DMF/T≤2	940	7,4 (7,4)	2,8 (2,4)	2,7 (3,0)	1,1 (2,1)	0,9 (2,0)
DMF/T>2	121	8,3 (7,6)	2,9 (2,7)	2,9 (2,8)	1,3 (2,4)	1,1 (2,1)
DM = 0	984	7,5 (7,4)	2,8 (2,5)	2,7 (2,9)	1,1 (2,1)	0,9 (2,0)
DM > 0	77	8,5 (8,2)	2,7 (2,8)	2,8 (3,2)	1,6 (3,0)	1,3 (2,3)
Plaque ja	723	7,1 (7,2)	2,7 (2,3)	2,6 (2,9)	1,0 (2,0)	0,9 (2,0)
Plaque nein	336	8,3 (8,0)	3,1 (2,7)	3,0 (3,2)	1,3 (2,4)	1,0 (2,2)

des möglichen Einflusses der Karies auf die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität wurde die Studienpopulation in zwei Gruppen aufgeteilt: DMF/T≤2 und DMF/T>2 bzw. DM<0 und DM>0 (Abb. 3). Die Gruppengrößen zeigten, dass die Karieserfahrung in der untersuchten Stichprobe nicht sehr groß war (940 Probanden (DMF/T≤2) vs. 121 Probanden (DMF/T>2); 984 Probanden (DM<0) vs. 77 Probanden (DM>0)). Es konnte eine Zunahme von Einschränkungen der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem vermehrten Auftreten von Karies beobachtet werden (7,4 vs. 8,3). Die separate Betrachtung des DM-Index zeigte das gleiche Bild (7,5 vs. 8,5).

Das Vorhandensein von Plaque verschlechterte die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität um durchschnittlich einen Problempunkt (7,1 vs. 8,3). Sowohl für die Gesamtskala als auch für die Subskalen „Orale Symptome“ und „Emotionales Wohlbefinden“ war dieser Unterschied signifikant ($p<0,05$).

Zusammenfassung

Patienten bewerten orale Erkrankungen naturgemäß aus ihrer Sicht heraus, wie sich dabei die Maßzahl eines zahnärztlichen Index verändert, spielt für sie keine Rolle. Das Konzept der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität bietet die Möglichkeit,

die Sicht vom Zahn bzw. Mund auf den Patienten selbst zu erweitern und damit zu einer umfassenderen Bewertung oraler Erkrankungen beizutragen.

Der Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14) für Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 14 Jahren hat sich international als ein leistungsfähiges Instrument zur Erfassung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität in dieser Altersgruppe erwiesen. Durch die Entwicklung einer deutschen Version des international etablierten Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14) ist die Anknüpfung an diesen neuen Forschungszweig gelungen. Erstmals kann die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität von 11- bis 14-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland beschrieben werden.

Der Fragebogen gibt Überblick zu psychosozialen Beeinträchtigungen des Patienten durch seine Mundgesundheit. Die subjektive Eingangsfrage des (Zahn-)Arzt-Patienten-Gesprächs „Wie geht es Dir?“ kann nun mit wenigen, aber standardisierten Fragen abgebildet und dokumentiert werden. Mögliche Anwendungsbereiche des CPQ in der zahnärztlichen Praxis sind z. B. Informationsgewinn zur Einschätzung der Prognose oraler Gesundheitszustände, Entscheidungshilfe bei der Auswahl von Therapiealternativen, Erfolgsbewertung und Monitoring zahnärztlicher Therapien sowie Informationen zur erreichten Patientenzufriedenheit.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Katrin Bekes
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Universitätspoliklinik für
Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie
Sektion Präventive Zahnheilkunde
und Kinderzahnheilkunde
Harz 42a, 06108 Halle
E-Mail: katrin.bekes@uk-halle.de

– Literatur bei der Redaktion –

Abb. 2: Auszug aus der deutschen Version des Child Perceptions Questionnaire (CPQ-G 11-14)

Dr. N. Primas

„Altern mit Biss“ – Betreuungskonzept in einem Altenpflegeheim aus Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhalts Bevölkerung wird in 20 Jahren die älteste in ganz Europa sein – so statistische Berechnungen. Heute leben in Sachsen-Anhalt 24,2 % Senioren, die über 65 Jahre alt sind, im Jahre 2030 werden es 36 % sein. Für uns Zahnärzte eine große Herausforderung, denn ein Großteil dieser Menschen wird in Altenpflegeheimen betreut. Bereits im Jahr 2003 war dies Anlass für die Zahnärztekammer des Landes, ein Modellprojekt zur zahnmedizinischen Betreuung pflegebedürftiger Menschen in Altenpflegeheimen zu entwickeln.

Unser allgemeines Ziel war die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt und wurde zum Gesundheitsziel in Sachsen-Anhalt.

Projektspezifische Ziele wurden benannt:

- Heimbewohner über Zahngesundheit informieren
- Mundhygiene der Bewohner verbessern

- Pflegepersonal für verbesserte Mundhygiene schulen
- Angehörige für Thema Mundgesundheit sensibilisieren

Langfristig sollten diese Ziele dazu führen, dass eine Verbesserung der Lebensqualität eintritt, dass die Zahngesundheit erhalten und/oder wiederhergestellt werden sollte und dass Folgeerkrankungen vermieden und damit Kosten gesenkt werden sollten.

Beweggründe, die uns zur Durchführung dieses Projektes veranlassten, waren:

- Umfrage in Pflegeheimen und bei Zahnärzten
- Defizite bei Mundhygiene und Prothesenpflege
- keine regelmäßigen zahnärztlichen Kontrollen
- mangelnde Funktionalität des Zahnersatzes
- Nachlassen manueller Geschicklichkeit, Multimorbidität

- Demenz
- Bettlägerigkeit
- unterlassene Zahnsanierung
- fehlende Zeit des Personals, Fehlen von Fachpersonal
- eingeschränkte Behandlungsfähigkeit in den Heimen

Ein Altenpflegeheim in Magdeburg brachte alle Voraussetzungen für dieses Projekt mit. Es gab gute Rahmenbedingungen, das Interesse bei Heimleitung und Träger war groß. Ein durchschnittliches Klientel und eine überschaubare Bewohnerzahl ergaben eine gute Ausgangslage für das Projekt „Altern mit Biss“.

Bemühungen im Vorfeld, Gelder durch Krankenkassen oder Sponsoren zu erhalten, waren leider vergeblich. So wurde das Projekt von Mitarbeitern und Vorstandsmitgliedern der Zahnärztekammer ohne finanzielle Mittel begonnen. Zunächst wurde das Projekt der Heimleitung präsentiert, das Einverständnis der Bewohner bzw. deren Betreuer an der Projektbeteili-



Abb.: Einrichtung eines Zimmers im Altenpflegeheim, Zimmer wird weiter genutzt von Physiotherapie, Betriebsarzt und Betriebsrat

gung eingeholt, eine zahnärztliche Eingangsuntersuchung durchgeführt und Fortbildungsprogramme für Pflegepersonal und Angehörige entwickelt.

Zielgruppe Seniorinnen und Senioren

Die Eingangsuntersuchung von 37 Senioren im Alter zwischen 58 und 97 Jahren ergab, dass 13 Senioren Pflegestufe I, 12 Senioren Pflegestufe II und 12 Senioren Pflegestufe III hatten. 51,4 % der Heimbewohner führten selbständig Mundhygienemaßnahmen durch, eine mangelhafte Mundhygiene konnte bei 48,6 % der Untersuchten festgestellt werden.

Für diese Zielgruppe wurden Informationsblätter erstellt, der Betreuungsbedarf systematisiert (Z1–Z4) und eine Patenschaftszahnärztin gefunden, die fortan die Betreuung und Therapie der Bewohner systematisch und regelmäßig gewährleisten sollte.

Zielgruppe Pflegepersonal

Bei der Personalbefragung wurden 24 von 29 Pflegern erreicht, wobei 80 % die Mundpflege als gut einschätzten. Eine

Vorstellung beim Zahnarzt entschied zu 63 % das Pflegepersonal, zu 37 % verlangten die Bewohner eine Kontrolle.

Für diese Zielgruppe fand eine Personalschulung theoretisch und praktisch statt.

Zielgruppe Angehörige

Zu einem Angehörigen-Abend, bei dem es vorrangig um die Weihnachtsfeier der Bewohner gehen sollte, erlaubte man uns, 20 Minuten über das Thema „Mundhygiene im Alter“ zu sprechen. Einen Extrabend für Zahn- und Mundhygiene hätte wohl kaum ein Angehöriger besucht, aber so konnten wir doch einige Angehörige und Betreuer zum Thema „Zahn- und Mundgesundheit“ sensibilisieren. Informationsblätter und Aufsteller in der Eingangshalle mit Informationen zu verschiedenen Themen sollten ebenfalls auf unser Projekt aufmerksam machen.

Ein Briefkasten für Fragen rund um die Zahngesundheit wurde nur mäßig genutzt. Weiterhin erstellte die Patenschaftszahnärztin individuell für den jeweiligen Bewohner eine Einkaufsliste für Mundhygieneartikel. So konnten die Angehörigen aus der Vielzahl der Produkte leichter auswählen.

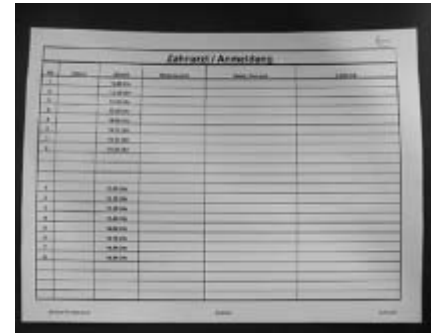


Abb. rechts oben: Anmeldeformular (liegt im Bewohnerservice aus)

Abb. darunter: Die Dokumentation liegt in der Pflegeakte hinter dem Arzt-Visite-Bogen.

• Einwilligungserklärung • Einteilung in Z1–Z4 • Befund • Behandlungsmaßnahmen • Hinweise für das Pflegepersonal

Abb. rechts Mitte und rechts unten: Behandlung und Betreuung: Regelmäßige Kontrollen, Prophylaxemaßnahmen, Füllungen, Extraktionen, Erweiterungen, Unterfütterungen, Neuanfertigungen usw.

Abb. unten: Zufriedene Bewohnerin





Abb.: Hilfestellung bei der Mundhygiene

Das Projekt wurde im Jahr 2007 abgeschlossen. Eine Information zur Zahngesundheit konnte bei 80 % der Bewohner erreicht werden. Die Abschlussuntersuchung ergab eine verbesserte Mundhygiene bei 70 % der Heimbewohner. Die Schulung des Personals zu Fragen der Zahn- und Mundpflege wurde zu 100 % realisiert und 60 % der Angehörigen konnten für die Erfordernisse der Mundgesundheit im Alter und deren Folgen für die allgemeine Gesundheit und Lebensqualität sensibilisiert werden.

Die daraufhin von der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt erarbeiteten Handlungsempfehlungen hoben noch einmal hervor, dass das Engagement von Träger

und Einrichtung von großer Bedeutung ist. Von Vorteil wäre ebenso ein ortsnah angesiedelter Patenschaftszahnarzt, der regelmäßig präventiv agieren und auch die Schulung des Pflegepersonals übernehmen sollte. Große Bedeutung hat auch die Einbeziehung der Hausärzte in das Gesamtkonzept.

Für die Nachnutzbarkeit und Verstärkung auf Landesebene stehen bereit:

- Personalfragebogen
- Anamnesefragebogen Bewohner
- Demonstrationskoffer (Kammer)
- Leitfaden Zahnärzte
- Schulungsprogramm

- Checkliste seniorengerechte Zahnarztpraxis
- Checkliste Instrumentarium Hausbesuch

Seit 2007 wird im Präventionsausschuss der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt und in einer Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit e. V. für die Ausweitung des Modellprojektes gearbeitet.

Hierzu sollen die Seniorenbeauftragten der Kreisstellen Kontakt zu Patenzahnärzten und die Landesseniorenräte Kontakte zu Heimen herstellen. So sollen Patenschaften entstehen, die nach dem Vorbild des Modellprojektes arbeiten.

Durch landesweite Informationsveranstaltungen bei den verschiedenen Trägern sollen Heimleitungen und Pflegedienste sowie mobile Krankenpflegedienste vom Projekt erfahren. Ziel ist eine Sensibilisierung des Pflegepersonal für das Thema Zahn- und Mundhygiene und das Angebot von Schulungen.

Weitere Bemühungen betreffen momentan die Ausbildung zur Altenpflege. Hier sollen die Inhalte des Lehrplans überarbeitet und Themen der Zahn- und Mundgesundheit integriert sowie umfassend behandelt werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Nicole Primas
Vorstandsreferentin für Prävention
Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
Telefon ZÄK: 0391/7 39 39 17
Telefon Praxis: 0391/59 76 71 80



Abb.: Ausrichtung „Tag der Zahngesundheit“

Dr. Uwe Niekusch, Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Dr. Frank Mathers

Lachgas in der Zahnarztpraxis

Ist es sicher, notwendig und wirtschaftlich vertretbar?

In deutschen Zahnarztpraxen erlebt die Sedierung von Angstpatienten mithilfe von Lachgas zurzeit eine Renaissance. Während die Methode in Deutschland lange Zeit nur bei Kinderzahnärzten zum Standardrepertoire gehörte, ist das Verfahren im Ausland nie ‚aus der Mode‘ gekommen und stets auch bei Erwachsenen angewendet worden. Verantwortlichen im Öffent-

Tabletten oder Saft eingenommen, wobei die Tiefe der erreichten Sedierung nach der Medikamentengabe nicht gesteuert werden kann. Bei der intravenösen Sedierung kann die Sedierungstiefe individuell gesteuert werden; sie erfordert allerdings das Legen eines i.v.-Zugangs. Beide Verfahren führen zu moderaten bis ggf. tiefen Sedierungsebenen, bei der Reflexe und

verabreicht, die Ein- und Ausleitung der Behandlung erfolgt stets mit 100%igem Sauerstoff.

Voraussetzungen zur Durchführung einer Lachgassedierung

Die Anwendung von Sedierungsverfahren zur Durchführung zahnärztlicher und zahnärztlich-chirurgischer Eingriffe ist üblich und ein integraler Bestandteil der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dabei gelten laut der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) folgende Voraussetzungen als unabdingbar: Erstens müssen Ausstattung und Ausrüstung der Zahnarztpraxis, auch in notfallmedizinischer Hinsicht, für die Durchführung einer Sedierung adäquat sein. Zweitens muss der behandelnde Zahnmediziner vor einer Behandlung mit Sedierung (sog. ‚operator sedation‘, d. h. Operateur und Sedierer in Personalunion) als Nicht-Anästhesist eine entsprechend qualifizierte Ausbildung zur Aneignung der notwendigen medizinischen Kenntnisse absolviert haben. Dazu gehören u. a. Kenntnisse der Pharmakologie der eingesetzten Substanzen und die Erkennung und Behandlung möglicher Komplikationen. Zahlreiche zahnmedizinische Studiengänge haben entsprechende Inhalte inzwischen auch in ihren Aus- und Weiterbildungsordnungen verankert.

Was die Lachgassedierung betrifft, hat die Deutsche Gesellschaft für dentale Sedierung nationale fachliche Standards zur Aus- und Weiterbildung aufgestellt, die auf anerkannten internationalen Guidelines und Best Practice Beispielen beruhen.

Prof. Erwin Deutsch vom Zentrum für Medizinrecht der Universität Göttingen hat in einem Rechtsgutachten und in mehreren Veröffentlichungen die deutschen Ausbildungsstandards bekräftigt. Nach der erfolgreichen Absolvierung eines Zertifizierungskurses sollte der Zahnarzt mit der pharmakologischen Wirkung von Lachgas vertraut sein, sowie mit den physiologischen Reaktionen beim Patienten, die mit



Abb. 1: Das Lachgas wird über eine spezielle Nasenmaske appliziert

lichen Gesundheitsdienst stellen sich angesichts dieses Trends Fragen zur Sicherheit, Notwendigkeit und wirtschaftlichen Rationale dieser Form der Angstlinderung, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Sedierung: ein Überblick

Bei der Sedierung werden Angst und Schmerzen mithilfe von Medikamenten reduziert und/oder ausgeschaltet. Patienten verlieren dabei nicht das Bewusstsein – anders als z. B. bei der Vollnarkose bzw. Allgemeinanästhesie, bei der im Übrigen immer ein Anästhesist anwesend sein muss. In der Zahnmedizin werden drei Sedierungsverfahren angewendet: Orale Sedativa werden patientenfreundlich als

Bewusstsein unterschiedlich stark beeinflusst werden.

Bei der minimalen Sedierung mit Lachgas (N_2O) inhalieren Patienten das leicht süßlich riechende Gas über eine spezielle Nasenmaske (Abb. 1). Das Lachgas gelangt über Lunge und Blutkreislauf in das zentrale Nervensystem, von wo aus es eine entspannende und/oder euphorisierende Wirkung entfaltet. Patienten fühlen sich meist vom Geschehen entrückt und können ihr Zeitempfinden verlieren, sind aber zu keinem Zeitpunkt bewusstlos, und alle Schutzreflexe bleiben während der Behandlung erhalten. Lachgas hat eine sehr gute angstlösende Wirkung, aber keine besonders starke analgetische Wirkung. Deshalb wird es immer mit einem Lokalanästhetikum

einer Lachgassedierung einhergehen. Zu den Grundvoraussetzungen gehören auch die sichere Anwendung der Methoden der Anamneseerhebung sowie einer angemessenen medizinischen Untersuchung. Zudem muss der Zahnarzt die Indikationen und Kontraindikationen der Lachgassedierung kennen und in der Lage sein, Komplikationen frühzeitig festzustellen beziehungsweise richtig zu behandeln. Nach Bestehen der theoretischen schriftlichen Prüfung ist eine klinisch-praktische Prüfung zu absolvieren, bei der neben der Durchführung einer Lachgassedierung der Zahnarzt im Basic Life Support (BLS) an einer geeigneten Simulationspuppe praktisch geprüft wird. Eine solche qualifizierte Weiterbildung hat eine Dauer von mindestens 14 Stunden und findet unter der Supervision eines mit der Lachgastechnik vertrauten Anästhesisten statt.

Sicherheits- und Umweltaspekte

Verglichen mit den anderen in der Dentalmedizin eingesetzten pharmakologischen Verfahren zur Behandlung von Angstpatienten hat Lachgas ein exzellentes Sicherheitsprofil. Todesfälle unter Lachgas sind nicht bekannt, Zwischenfälle treten selten auf und Überdosierungen sind so gut wie unmöglich. Üblicherweise werden in der Zahnmedizin nur Konzentrationen zwischen 20 % und 50 % verabreicht, Levels oberhalb von 70 % werden durch die sogenannte ‚Lachgas-Sperre‘ in modernen Applikationsgeräten verhindert (Abb. 2). Anders als z. B. bei oralen Sedativa, bei denen immer eine Restunsicherheit bezüglich der Wirkintensität und -dauer bleibt, kann der Zahnarzt mit Lachgas die Sedierungstiefe sehr gut steuern – und Patienten ggf. innerhalb von

Abb. 2:
Der Zahnarzt dosiert die Lachgaskonzentration punktgenau



Minuten aus der Sedierung wieder herausholen. Weil Lachgas kaum metabolisiert und schnell wieder abgeatmet wird, haben sich Patienten deshalb auch nach der Behandlung rasch erholt. Allergien gegen Lachgas sind keine bekannt.

/// *Verglichen mit den anderen in der Dentalmedizin eingesetzten pharmakologischen Verfahren zur Behandlung von Angstpatienten, hat Lachgas ein exzellentes Sicherheitsprofil.*

Höchste Priorität hat in der modernen Gerätekonstruktion der Arbeitsschutz (Abb. 3). Alle in Deutschland erhältlichen Geräte verfügen über eine Lachgasabsaugung, die in der Regel an das bestehende Absaugsystem der Praxis angeschlossen

wird. Passform und Dichtigkeit der Nasenmasken sind derart konzipiert, dass die Kontamination der Raumluft minimiert wird. Verbunden mit einer ausreichenden Raumbelüftung und dem Minimieren von Sprechen während der Behandlung können diese zeitgemäßen Systeme die Lachgasexposition des zahnärztlichen Personals wirksam reduzieren. Schwangeres Personal bzw. Patientinnen sollten allerdings nicht mit Lachgas arbeiten bzw. behandelt werden, da die Datenlage zur Sicherheit hier noch unklar ist. Im Übrigen ist Lachgas ein klimaschädliches Gas, das aber aufgrund seiner minimalen Anwendung im medizinischen Bereich kaum ins Gewicht fallen wird.

Für welche Patienten eignet sich Lachgas?

Das gute Sicherheitsprofil von Lachgas und seine erprobte anxiolytische Wirkung machen es geeignet zur Angstlinderung bei gesunden Patienten mit gering bis mäßig stark ausgeprägter Zahnbehandlungsangst. Das gilt für Patienten jeden Alters, wobei gerade betagte Patienten besonders von der Gabe hoher Sauerstoffkonzentrationen profitieren, die bei der Lachgassedierung eingesetzt werden. Da Lachgas die Empfindlichkeit der oberen Atemwege reduziert, können auch Menschen mit einem übermäßig starken Würge- oder Schluckreflex behandelt werden, die sonst als sehr schwierige Patientengruppe gelten.

Nicht geeignet ist die Methode bei Patienten mit sehr starken Ängsten bzw. einer regelrechten Zahnbehandlungsphobie, denn eine gewisse Einsicht und Kooperation sind unabdingbar, um eine

Tab. 1: Pharmakologische Verfahren des dentalen Angstmanagements

Methode	Typische Behandlungskosten pro Patient (in EUR)	Sicherheit	Sonstiges
Lachgas	80 - 150	+++	Minimale Sedierung Patient ist bei Bewusstsein Schutzreflexe sind aktiv Sedierungstiefe titrierbar
Orale Sedativa	80 - 150	+	Moderate Sedierung Sedierungstiefe nicht titrierbar
Intravenös	150 - 250	+	Moderate Sedierung i.v.-Zugang notwendig / invasiv Sedierungstiefe titrierbar
Vollnarkose	250 - 600	~	Patient ist bewusstlos Anästhesist muss anwesend sein

Sedierung mit Lachgas durchführen zu können. Nicht angewendet werden sollte Lachgas nach einer vorausgegangenen Operation mit intraokularem Gas sowie bei schwerer COPD, Pneumothorax, Drogenabhängigkeit, Ileus und bei Schwangeren. Zu den relativen Kontraindikationen gehören eine akute Otitis media und eine Mastoiditis. Auch Patienten mit ausgeprägten Gesichtsdeformitäten oder einer Verlegung der nasalen Atemwege, sowie unkooperative geistig Behinderte und Patienten mit schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen eignen sich weniger für die Lachgasanwendung.



Abb. 3: Modernes Lachgasgerät mit Blick auf den Arbeitsschutz

Wirtschaftliche Überlegungen

In der Medizin muss bei wirtschaftlichen Überlegungen stets auch der Aspekt Patientensicherheit in die Kosten-Nutzen-Relation mit einbezogen werden, denn die Betrachtung reiner Behandlungskosten ist gefährlich eindimensional. Vergleicht man die Lachgassedierung mit anderen pharmakologischen Verfahren, die beim dentalen Angstmanagement eingesetzt werden, so stellt sich vordergründig die orale Sedierung als wirtschaftlich günstigste Option dar, gemessen an den Behandlungskosten pro Patient (s. Tab. 1). Dabei muss berücksichtigt werden, dass selbst unter intensiver medizinischer Aufsicht die Wirkdauer und -intensität oraler Sedativa schwer vorhersehbar ist. Besonders bei Kindern, älteren Menschen und Patienten, bei denen unklar ist, ob sie noch andere Medikamente einnehmen (z. B. Drogen- und Alkoholabhängige) – d. h. bei Patientengruppen, die im sozialmedizinischen Kontext überdurchschnittlich häufig vertreten sind – kann diese Tatsache zu gefährlichen Notfallsituationen führen. Verglichen mit den Behandlungskosten und dem personellen Aufwand einer Vollnarkose, ist eine Sedierung mit Lachgas dagegen sehr kosteneffektiv und gleichzeitig sicherer für den Patienten.

Abrechnungsbestimmungen für gesetzlich Versicherte

Obwohl die Lachgassedierung eine sehr gute Möglichkeit darstellt, die zahnärztliche Behandlung angenehmer zu gestalten, beispielsweise für Kinder mit Zahnbehandlungsängsten, ist die Abrechnung

einer Lachgassedierung bei Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Zahnärzte nicht möglich. Diese Maßnahme wurde zum 1. Januar 2004 aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) der

Verglichen mit den Behandlungskosten und dem personellen Aufwand einer Vollnarkose, ist eine Sedierung mit Lachgas dagegen sehr kosteneffektiv und gleichzeitig sicherer für den Patienten.

GKV gestrichen. Grund für die Streichung der BEMA-Nummer 42 „Analgesie durch Inhalation“ war die Ansicht des Bewertungsausschusses, dass es sich dabei nicht um eine zahnärztliche, sondern um eine ärztliche Leistung handelt, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen sei – sofern eine zahnmedizinisch notwendige Behandlung anders nicht durchgeführt werden könne. Mit anderen Worten: Für eine GKV-konforme Abrechnung ist die Lachgassedierung durch einen Facharzt zu erbringen, der sie dann über die für ihn geltende Gebührenordnung abrechnet.

Dessen ungeachtet kann ein Patient der GKV eine Lachgassedierung im Rahmen einer Verlangensleistung als sogenannte außervertragliche Privatleistung gemäß § 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wählen. Verlangensleistungen gehen über das Maß einer notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinaus. Werden

solche Leistungen vereinbart, so ist der Patient entsprechend aufzuklären, auch über die von ihm zu tragenden finanziellen Folgen. Für den Zahnarzt bietet diese individuelle Vereinbarung den Vorteil, dass er die für die Behandlung notwendigen Kosten im angemessenen Rahmen frei kalkulieren kann.

Bestimmungen für Privatversicherte und Beihilferechtigte

Andere Bestimmungen gelten für Patienten der privaten Krankenversicherung (PKV) oder Patienten, die Anspruch auf Beihilfe haben. Bis zur Novellierung der GOZ zum 1. Januar 2012 konnte die Zahnarztpraxis eine Lachgassedierung gemäß § 6 Absatz 1 der GOZ 1988 über die Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) abrechnen. Der entsprechende Passus der Gebührenordnung lautete: „Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den Abschnitten B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nummern 4113 und 4700, N sowie O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I, S. 1522) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.“ Mit der Neufassung der GOZ zum 1. Januar 2012 ist dies nicht mehr möglich, denn der Zugriff auf den ärztlichen Bereich der GOÄ für Anästhesieleistungen gemäß GOZ § 6 Absatz 2 ist für Zahnärzte ohne Doppelapprobation nun nicht mehr erlaubt, da das GOÄ-Kapitel D und damit auch die Berechnung der GOÄ Ziffer Ä450 Rauschnarkose – auch mit Lachgas – für Zahnärzte ausgeschlossen wurde.

Analogberechnung für Zahnärzte möglich

Was bleibt, ist eine Analogberechnung gemäß GOZ § 6 Absatz 1. Darin wird bestimmt, dass „zahnärztliche Leistungen, die nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung“ berechnet werden können. Verschiedene Berufsverbände, so beispielsweise der

Berufsverband für Kinderzahnärzte, empfehlen, die Lachgassedierung analog den GOZ Ziffern 6200 „Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen“ zu berechnen. Als Grundbedingung zur Analogberechnung gilt, dass die Maßnahme eine zahnmedizinisch notwendige Leistung ist. Liegt diese Bedingung nicht vor, handelt es sich um eine Wunsch- oder Komfortbehandlung. Dann ist lediglich eine Abrechnung als private Verlangensleistung gemäß § 1 Absatz 2 GOZ möglich.

Kostenübernahme bei Beihilfeberechtigten und Asylbewerbern

Was bedeuten diese Abrechnungsbestimmungen für die Tätigkeit der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Rahmen ihrer Stellungnahmen für Beihilfestellen oder Sozialämter? Die Gewährung von Beihilfen zu Lachgassedierungen ist prinzipiell möglich, sofern eine Lachgassedierung für die Durchführung der vorgesehenen zahnärztlichen Behandlung unbedingt notwendig ist, zur Wiedererlangung der Gesundheit, und sofern die Gebühr angemessen erscheint. Für Anträge nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt § 4 Absatz 1, dass eine Behandlung in jedem Fall dann als notwendig angenommen werden kann, wenn die Erkrankung entweder „akut“ oder „schmerzhaft“ ist. In diesen Fällen ist „die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren.“ Zu diesen Leistungen kann demnach auch die Lachgassedierung gehören, sofern die gebotene Behandlung auf anderem Wege nicht durchführbar ist.

Führt ein Arzt bzw. doppeltapprobierter Zahnarzt die Lachgassedierung durch, d. h. die Sedierung erfolgt im Rahmen einer vertragsärztlichen Maßnahme, ist die Abrechnung über die für ärztliche Leistungen geltende Gebührenordnung für Patienten der GKV geregelt. Wird jedoch die Lachgassedierung durch einen entsprechend ausgebildeten Zahnarzt vorgenommen, kann die Honorierung nicht über den für gesetzlich Versicherte geltenden BEMA erfolgen. Damit bleibt für den

Zahnarzt nur der Weg über die Analogberechnung gemäß GOZ § 6 Absatz 1. Für einen Asylbewerber bedeutet dies, dass er eine Privatrechnung bezahlen müsste. Aufgrund der Mittellosigkeit dürfte dies diesem Personenkreis jedoch nicht möglich sein. Zudem sieht das AsylbLG keine Eigenleistungen im Krankheitsfall vor. Vielmehr werden in § 6 Absatz 1 AsylbLG sonstige Leistungen geregelt, die als

Obwohl belastbare Daten in Deutschland noch ausstehen, schätzen Experten, dass rund 10 % der Bevölkerung unter mäßig starker Zahnbehandlungsangst leidet.

Ermessensleistungen durch den Kostenträger gewährt werden können, sofern diese Maßnahmen im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Daraus kann gefolgert werden, dass Leistungen nach dem AsylbLG durchaus weiter gehen können als die medizinische Versorgung nach Sozialgesetzbuch V und dem Bundessozialhilfegesetz/Sozialgesetzbuch XII, vorausgesetzt, gemäß der §§ 4 und 6 AsylbLG liegt die Notwendigkeit der Leistung vor und der Zahnärztliche Dienst des zuständigen Gesundheitsamtes bestätigt dies im jeweiligen Einzelfall.

Fazit

Obwohl belastbare Daten in Deutschland noch ausstehen, schätzen Experten, dass rund 10 % der Bevölkerung unter mäßig starker Zahnbehandlungsangst leidet. Es ist davon auszugehen, dass dieser Prozentsatz bei Patientengruppen mit unregelmäßigem oder begrenztem Zugang zum Gesundheitswesen aufgrund psychosozialer Faktoren noch wesentlich höher liegt. Der Council of European Dentists (CED) hat 2011 insbesondere „Kinder und ältere Menschen sowie (...) institutionalisierte Personen und Obdachlose“ als Bevölkerungsgruppen identifiziert, für die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gezielt zugeschnitten werden sollten. Eine präventionsorientierte soziale Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde muss sicherstellen, dass diese

Patientenkohorte nicht benachteiligt wird, sondern auch von modernen Verfahren des Angstmanagements profitiert.

Dafür sprechen nicht nur ethische Gründe. Patienten mit Zahnbehandlungsangst leiden nicht nur unter den unmittelbaren Folgen schlechter Zahngesundheit. Sie haben auch ein signifikant höheres Risiko für systemische Folgeerkrankungen und können sozial ausgegrenzt und isoliert werden. Dementsprechend erhöht sich auch das Risiko von Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsausfällen und/oder Arbeitsplatzverlust. Angstbedingt unterlassene Zahnbehandlung verursacht somit nicht nur enormes menschliches Leid, sondern auch erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden. Als notwendige Säule erfolgreicher Zahnbehandlung setzt effektives Angstmanagement am Anfang dieser Kausalkette an. Lachgas kann seinerseits eine sichere, effektive und wirtschaftliche Option des dentalen Angstmanagements sein.

Korrespondenzadresse:

Dr. Uwe Niekusch
Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis
Zahnärztlicher Dienst
Kurfürstenanlage 38-40
69115 Heidelberg
E-Mail: info@agz-rnk.de

Termine

05.03. bis 06.03.2015
Kongress Armut und Gesundheit
„Gesundheit gemeinsam
verantworten“

an der Technischen Universität Berlin
Frühbucherrabatt bei Anmeldung
bis zum 19.12.2014
Kontakt: kongress@gesundheitbb.de

28.02.2015
ISKE – 5. Interdisziplinäres
Symposium kindlicher Entwicklung
in Leipzig
„Alles mit dem Mund – alles in den
Mund“

Programm und Abstracts unter
www.iske-leipzig.de
Anmeldungen bis zum 10.01.2015 unter
info@iske-leipzig.de

10 Jahre Bündnis Gesund Aufwachsen im Land Brandenburg – Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gratuliert dem Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg anlässlich des 10-jährigen Bestehens.

10 Jahre Bündnis Gesund Aufwachsen – mehr Chancen für ein gesundes Aufwachsen aller Kinder!



Unter diesem Motto fand am 9. April 2014 mit mehr als 180 Teilnehmerinnen und Teilnehmern das **5. Plenum des Bündnisses Gesund Aufwachsen** im Rahmen der Kindergesundheitskonferenz Brandenburg statt. Die Ministerin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Frau Anita Tack, würdigte die engagierte Arbeit aller Beteiligten des Bündnisses, die es ermöglicht, dass Kinder und Jugendliche annähernd gleiche und immer bessere Entwicklungschancen in Brandenburg bekommen. Mit eindrucksvollen Ergebnissen belegte die Ministerin die herausragende Arbeit des Bündnisses Gesund Aufwachsen und unterstrich erneut, dass durch den Einsatz aller Beteiligten in der Arbeitsgruppe Mundgesundheit die Rate der Kinder mit einem naturgesunden, kariesfreien Gebiss im Alter von drei und fünf Jahren in den zehn Jahren seit Gründung des Bündnisses stetig auf jetzt 86 % und 65 % gestiegen ist.

Vor zehn Jahren setzte das Land Brandenburg einen Gesundheitszieleprozess in Gang, der sich gegenüber anderen Gesundheitszielen durch den Settingansatz besonders auszeichnet. In Brandenburg werden zugehende Strukturen stark gemacht, was genau der richtige Weg ist. Wie Professor Hurrelmann in seiner Analyse betont, ist in Brandenburg Vieles auf dem richtigen Weg, da nicht mehr gewartet wird, dass Kinder und deren Eltern Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Vielmehr werden Familien in schwierigen sozialen Lagen frühzeitig und unmittelbar in ihrem Lebensumfeld angesprochen und Angebote genau dort platziert.

Die wesentliche Arbeit im Bündnis leisten dessen fünf Arbeitsgruppen. Themen

und Handlungsfelder des Bündnisses sind: AG Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung, AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung, AG Mundgesundheit, AG Seelische Gesundheit und die AG Unfall- und Gewaltprävention.

Zentraler Arbeitsinhalt der **AG Mundgesundheit** ist die Ausgestaltung der Regelungen des § 21 SGB V. Die Arbeitsgruppe ist intensiv bemüht, die erreichte flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung der zwei- bis zwölfjährigen Kinder zu verstetigen und Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr einzubeziehen. Bereits seit 2010 werden Kleinkinder unter zwei Jahren gruppenprophylaktisch betreut unter Einbezug der Sorgeberechtigten und Multiplikatoren. In den zehn Jahren des Bestehens des Bündnisses Gesund Aufwachsen konnte die Arbeitsgruppe Mundgesundheit deutlich machen, dass Mundgesundheit ein integraler Bestandteil der Kindergesundheit ist und dies immer wieder in das Bewusstsein der Akteure transportiert gehört.

Datenbasis und wissenschaftliche Fundierung zur Steuerung der bedarfsgerechten und zielgruppenorientierten Angebote ist der AG ein zentrales Anliegen. Bereits 2008 konnten im Gesundheitsbericht „Gesunde Zähne für ein fröhliches Lachen“ Herausforderungen und Möglichkeiten dargestellt werden, wie frühkindliche Karies vermieden werden kann. Das Projekt „Frühkindliche Karies und assoziierte Risikofaktoren bei Kleinkindern im Land Brandenburg“ entstand folgerichtig in Kooperation mit der Universität Jena.

Im Bundesgesundheitsblatt schließlich wurde das im Jahr 2012 abgeschlossene Projekt veröffentlicht und als zentrales

Ergebnis der settingorientierte, interdisziplinäre und präventive Betreuungsansatz neben der Notwendigkeit individueller Vorsorgemaßnahmen bestätigt. Die Arbeitsgruppe Mundgesundheit blickt auf weitere erfolgreiche Aktivitäten, sodass Präventionsprogramme wie „Kita mit Biss“ mittlerweile in zwei Regionen des Landes Nordrhein-Westfalen umgesetzt werden. Das ist im besten Sinne gelebter Föderalismus. Darüber hinaus ist die Veröffentlichung des Gesundheitsberichts „Gemeinsam für gesunde Kinderzähne – 20 Jahre Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg“ aus dem Jahr 2013 als ein Meilenstein in einer Landesgesundheitsberichterstattung zu werten.

Die Botschaft aus zehn Jahren Bündnis Gesund Aufwachsen ist klar; zur intersektoralen Arbeit gibt es keine Alternative und es liegen viele Konzepte vor, die umgesetzt werden müssen.

Dem Leitgedanken des Landes NRW „Kein Kind zurücklassen“ zufolge, müssen sich alle Beteiligten nicht nur aus dem Gesundheitsbereich, sondern auch aus dem Bildungsbereich, den Wohlfahrtsverbänden und den Jugendhilfe- und Sozialhilfeträgern zusammenfinden und Verantwortung für die Kinder und Jugendlichen tragen. Diesem Ansinnen hat sich das Land Brandenburg früh verpflichtet gefühlt und ist dabei, Vorreiter für die kommenden zehn Jahre zu sein.

Herzlichen Glückwunsch Brandenburg.

Dr. Michael Schäfer, MPH
1. Vorsitzender BZÖG

Gesundheitsministerkonferenz in Hamburg fasst Beschlüsse zur zukünftigen Ausrichtung der Gesundheitsversorgung

Die 87. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat auf ihrem zweitägigen Treffen in Hamburg darüber beraten, wie die gesundheitliche Versorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels neu ausgerichtet werden muss. Unter Vorsitz von Hamburgs Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks beschlossen die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder im Beisein von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eine Strategie für die nächsten 15 Jahre zum diesjährigen Schwerpunktthema Gesundheit und Demografie. Darin sprechen sie sich unter anderem für mehr Prävention und Gesundheitsförderung, eine Stärkung der Allgemeinmedizin und eine stärkere Ausrichtung auf ambulante Versorgung und Pflege aus.

In der Pressemeldung heißt es u. a.:

Deutlich ausbauen wollen die Länder die zahnmedizinische Früherkennung 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.

Der Beschluss unter Top 11.6 lautet:

Zahnprophylaktische Früherkennung bei Kleinkindern

Die GMK erkennt den Spitzenplatz Deutschlands im internationalen Vergleich bei der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen an. Deutschland hat in der Breite der zahnmedizinischen Versorgung insgesamt einen hohen Versorgungsgrad erreicht. Diese positive Entwicklung muss fortgesetzt und um die verstärkte zahnprophylaktische Früherkennung bei Kleinkindern erweitert werden.

Dazu bittet die GMK die Partnerinnen und Partner der Selbstverwaltung:

1. die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, insbesondere die vorgegebene Abstimmung der zahnärztlichen mit der ärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchung (Nr. 4 Satz 1 der Richtlinien), unter Berücksichtigung der Gruppenprophylaxe (Nr. 4 Satz 2 und 3 der Richtlinie), konsequent anzuwenden,
2. um Unterstützung bei den Bemühungen im Gemeinsamen Bundesausschuss zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern für die Aufnahme von Hinweisen auf die zahnmedizinischen Früherkennungsuntersuchungen in das gelbe Kinder-Untersuchungsheft,
3. um Überprüfung der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten hinsichtlich der Einführung regelmäßiger Früherkennungsuntersuchungen spätestens ab dem 12. Lebensmonat eines Kindes,
4. um den zügigen Ausbau der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V für Kleinkinder und eine interdisziplinäre Ausrichtung unter Beachtung der Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) „Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige“.

Begründung:

Die frühkindliche Karies an den Milchzähnen ist in den letzten Jahren nicht überall zurückgegangen. Der deutlich verlangsamte Kariesrückgang bei den 6-Jährigen (Anteil naturgesunder Gebisse: lediglich 54 %) ist vor allen Dingen auf die Kariesentstehung vor Vollendung des dritten Lebensjahres zurückzuführen. Sie ist das größte zahnheilkundliche Problem bei Kindern (Prävalenz von 10 - 15 %). Indikatoren dafür sind die Anzahl der betroffenen

Zähne und der Schweregrad der Zerstörung. Zu beobachten ist bei den betroffenen Kindern häufig eine geringe Kooperationsfähigkeit infolge des mangelnden elterlichen Engagements. Die frühkindliche Karies ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kleinkindalter.

Bis zum 30. Lebensmonat des Kindes liegen Aktivitäten zur Früherkennung und Prävention von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten derzeit überwiegend in der Verantwortung der Kinderärztinnen und Kinderärzte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U7. Die Empfehlung der Wissenschaft hinsichtlich der notwendigen Vorstellung bei Zahnärztinnen und Zahnärzten rund um den ersten Geburtstag des Kindes ist in der Bevölkerung unzureichend bekannt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind zahnmedizinische Früherkennungsmaßnahmen derzeit erst ab dem 30. Lebensmonat vorgesehen. Für eine präventive Betreuung ist der Beginn dieser Früherkennungsuntersuchungen ab dem 30. Lebensmonat zu spät. Mit dem 12. Lebensmonat des Kindes ist zumeist der Durchbruch aller Schneidezähne vollendet. Für Kinder ab dem 12. Lebensmonat ist durch den G-BA zu prüfen, ob eine abgestimmte zahnärztliche Prävention unter Berücksichtigung der kinderärztlichen Untersuchungen entwickelt werden soll. Es ist möglich, Behandlungsbedarfe durch frühzeitige präventive Maßnahmen zu vermeiden.

Um eine maximale Zahl der Kinder dieser Altersgruppe zu erreichen, sollten die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen mit den Kinderuntersuchungen U6 und U7 bei den Kinderärztinnen und Kinderärzten vernetzt werden. Diese sind sehr gut eingeführt und akzeptiert. Ein Hinweis auf die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen könnte in das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegebene ärztliche Kinder-Untersuchungsheft (gelbes Heft) aufgenommen und dokumentiert werden.

Um eine weitere und nachhaltige Verbesserung der Mundgesundheit auch für kleine Kinder zu erreichen, sind die Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V einzubeziehen. Die Maßnahmen sind effektiv, effizient, erreichen Kinder in ihrer Lebenswelt und tragen zum Kariesrückgang bei. Das sozialspezifische Inanspruchnahmeverhalten präventiver Leistungen wird durch diese aufsuchende regelmäßige Betreuung ausgeglichen.

Quelle: www.gmkonline.de

Silbernes Ehrenzeichen für Frau Dr. Grit Hantzsche

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) verleiht Persönlichkeiten, die sich um den Öffentlichen Gesundheitsdienst auf Bundesebene verdient gemacht haben, das Ehrenzeichen in Silber. Auf der Sitzung der Landesstellenleitungen wurde dem Vorschlag des Bundesvorstandes zugestimmt, die Ehrung im Jahr 2014 Frau Dr. Grit Hantzsche für ihre langjährige Tätigkeit als Redakteurin der Verbandszeitung und nun des Internetauftritts zu überreichen.

Frau Dr. Hantzsche übernahm die Redaktion der Verbandszeitung im Jahr 2004. Neben der Gestaltung der drei jährlich erscheinenden Ausgaben war sie auch verantwortlich für die Sonderausgabe zum 50-jährigen Jubiläum des BZÖG 2005. Wenig später wurde auf ihr Betreiben und in Zusammenarbeit mit einer Dresdner Druckerei das Layout so verändert, dass die Zeitschrift nun einen klar strukturierten „wissenschaftlichen“ Charakter erhielt. Ebenso schnörkellos und in den Farben der Zeitung erscheint heute das Logo des BZÖG, an deren Gestaltung Kollegin Hantzsche maßgeblichen Anteil hatte. Dieses Medien-Outfit war Grundlage für das Relaunch der Internetseite, dem jüngsten Baby, dem sie sich als Redakteurin mit Hingabe und großem zeitlichen Einsatz widmet.

Ihre berufliche Laufbahn begann Frau Dr. Hantzsche 1984 in ihrer sächsischen Heimat mit der Weiterbildung zur Fachzahnärztin für Kinderstomatologie. Beim Aufbau einer zahnärztlichen Schulambulanz im ländlichen Raum lernte sie die Vorteile einer Jugendzahnpflege nach dem

Bonner System mit der Einheit von Untersuchung, Prophylaxe und Behandlung ganz persönlich kennen. Als sie 1991 in ihrer Heimatstadt Pirna dabei war, als das Gesundheitsamt eingerichtet und organisiert wurde, kompensierte sie die fehlende Therapiemöglichkeit, indem sie flächendeckend in den Grund- und Förderschulen die lokale Fluoridierung nach dem Marburger Modell einführte. Mit dieser Erfahrung war es nicht verwunderlich, dass sie in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Sachsen e. V. (LAGZ) 1998–2000 ein Programm zur Intensivprophylaxe für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko durchführte. Die Ergebnisse wurden im Zahnärztlichen Gesundheitsdienst veröffentlicht und bildeten die Grundlage für das Konzept 2000 der Gruppenprophylaxe der LAGZ, in dem lokale Fluoridierungsmaßnahmen von grundlegender Bedeutung sind.

In diese Zeit fällt auch der Einstieg in die ehrenamtliche Tätigkeit von Kollegin Hantzsche. Seit 1999 leitet sie die Landesstelle Sachsen des BZÖG und ist gleichzeitig Vorstandsmitglied im Sächsischen Landesverband der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD. Ihrer Zielstrebigkeit und ihrem Hintergrundwissen sowie ihrer ruhigen ausgleichenden Art ist es zu verdanken, dass es in Sachsen gute Verbindungen des BZÖG zum Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, zur Landes Zahnärztekammer und zur LAGZ gibt, dass die Zahnärztlichen Dienste in Sachsen seit 2003 nach einheitlichen Standards untersucht und die sächsischen Untersuchungsergebnisse 2004

und 2009 in die Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe (DAJ-Studie) einfließen konnten.

2004 folgte sie der Bitte, im Bundesvorstand mitzuarbeiten und übernahm die Redaktion des Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes. Ihrem großen Engagement ist es zu verdanken, dass die Zeitschrift regelmäßig und wie selbstverständlich bei den Mitgliedern landete – auch 2010/11, als sie eigentlich diese Aufgabe abgegeben hatte.

Der Internetauftritt des BZÖG, ihre jetzige Tätigkeit, bietet noch viele Möglichkeiten der Entfaltung für unsere liebe Kollegin Hantzsche. In ihrer Danksagung sprach Frau Dr. Hantzsche von ihrer Vision einer BZÖG-Internetseite, die neben ihrer Außenwirkung für alle Mitglieder ein einfaches und gern genutztes Arbeitsmittel wird. Wir werden sie dabei unterstützen und wünschen ihr auch weiterhin viel Kraft und Spaß dabei.

Dr. Pantelis Petrakakis



Die Landesstelle Thüringen berichtet:

Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste in Thüringen

Für das kommende Schuljahr 2014/15 steht für alle Zahnärztlichen Dienste in Thüringen der „Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ als verbindliche Handlungsempfehlung zur Verfügung.

Er wurde von einer Arbeitsgruppe unter Leitung der Thüringer Landesstellenleitung des BZÖG beim Thüringer Landesverwaltungsamt erarbeitet. Dieser Thürin-

ger Leitfaden geht über einen Erfassungslitfaden hinaus. Neben einer Zusammenstellung der Definitionen und Parameter zu zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird das gesamte Arbeitsspektrum der Zahnärztlichen Dienste in Thüringen erfasst.

Als Beitrag zur Qualitätssicherung wird damit einerseits die Validität und Plausibilität der erhobenen Daten erhöht und ander-

erseits werden die zu erfüllenden Aufgaben für alle Zahnärztlichen Dienste in Thüringen definiert. Großen Raum nimmt dabei auch die Darstellung der hygienischen Anforderungen ein, die unter fachlicher Mitarbeit des Thüringer Landesamtes für Verbraucherschutz erarbeitet und zusammengefasst wurden.

Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen und aktueller wissen-

schaftlicher Empfehlungen soll die Basis für eine vergleichbare Mundgesundheitsberichterstattung auf kommunaler und Landesebene als Beitrag zur Qualitätssicherung geschaffen werden.

In der Anlage des Leitfadens finden sich Muster zu Informationsblättern, die als empfohlene Anleitung gedacht sind und in den Gesundheitsämtern den kommunalen

Gegebenheiten angepasst werden können.

Der Leitfaden wurde als online-Version mit einem Vorwort der Thüringer Ministerin für Soziales, Familie und Gesundheit, Frau Heike Taubert, vom zuständigen Ministerium (TMSFG) herausgegeben. Eine Druckversion ist in Arbeit.

Dieser Leitfaden ist ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess. Anregungen und

Verbesserungsvorschläge werden von den Autorinnen gern aufgenommen.

Die online-Version steht auch im internen Bereich unter www.bzoeg.de zum Download bereit.

Dipl.-Stom. Sabine Ulonska
Landesstellenleiterin BZÖG Thüringen

Wrigley Prophylaxe Preis 2014 – Zahnprophylaxe-Initiativen für Babys, Senioren und Randgruppen ausgezeichnet

Zum 20. Mal wurde am 05. September 2014 der mit 10.000 Euro dotierte Wrigley Prophylaxe Preis verliehen. Er gehört zu den renommiertesten Auszeichnungen auf dem Gebiet der Kariesprophylaxe und prämierte erneut Arbeiten mit hohem wissenschaftlichen Niveau und praxis-tauglichem Potenzial.

Den mit 4.000 Euro dotierten ersten Preis im Bereich „Wissenschaft“ erhielt Dr. Yvonne Wagner aus der Studiengruppe um Prof. Roswitha Heinrich-Weltzien, Jena. Ihr Präventionsprogramm zur Verbesserung der Mundgesundheit bei Kleinkindern überzeugte die Jury: Es zeigt, dass frühe Beratung der Eltern plus frühe Zahnarztbesuche ab dem Durchbruch des ersten Zahnes die verbreitete frühkindliche Karies verhindern können. Für die Studie berieten Mitarbeiter des Erstbesuchsdienstes der Stadt Jena die Eltern von über 1.000 Neugeborenen der Jahrgänge 2009 und 2010 zum Thema Kariesprävention. Zusätzlich konnten die Familien an einem Präventionsprogramm teilnehmen, das regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen an der Poliklinik Jena ab dem ersten Zahn sowie eine erneute Elternberatung umfasste. Das Ergebnis: Keines der Kinder des Programms hatte mit drei Jahren Karies oder einen versorgten Zahn. Gleichaltrige Kinder, die nicht im Programm waren, hatten dagegen zu 17 % Karies und im Schnitt vier versorgte Zähne.

Den mit 3.000 Euro dotierten zweiten Preis der Kategorie „Wissenschaft“ vergab die Jury an die Arbeitsgruppe um Dr. Andreas Zenthöfer, Heidelberg. Sie kümmerte sich um die Mundgesundheit von demenzkranken Senioren in Pflegeheimen. Für ihr Projekt schulten sie das Personal in Pflegeheimen und richteten Ultraschallbäder zur Prothesenreinigung ein. Beide Maßnahmen



fürten gegenüber den Vergleichsheimen zu einer hochsignifikanten Verbesserung der Mundgesundheit.

Der dritte, mit 2.000 Euro dotierte Preis im Bereich „Wissenschaft“, ging an die Arbeitsgruppe um PD Dirk Ziebolz, Göttingen. Sie wies erstmals orale Bakterien-DNA am Herzmuskel nach, ebenso wie das LPS-Binding Protein und eine dadurch ausgelöste Stimulation von Entzündungssignalen. Die Ergebnisse weisen auf einen Kausalzusammenhang zwischen Parodontitis und Herzinsuffizienz hin. Die Jury hob zudem den außerordentlichen Aufwand hervor, den die Datenerhebung der Arbeitsgruppe abverlangte.

Den ersten Platz im Bereich „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ mit einer Prämie von 1.000 Euro erhielt ein Projekt der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheits (LAGZ), das Anregungen und Ideen für die Gruppenprophylaxe in Kitas entwickelte. Das Unterrichtswerk, erstellt vom Team um Dr. Herbert Michel, ermöglicht es Zahnärzten, Kindern auf spielerische Weise Lust auf gesunde Zähne zu machen und das Bewusstsein für Mundgesundheit und zahn-gesunde Rituale frühzeitig zu wecken.

Ein weiteres Projekt zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe bei 14-jährigen Jugendlichen wurde mit einer Ehrenurkunde

für das kreative Engagement ausgezeichnet: Die Zahnmedizinstudentin Sophie Schlegel aus Crimmitschau bei Zwickau konzipierte eine ehrgeizige Modellunterrichtsstunde bei Achtklässlern: Sie zeigte abschreckende Videos, verteilte Handouts und Give-aways und diskutierte mit den Jugendlichen über diverse Themen zur Mundgesundheit, etwa Piercing, Bleaching und Rauchen.

Anlässlich des 25-jährigen Jubiläums des Wrigley Oral Healthcare Program wurde erstmals zusätzlich der mit 2.000 Euro dotierte Sonderpreis Praxis verliehen. Er ging an Dr. Hans Ritzenhoff von der Zahnarzt-Ambulanz in Hagen. Die Ambulanz ist Teil einer karitativen Einrichtung für Randgruppen der Gesellschaft, wie etwa Bedürftige, Asylsuchende, Zuwanderer, Menschen mit psychischen Problemen oder Suchterkrankungen. Der Zahnarzt und sein Team, darunter auch unter Aufsicht praktizierende Zahnmedizinstudenten der Universität Witten-Herdecke, arbeiten dort zweimal pro Woche ehrenamtlich.

kommed

Dr. Barbara Bethcke
Ainmillerstraße 34, 80801 München
Tel. 089/38 85 99 48, Fax 089/33 03 64 03
E-Mail: bb@kommed-bethcke.de

Einladung zum ÖGD-Kongress nach Rostock

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

der 65. Wissenschaftliche Kongress des BVÖGD und des BZÖG findet vom 23. bis 25. April 2015 in der Hansestadt Rostock statt. Er steht unter dem Motto „Der ÖGD hart am Wind“. Es erwarten Sie wieder interessante Vorträge zu aktuellen Themen.

Rostock ist die größte und bedeutendste Stadt Mecklenburg-Vorpommerns. Lernen Sie das Flair der fast 800-jährigen Stadt an der Warnow mit ihrer hanseatischen Tradition kennen. Zeugnisse norddeutscher Backsteingotik finden Sie auf Schritt und Tritt im historischen Stadtzentrum: Kirchen, Klöster, Stadtmauern, Stadttore und Giebelhäuser.

Im Jahr 1419 wurde hier die erste Universität Nordeuropas gegründet. Die medizinische Fakultät gehörte zu den Gründungsfakultäten. Heute findet man neben der Universität zahlreiche renom-



Abb.: Die Rostocker Stadthalle – Tagungsort des ÖGD-Kongresses 2015

mierte Einrichtungen der Wissenschaft, Forschung und Lehre wie z. B. Leibniz-Institute, Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Fraunhofer-Institut für Grafische Datenverarbeitung.

Gehen Sie auf den Spuren von Walter Kempowski, der 1929 in Rostock geboren wurde, durch die Stadt.

Das Seebad Warnemünde lädt zu einem Spaziergang an der Ostsee ein. Der Leuchtturm, Fischerhäuser und Kreuzfahrtschiffe sind ein besonderes Erlebnis.

Sie sind auch im Namen des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern herzlich eingeladen, den ÖGD-Kongress und die Hansestadt Rostock zu besuchen.

Dr. Ute Teichert,
Vorsitzende BVÖGD
Dr. Michael Schäfer,
Vorsitzender BZÖG

Impressionen vom ÖGD-Kongress 2014 in Magdeburg

