

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



ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

53. Jahrgang / Juli 2023 www.bzoeg.de

Jugendliche und
Gruppenprophylaxe

Zusammenarbeit
beim Kinderschutz

Kommunale GBE



Gruppenprophylaxe
ganz groß

1.23

VOCO Profluorid Varnish: Erstklassig in Effektivität und Geschmack



VOCO Profluorid Varnish ist ein 5%iger Natriumfluoridlack für die effektive Fluoridierung und Zahndesensibilisierung

Fluoride sind eine unverzichtbare Säule der präventiv orientierten Zahnheilkunde. Zu den wichtigsten Methoden der präventiven Zahnheilkunde zählt deshalb die Applikation fluoridhaltiger Präparate. Ihre Funktion ist in Studien eindeutig beschrieben und belegt [1].

Das trifft auch auf das Fluoridpräparat VOCO Profluorid Varnish zu, dessen Effektivität in der Praxis von unzähligen Zahnärzten Tag für Tag bestätigt wird. So wurde beispielsweise im Rahmen einer Umfrage die Patientenzufriedenheit und die Effektivität von VOCO Profluorid Varnish im Rahmen der Behandlung von Zahnhypersensibilitäten erfragt. Bereits nach der ersten Anwendung gaben 85 % der Patienten an absolut schmerzfrei gewesen zu sein.

VOCO Profluorid Varnish ist ein kolophoniumbasierter Lack mit einem Natriumfluoridgehalt von 5 % ($\hat{=}$ 22.600 ppm Fluorid). Die freigesetzten Fluoridionen verbinden sich mit im Speichel vorhandenem Calcium zu stabilem Calciumfluorid, dies führt zu einem sicheren Verschluss der Dentintubuli. Neben dem schnellen Verschluss der Dentintubuli bewirkt Profluorid Varnish die Bildung von Calciumfluoriddepots an der Zahnoberfläche und langfristig die Förderung der Bildung von Fluorapatit, das den Zahn vor Säureattacken schützt.

Das VOCO Profluorid Varnish beigegebene Xylitol besitzt neben seiner geschmacksverbessernden Eigenschaft auch einen kariostatischen Effekt. Die Feuchtigkeitstoleranz macht VOCO Profluorid Varnish gerade in der Kinderzahnheilkunde mit Blick auf die Compliance der jungen Patienten zum Fluoridprodukt der Wahl. Es lässt sich auch dann problemlos applizieren, wenn eine Trocknung der zu behandelnden Bereiche nicht oder nur schlecht möglich ist.

VOCO Profluorid Varnish ist ein zahnfarbener Lack, der die Ästhetik nicht beeinträchtigt. Er ist in sechs angenehmen Geschmacksrichtungen erhältlich: Melone, Minze, Kirsche, Karamell, Bubble Gum, Cola Lime und Pina Colada. Mit diesen sieben raffinierten Geschmacksrichtungen kann durch die Möglichkeit zu wählen die Patientenbindung und Compliance verbessert werden.

Erhältlich ist VOCO Profluorid Varnish in Tuben (10 ml, 50 ml), in der praktischen und besonders hygienischen SingleDose sowie in 1,7 ml-Zylinderampullen. Die Anwendung des Präparates aus der Zylinderampulle eignet sich besonders im Rahmen der Reihen- bzw. Gruppenfluoridierung.



Indikationen

- Behandlung von hypersensiblen Zähnen
- Behandlung von empfindlichen Wurzeloberflächen

Vorteile

- Schnelle Desensibilisierung und Fluoridabgabe
- Ästhetischer, zahnfarbener Lack
- Feuchtigkeitstolerant
- Dünn aufzutragen, dadurch ergiebig
- Sieben Geschmacksrichtungen: Melone, Minze, Kirsche, Karamell, Bubble Gum, Cola Lime, Pina Colada
- Praktische Zylinderampulle zur effektiven Gruppenfluoridierung
- Optimal bei Vorliegen einer MIH

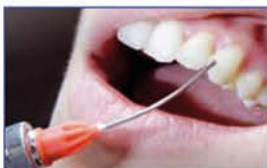
VOCO Kundenservice:

Freecall: 00 800 44 444 555
 Fax: +49 (0) 4721-719-2931
 E-Mail: service@voco.de

Einfache und ästhetische Desensibilisierung mit VOCO Profluorid® Varnish



Anwendung der Zylinderampulle



Die Vorteile der SingleDose

- Einfach, schnell und hygienisch zu applizieren
- Ohne zusätzliche Halterung verwendbar
- Auslaufsicher in jeder Position

Die Vorteile der Zylinderampulle

- Mehrfache Verwendung durch Einsatz von Einwegkanülen
- Punktgenaue Applikation
- Einfachste approximale Anwendung
- Komplette Fluoridapplikation in nur einem Zug

Praktische Zylinderampulle zur effektiven Gruppenfluoridierung

Literatur:

[1] ADA Council on Scientific Affairs, JADA, Vol. 137, August 2006

EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Landesstelle Brandenburg hatte die Freude, viele von Ihnen Ende April in Potsdam begrüßen zu dürfen.

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Wichtiger denn je!“ lautete das Motto des 72. Wissenschaftlichen Kongresses der Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Der Kongress fand vom 26. bis 29. April 2023 in der Landeshauptstadt Brandenburg statt.

Das diesjährige Motto beschrieb im Kontext der Corona-Pandemie die Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sehr gut. Ein Großteil der Kolleginnen und Kollegen war in den letzten drei Jahren in den verschiedensten Bereichen der Pandemiebekämpfung eingesetzt und hat hier einen immensen Beitrag geleistet. Das hat nicht nur die eigentliche Aufgabenwahrnehmung beeinträchtigt, sondern führte uns auch an persönliche Grenzen. Eigenschaften wie Flexibilität, Teamfähigkeit, Anpassungsfähigkeit und eine schnelle Auffassungsgabe waren erforderlich und waren auch wichtiger denn je.

Jetzt ist wieder Normalität eingeleitet. Für uns Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Gesundheitsämtern bedeutet die Wiederaufnahme der zahnärztlichen Untersuchungen und gruppenprophylaktischen Maßnahmen in Kindertagesstätten und Schulen die Rückkehr zu unseren originären Aufgaben. Die strahlenden Kinderaugen in den Kindertagesstätten, wenn Kroko gemeinsam mit den Kindern die Zähne putzt, machen die letzten Jahre schnell vergessen und geben uns viel Kraft.

Folgende Fragen beschäftigen uns



Fanny Jarick
Landesstellenleiterin der
Landesstelle Brandenburg des BZÖG

aktuell: Hat die Pandemie ihre Spuren bei der Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen hinterlassen? Gibt es motorische Defizite durch das nicht durchgeführte Zahnputztraining in der Kita? Gibt es verstärkten Aufklärungsbedarf zur Mundgesundheit und zu Ernährungsgewohnheiten?

Antworten dazu werden wir auch aus den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung erhalten. Wir werden sehen, wie „Wichtiger denn je!“ gesundheitliche Aufklärung und gruppenprophylaktische Betreuungsmaßnahmen für die Kindergesundheit sind.

Auf die Zukunft ausgerichtet war auch das zahnmedizinische Programm des Kongresses in Potsdam. Neben „neuen“ Feldern wie zum Beispiel Künstliche Intelligenz, Biolumineszenz oder steigende Mundgesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund standen klassische Themen wie Fluoride, Kariesprophylaxe und Zahnbehandlungsangst auf der Agenda.

Die wunderschöne Stadt Potsdam südwestlich von Berlin ist bekannt für ihre zahlreichen zum UNESCO-Weltkulturerbe zählenden Schloss- und Parkanlagen, für die Medienwirtschaft sowie Wissenschaft und Forschung. Mit ihrer reizvollen Lage am Wasser und der Nähe

zu Berlin verbindet Potsdam die Begriffe Tradition, Innovation, Dynamik und Lebensqualität. Potsdam ist immer eine Reise wert und sorgte auch außerhalb der Fachthemen für eine schöne Zeit.

In Brandenburg blicken wir in diesem Jahr auf 30 Jahre zahnmedizinische Gruppenprophylaxe zurück. Was im Jahr 1991 mit einem Aktionsprogramm der Spitzenverbände der Krankenkassen begann, hat 1993 mit der Unterzeichnung der „Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V“ den Startschuss für die Strukturen der Brandenburger Gruppenprophylaxe zur Umsetzung der gruppenprophylaktischen Betreuung gegeben.

Partner dieser Vereinbarung sind das Gesundheitsministerium, die Landeszahnärztekammer, die kommunalen Spitzenverbände sowie die Verbände der Krankenkassen des Landes Brandenburg. Akteure für die Umsetzung sind der Beirat für Zahngesundheit, das Büro der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe und die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter.

Diese besondere Organisationsstruktur der Brandenburger Gruppenprophylaxe hat sich fest etabliert und ist krisenfest aufgestellt. Auch nach 30 Jahren und besonders nach der Corona-Pandemie hat die Gruppenprophylaxe ihren Stellenwert als aufsuchendes sozialkompensatorisches Präventionsprogramm behalten und an Wichtigkeit nicht verloren. Wir hoffen, dass wir Ihnen Vorteile und Chancen unserer Struktur näher bringen konnten. Einen besonderen Höhepunkt erlebte der Kongress mit der Überreichung der Johann-Peter-Frank-Medaille an unseren langjährigen Vorsitzenden Dr. Michael Schäfer (a.D.). Wir gratulieren sehr herzlich zu dieser hohen Auszeichnung (siehe S. 5).

Fanny Jarick
Landesstellenleiterin der Landesstelle
Brandenburg des BZÖG

03 Editorial

Fanny Jarick, Landesstellenleiterin Brandenburg BZÖG

05 Aktuelles

Johann-Peter-Frank-Medaille für Dr. Michael Schäfer,
Pressemitteilung BVÖGD, BZÖG

Kongressbericht 2022

06 Gruppenprophylaxe bei Jugendlichen - ist das wirklich notwendig?

Uta Brix, Pantelis Petrakakis

10 Zahngesundheit in Niedersachsen: Gemeinsam zu besseren Daten

Nicola Jahn, Katharina Hesse-Jungblut, Sandra Heinrich,
Elke Bruns-Philipps, Jeanette Kluba

Bericht

12 Kinderschutz institutionsübergreifend und interdisziplinär

Angela Bergmann, Reinhard Schilke

14 Oral Health in All Policies –

Ziele für die Mund- und Zahngesundheit von Kindern
Sylvia Neubelt, Silke Riemer

17 Kongressbericht 2023 (Teil 1)

Uwe Niekusch

Bildrechte (copyright):

Titelbild: Alle Bildrechte liegen bei PRODENTE e.V.

Editorial, andere Beiträge und Artikel:

Alle Bildrechte liegen bei den jeweiligen Autorinnen und Autoren, bzw. deren kommunalen Arbeitgebern

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.23

Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ – Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

1. Vorsitzende:

Dr. Ilka Gottstein
Warteberg 27, 37327 Leinefelde-Worbis
Tel.: 0 36 06/6 50 53 80, Tel.: 01 52/09 85 52 56
Fax: 0 36 06/6 50 90 80, E-Mail: gottstein@bzoeg.de

2. Vorsitzende:

Simona Mitter
Kreis Unna, Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz, Zahnärztlicher Dienst
Platanenallee 16, 59425 Unna
Tel: 0 23 03/27 27 53, E-Mail: mitter@bzoeg.de

Geschäftsführung:

Manja Ulrich
Am Birnengarten 40, 39116 Magdeburg
Tel: 03 91/5 40 60 86, E-Mail: ulrich@bzoeg.de

Redaktion Zeitung:

Dr. Silke Riemer, M. A.
Möllhausenufer 33, 12557 Berlin
Tel.: 0176/58 67 90 58, E-Mail: riemer@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: Susanne Richter
Humboldtstraße 30, 38820 Halberstadt
Tel: 01 74/6 01 98 36, Fax: 03941/56 96 33
E-Mail: richter@bzoeg.de

Bankverbindung: Foerde Sparkasse
IBAN: DE55210501700019205558
BIC: NOLADE21KIE

Wissenschaftlicher Referent:

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

Zeitungsbearbeitung:

Dr. Angela Bergmann, Düsseldorf
Dr. Andrea Büchting, Berlin
Dr. Christoph Hollinger, Hagen

Satz und Druck:

Werbetechnik Müller, www.werbetechnik.de
Bahnhofstr. 68, 37355 Niederorschel

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: 600 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de

Johann-Peter-Frank-Medaille für Dr. Michael Schäfer

Der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) hat auf dem Wissenschaftlichen ÖGD-Kongress 2023 in Potsdam drei Persönlichkeiten die Johann-Peter-Frank-Medaille für ihr Engagement um die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland verliehen. Johann Peter Frank, im Jahr 1745 in Rodalben geboren und 1821 in Wien gestorben, war Arzt und Begründer der öffentlichen Hygiene und eines sozialmedizinischen Gesundheitsdienstes. Die Johann-Peter-Frank-Medaille ist die höchste Auszeichnung des BVÖGD, die dieser seit 1972 beim jährlichen Bundeskongress verleiht.

Alle drei haben in besonderer Weise die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Blickfeld – auch und gerade jene mit sozialer Benachteiligung. Alle drei hätten sich zudem in Gremien und Verbänden in hohem Maß sozial engagiert. „Und sie haben alle drei über viele Jahre hinweg maßgeblich zur inhaltlichen Gestaltung und damit zum Gelingen unseres jährlichen Bundeskongresses beigetragen“, so der BVÖGD-Vorsitzende Dr. Nießen.

Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues erhält die Auszeichnung für ihren jahrzehntelangen Einsatz zum Wohle von Kindern und Jugendlichen und als Leiterin des Fachausschusses Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Dr. med. Elke Bruns-Philipp hat im BVÖGD den Fachausschuss „Gesundheitsberichterstattung und Prävention“ mitgegründet und später dessen Leitung übernommen. Außerdem hat sie unter anderem als stellvertretende Bundesvorsitzende im BVÖGD gewirkt, den wissenschaftlichen Beirat geleitet und die BVÖGD-Jahreskongresse organisiert.

Als erster Zahnarzt erhält Dr. med. dent. Michael Schäfer die Medaille für seinen Einsatz um die Zahngesundheit insbesondere von Kindern und Jugendlichen. Herr Schäfer hat im Düsseldorfer Gesundheitsamt den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst entscheidend geprägt –



Abb. (v.l.n.r.): Dr. Kristina Böhm, Erste stellv. Vorsitzende des BVÖGD, Dr. Michael Schäfer, ehem. Erster Vorsitzender des BZÖG, Dr. Johannes Nießen, Vorsitzender des BVÖGD

zunächst als Leiter des Fachbereichs und in den letzten Jahren seines hauptberuflichen Wirkens als stellvertretender und kommissarischer Amtsleiter. „Mit der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe in Schulen und Kitas und durch die Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege werden vor Ort die wesentlichen Grundlagen für die Zahngesundheit im Erwachsenenalter gelegt. Hier wurden nicht zuletzt dank der engagierten und erfolgreichen Arbeit der zahnmedizinischen Kolleginnen und Kollegen in den Gesundheitsämtern in den letzten Jahren und Jahrzehnten erhebliche Fortschritte erzielt“, sagte Nießen.

In seiner Widerrede befasste sich Dr. Michael Schäfer mit dem Leben und Wirken des Namensgebers der Medaille, dem „Vater der Sozialhygiene“: „Frank verstand ‚Hygiene‘ im antiken Sinne, wo sie einerseits die individuelle Körperpflege bezeichnete, aber auch das Bemühen um gesunde Lebensverhältnisse. Seine Vorstellungen legte er in dem sechsbändigen Werk ‚System einer vollständigen medizinischen Polizey‘ nieder, wobei der Begriff ‚Polizey‘ eben nicht die Bedeutung wie heute hat. Polizey gilt mehr im Sinne von Policy, also Maßnahmenkatalog und Johann Peter Frank hat beschrieben, was der aufgeklärte absolu-

tistische Staat tun muss, um seine Bürger zu schützen. Da war viel von Verhaltensregeln die Rede, aber auch von Stadthygiene und von Umwelt (ohne diesen Begriff in seiner heutigen Bedeutung genauso zu nennen). Frank forderte Grünanlagen in den Städten, Sportunterricht in Schulen und Pausen für die Arbeiter. Vor allem plädierte er für den Aufbau eines öffentlichen Gesundheitswesens, das auf drei Säulen ruhen sollte.

1. *Verpflegung bedürftiger Kranker*
2. *Erziehung geschulter Ärzte und Wundärzte und*
3. *Erweiterung der Heilwissenschaft.*

Manche seiner Pläne konnte er umsetzen und fanden internationale Anerkennung. Er hatte aber auch Feinde und Kritiker. Die Aufklärer beschuldigten ihn, allzu sehr dem Obrigkeitsstaat nahezustehen. Mehrfach war er durch Intrigen und Verfolgung gezwungen, seine Wohn- und Arbeitsstelle zu wechseln, weil er vielleicht nach einem Leitwort des römischen Philosophen Seneca handelte, der da sagte: „Ich will dir zeigen, was den großen Herren mangelt, und was denen fehlt, die alles besitzen: Einer, der ihnen die Wahrheit sagt.“

Herr Schäfer formulierte:

„Heute liegt es an uns, Johann Peter Franks Idee eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes als wesentliche Säule des Sozialstaates zu formen und ihm Leben zu geben. Eben auch um der Wahrheit willen! Der ÖGD ist und bleibt unverzichtbar im Kampf gegen viele Krankheiten, von deren Wucht wir in den letzten Jahren überrascht, ja überwältigt wurden. Seine Worte und sein Werk verpflichten den Öffentlichen Gesundheitsdienst und damit uns in Person, immerfort die Ärmel hochzukrempeln. Johann Peter Frank hätte es für die Bürger getan. Tun wir es ihm nach. Und bleiben der Wahrheit verpflichtet.“

- so Dr. Michael Schäfer.

Uta Brix, Pantelis Petrakakis

Gruppenprophylaxe bei Jugendlichen – ist das wirklich notwendig?

Einleitung

Gruppenprophylaktische Maßnahmen haben sich seit der Neufassung von § 21 SGB V im Jahr 1989 in Gesamtdeutschland in Form einer aufsuchenden Betreuung in Kitas und Schulen etabliert. Seitdem ist die in diesem Paragraphen geregelte Finanzierung und Umsetzung der Gruppenprophylaxe (GP) eng mit der Tätigkeit Zahnärztlicher Dienste der Gesundheitsämter in Deutschland verknüpft [1]. Inhaltlich sind zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Fluoridierungsmaßnahmen, Ernährungsberatungen und Mundhygieneunterweisungen (z.B. nach der KAI-Technik) die Kernleistungen von Betreuungsmaßnahmen bei der Gruppenprophylaxe (GP). Die Epidemiologische Begleituntersuchung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ-Studie) in 2016 ergab, dass 79,0 % der 12-jährigen Sechstklässler kariesfreie, bleibende Gebisse haben. Diese Entwicklung wird u.a. auf die prophylaktischen Maßnahmen auf Individual- und Gruppenebene zurückgeführt. Im Rahmen der Erhebung der DAJ-Studie wurden im Rhein-Erft-Kreis (REK) Untersuchungen an einigen weiterführenden Schulen durchgeführt. Dabei waren, unabhängig von der geringen Kariesrate, vermehrt Defizite in der Mundhygiene durch übermäßige Plaquebildung mit teilweise ausgeprägten Gingivitiden auffällig. Es wurde auch ein hoher Aufklärungs- und Beratungsbedarf an Möglichkeiten zur Verbesserung bzw. Durchführung einer guten Mundhygiene mit adäquaten Mitteln festgestellt.

In Folge dieser Eindrücke stellte sich die Frage, wie sich die Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen weiterentwickelt. Aufgrund fehlender Ressourcen finden im REK sowohl die GP als auch die zahnärztlichen Untersuchungen regelmäßig nur bis zur vierten Klasse in der

Grundschule statt, in den weiterführenden Schulen jedoch nur in Einzelfällen, wenn auch durch § 54 Schulgesetz NRW, § 13 ÖGDG NRW und § 21 SGB V die rechtlichen Grundlagen für eine Weiterführung bieten.

Um die Weiterentwicklung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen objektiver beurteilen zu können und gleichzeitig auf den Aufklärungs- und Beratungsbedarf für eine gute Mundhygiene einzugehen, wurde im Rhein-Erft-Kreis daher das Pilotprojekt einer „Individualisierten Gruppenprophylaxe“ entwickelt [2].

Methodik des Pilotprojekts „Individualisierte Gruppenprophylaxe“

In der Implementierungsphase wurden im Schuljahr 2018/2019 insgesamt 4.674 Fünft- und Sechstklässler aus den folgenden Schulformen untersucht (Tab. 1):

- 9 von 9 Hauptschulen (HS)
- 5 von 8 Gesamtschulen (GES)
- 8 von 20 Realschulen (RS)
- 4 von 8 Gymnasien (GYM)

Die Untersuchung der Schüler erfolgte nicht im Gruppenrahmen, sondern als Einzeluntersuchung. Nach der Erhebung des Zahnstatus entsprechend der Vorgaben des Leitfadens zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung des BZÖG [3], wurde auch die Mundhygiene (MH) im Rahmen einer „Sichtdiagnos-

| | Häufigkeit | Prozent | Prozent kumuliert |
|-----------------|------------|---------|-------------------|
| Schultyp | | | |
| Gymnasium | 988 | 21,1 | 21,1 |
| Gesamtschule | 1373 | 29,4 | 50,5 |
| Realschule | 1386 | 29,7 | 80,2 |
| Hauptschule | 927 | 19,8 | 100,0 |

Tab 1: Verteilung der Untersuchungen je Schultyp

tik“, also ohne Hilfsmittel wie Anfärbetafetten oder -lösungen, unterteilt in die Kategorien gut (vollkommene Abwesenheit sichtbarer Plaque), mittel (verbesserungswürdig) und schlecht (mangelhaft), in Anlehnung an den gleichen Leitfaden erfasst. Bei Schülern mit guter MH wurden die Putzgewohnheiten erfragt und es erfolgte eine Remotivation, ggf. mit Optimierungsempfehlungen.

Bei den Kindern mit MH-Defiziten (Zahnbeläge am Gingivarand, beginnende Gingivitis/geröteter Gingivasaum etc.) erfolgte mittels Handspiegel die Demonstration der Plaqueakkumulation (Abb. 1 und 2). Dabei erfolgte die Ansprache „auf Augenhöhe“, d.h. individuell abgestimmt auf den Schüler und seinen Verbesserungsbedarf bei der Zahnpflege/MH.

Schüler mit einer verbesserungsbedürftigen/schlechten Mundhygiene und mit einem entsprechenden Aufklärungsbedarf wurden zunächst gebeten, kurz zu demonstrieren, wie sie sich die Zähne putzen. Anschließend erfolgte zusätzlich zu den vorgenannten Maßnahmen eine praktische Unterweisung mittels Zahnbürste sowie der geeigneten Zwischenraumpflege (Zahnseide, Interdentalbürsten). Hierbei wurde eine Modifika-



Abb. 1: Mittlere Mundhygiene (MH): Erklärung des Plaquebefalls



Abb. 2: Demo Plaqueakkumulation und Blutung infolge einer Gingivitis

fikation der KAI-Technik angewendet, welche darauf basiert, dass die Außenflächen im Ober- und Unterkiefer voneinander getrennt mit kleinen Kreisen, insbesondere im apikalen Drittel der klinischen Krone im Bereich des Sulcus gingivalis geputzt werden sollten.

Insbesondere wurde dabei auf die Umsetzung der Zahnbürste am Übergang der Quadranten bzw. Sextanten im Ober- und Unterkiefer geachtet, um ein zweckmäßiges Handling der Zahnbürste für eine effiziente Plaque-Entfernung in Abhängigkeit von der Führungshand zu verdeutlichen. Die Umsetzung der Führungshand wurde im rechten Frontzahn-Sextanten bei Rechtshändern und entsprechend im linken Frontzahn-Sextanten bei Linkshändern demonstriert, um das Zähneputzen in diesen Bereichen zu erleichtern bzw. überhaupt zu ermöglichen. Auch bei hoch durchbrechenden Eckzähnen wurde in diesem Zusammenhang die dazu notwendige Vorgehensweise demonstriert (Abb. 3). Bei Kindern mit festen Multi- bandapparaturen erfolgten standardmäßig Demonstrationen von Interdentälbürsten zur Reinigung des Bracketumfelds.

Die Daten wurden mittels des Programms Mikropro JZAED (Mikroprojekt, Kaiserslautern) erfasst. Die Auswertung erfolgte mit dem Excel AddIn Winstat (Robert K. Fitch, Bad Krozingen). Als statistische Tests kamen der Chi2-Test (Versiegelungen, Mundhygiene, Gingivitis), der T-Test für unverbundene Stichproben (DMF-T und Sanierungsgrad auf Geschlechterebene) sowie der Kruskal Wallis-Test für mehr als zwei Stichproben (DMF-T und Sanierungsgrad auf Einrichtungsebene) zum Einsatz.

Ergebnisse der Untersuchungen

Insgesamt standen Daten von N=4.674 Schüler*innen (n=2.322 Mädchen, 49,7 %; n=2.352 Jungen, 50,3 %) für die Auswertung zur Verfügung. Das mittlere Alter der Probanden betrug 11,7 Jahre (Min: 9,6 Jahre; Max: 15,6 Jahre). Der mittlere DMF-T lag bei 0,48 (Min: 0; Max: 14) und der mittlere Sanierungsgrad (SanGrad) betrug 72,0 % (Min: 0,0 %; Max: 100,0 %) (Tab. 2).

Im Rahmen der Auswertungen wurde festgestellt, dass es bei den Parametern DMF-T, Sanierungsgrad und Versiegelung (mindestens eine Versiegelung ja/nein) keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gab, während sich alle drei Untersuchungsparameter auf Einrichtungsebene signifikant unterschieden. Gymnasien schnitten dabei überdurchschnittlich gut ab, während in Hauptschulen fast durchweg die schlechtesten Werte beobachtet werden konnten (Tab. 2). 67,8 % der untersuchten Schüler wiesen eine gute Mundhygiene auf, wobei zu erwähnen ist, dass diese Beobachtung aufgrund der Untersuchungsmodalitäten nicht mit einer vollständigen Plaquefreiheit gleichgesetzt werden konnte, da kein Färbemittel verwendet wurde, und dadurch eine Unterschätzung des Plaquebefalls denkbar war. Bei 27,5 % der Schüler*innen wurde eine mittlere MH und bei 4,7 % eine schlechte MH festgestellt, was einem Anteil von einem insgesamt einem Drittel Probanden mit sichtbaren Belägen entsprach. Dabei lag bei den weiblichen Schülern eine deutlich bessere Mundhygiene vor. Gingivitiden

wurden bei insgesamt 7,1 % der Untersuchten festgestellt, wobei es signifikant höhere Gingivitisraten bei den Jungen gab ($p < 0,001$). Ebenfalls auffällig war die deutlich höhere Gingivitisprävalenz an Real- und Hauptschulen im Vergleich zu Gymnasien und Gesamtschulen (Tab. 3). Eine häufige Feststellung war, dass Blutungen der Gingiva im Rahmen der häuslichen Mundhygiene als Alarmsignal und als Anlass wahrgenommen wurden, die marginale Gingiva beim Zähneputzen nicht mehr zu berühren. Auch hier konnten die Betroffenen entsprechend aufgeklärt werden. Im Rahmen der Zahnputzdemonstration auftretenden Blutungen wurden zunächst im Handspiegel und anschließend auf den Zahnbürstenborsten demonstriert (Abb. 2 und 4) und die „Problemstellen“ gezeigt. Anschließend wurden die Blutungsursachen erklärt und die Kinder motiviert, sich nicht davon verunsichern zu lassen und weiterhin mit der demonstrierten Zahnputztechnik die problematischen Bereiche zu reinigen. Bei Vielen konnte beobachtet werden, dass im Bereich der Außenflächen die kreisförmigen Bewegungen der im Rahmen der GP erlernten KAI-Technik mit horizontalen Putzbewegungen kombiniert wurden. Vielfach versuchten die Probanden bei Anwendung der KAI-Systematik die Ober- und Unterkiefer-Zahnaußenflächen gemeinsam mit einer großen kreisförmigen Bewegung zu putzen.

Diskussion

Ein erster, wichtiger Eindruck aus den Untersuchungen in weiterführenden Schulen war, dass es offensichtlich einen enormen Nachholbedarf bei dem Wissen um die richtige bzw. angemessene Mundhygiene und die möglichen Hilfsmittel und ihre zweckmäßige Anwendung gibt. Gleichzeitig waren die Jugendlichen neugierig und zeigten ein großes Interesse an den Aufklärungen und Demonstrationen. Auch deckten sich die aktuellen Beobachtungen mit denen aus nationalen Untersuchungen, in welchen ebenfalls beobachtet werden konnte, dass horizontales Bürsten häufig angewendet und die

erlernte KAI-Systematik – trotz der Vermittlung der Putzmethode im Rahmen der GP – von Schüler:innen in den weiterführenden Schulformen nicht richtig angewendet wurde [4, 5]. Gerade jedoch in Bezug auf die „richtige“ Zahnputzsystematik besteht in der Literatur große Uneinigkeit [6]. Dort wird auch oftmals keine Unterscheidung in Bezug auf das Putzen von Milch- oder bleibenden Zähnen getroffen, obwohl bleibende Zähne größer als Milchzähne sind und offensichtlich die Schmelzoberfläche bleibender Zähne eine höhere Bindungsaffinität zu dentaler Plaque hat [7].

Auffallend war eine häufig bei Putzdefiziten/Plaqueakkumulation auftretende Gingivitis. In der epidemiologischen Erfassung und Messung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen liegt der Fokus weltweit im Bereich der Gesundheit der Zahnhartsubstanz und der zahnärztlichen Kariesversorgung. Der Gesundheit oraler Weichgewebe wird hingegen wenig Aufmerksamkeit geschenkt [8]. Dabei sollte die Mundgesundheit als Ganzes berücksichtigt werden, da prophylaktische Bemühungen nicht nur eine Kariesvermeidung, sondern auch die Gesundheit der oralen Weichgewebe zum Ziel haben sollten. Dies ist insbesondere aus dem Grund von hoher Wichtigkeit, da vermutet wird, dass die Etablierung eines chronischen Entzündungsgeschehens der Parodontalgewebe systemisch gesunder Probanden im Kindes- und Jugendalter ein gewisses Risikopotenzial für die Entstehung einer Parodontitis in späteren Lebensjahren beinhalten kann [8]. Dabei ist jedoch die hormonell bedingte von der Plaque-induzierten Gingivitis während der Pubertät zu trennen. Dies ist auch in der vorliegenden Untersuchung von Bedeutung, da die höchste Prävalenz des Einstiegs in die Pubertätsphase bei Mädchen mit einem mittleren Alter von 12,8 Jahren und bei Jungen bei 13,6 Jahren liegt [9] und somit eine Plaque-induzierte Gingivitis und eine Pubertäts-gingivitis in der untersuchten Kohorte durchaus parallel hätten vorkommen können. Als eine weitere Limitation kann

| | Gesamte Stichprobe | Geschlecht | | Schultyp | | | |
|------------------------|--------------------|------------|----------|----------|--------|--------|--------|
| | | Weiblich | Männlich | GYM | GES | RS | HS |
| DMF-T | 0,48 | 0,49 | 0,48 | 0,15 | 0,33 | 0,41 | 1,15 |
| | | p=0,789 | | p<0,001 | | | |
| SanGrad | 72,0 % | 74,1 % | 69,8 % | 83,1 % | 73,5 % | 81,4 % | 62,5 % |
| | | p=0,111 | | p<0,001 | | | |
| Versiege-lungen | 61,3 % | 62,0 % | 60,7 % | 64,2 % | 68,1 % | 62,3 % | 46,8 % |
| | | p=0,361 | | p<0,001 | | | |

Tab 2: Hartgewebs- und Versorgungsparameter

| | Gesamte Stichprobe | Geschlecht | | Schultyp | | | |
|--------------------|--------------------|------------|----------|----------|--------|--------|--------|
| | | Weiblich | Männlich | GYM | GES | RS | HS |
| Gingivitis | 7,1 % | 5,4 % | 8,9 % | 2,2 % | 7,1 % | 10,0 % | 8,2 % |
| | | p<0,001 | | p<0,001 | | | |
| MH gut | 67,8 % | 75,0 % | 60,6 % | 82,8 % | 71,0 % | 62,3 % | 55,2 % |
| MH mittel | 27,5 % | 22,6 % | 32,4 % | 16,3 % | 25,3 % | 32,0 % | 36,0 % |
| MH schlecht | 4,7 % | 2,4 % | 7,0 % | 0,9 % | 3,7 % | 5,7 % | 8,7 % |
| | | p<0,001 | | p<0,001 | | | |

Tab 3: Weichgewebs- und Mundhygieneparameter

aufgefasst werden, dass kein spezifischer und anerkannter Plaque- bzw. Blutungsindex angewendet wurde, sondern „lediglich“ das relativ grobe Entscheidungsraster des BZÖG-Leifadens. Dieser Umstand wurde jedoch in der vorliegenden Untersuchung als nicht relevant eingestuft, da nicht die Krankheits-schwere, sondern der grundsätzliche Pflegezustand und der allgemeine Zustand der Gingiva dokumentiert werden sollte, wozu sich der einfache BZÖG-Index relativ gut eignet.

Die 1:1-Situation bot den Schülern einen „geschützten Raum“, in dem eine individuelle Ansprache und Demonstration möglich ist, ohne dass die Jugendlichen Hemmungen haben mussten und das Aufzeigen der Defizite, die Aufklärung sowie eine Fragenstellung Peinlichkeit o.ä. hervorriefen. Zudem wurde deutlich, dass der Interessenschwerpunkt in dieser

Altersgruppe nicht auf der Zahngesundheit selbst sondern auf der Optik bzw. dem Aussehen liegt.

Ein weiterer Eindruck aus den Untersuchungen durch die Teams war, dass diese von den teilnehmenden Schulen sehr positiv aufgenommen und kooperativ unterstützt wurden.

Schlussfolgerungen

Obwohl die GP seit vielen Jahren als erfolgreiches Modell der aufsuchenden Gesundheitsvorsorge etabliert ist, zeigt auch diese Untersuchung, dass die prophylaktischen Inhalte die Adressaten offensichtlich nicht bzw. nicht gleichmäßig und nicht hinreichend nachhaltig erreichen. Zu berücksichtigen ist jedoch auch, dass für die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland nicht nur Leistungen und Beratungen innerhalb der GP, sondern auch der Individualpro-



Abb. 3: Demo zum richtigen Zähneputzen am Übergang der Quadranten sowie Blutung durch Gingivitis



Abb. 4: Blut auf den Zahnbürstenborsten nach dem Zahnputztraining infolge einer Gingivitis

phylaxe (IP) zur Verfügung stehen. Insofern ist der einfache Rückschluss auf einen Zusammenhang der beobachteten Defizite auf Versäumnisse nur zu Lasten der GP nicht haltbar. Dennoch sollte das Augenmerk in der GP (und auch der IP) darauf gerichtet werden, die Zahnputz-Methodik und auch -Systematik schrittweise an den Zahnwechsel und den Übergang vom reinen Milchgebiss ins Wechsel- und bleibende Gebiss anzupassen und von der stereotypen Vermittlung der KAI-Technik in dieser Übergangsphase Abstand zu nehmen.

Dieses Programm der „individualisierten aufsuchenden Betreuung“ erreicht alle Jugendlichen, auch die, die nicht an den IP-Programmen der niedergelassenen Zahnarztpraxen teilnehmen können oder wollen. Da dieses Projekt eine weitere Möglichkeit bietet, die Jugendlichen in geschützter Umgebung gezielt und niederschwellig für das wichtige Thema ihrer persönlichen Mundgesundheit zu erreichen, wird die individualisierte Gruppenprophylaxe im REK standardmäßig an den weiterführenden Schulen durchge-

führt. Die Umsetzung dieses Konzepts ist vor dem Hintergrund knapper personeller Ressourcen nicht einfach.

Daher muss es – auch vor dem Hintergrund einer flächendeckenden zahnmedizinischen Betreuung von Kitas, Grund- und weiterführenden Schulen – dringend zu einer Aufstockung des zahnmedizinischen Fachpersonals kommen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Uta Brix
 Fachzahnärztin für
 Öffentliches Gesundheitswesen
 Zahnärztlicher Dienst
 Gesundheitsamt
 Abteilung 53/2,
 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
 Rhein-Erft-Kreis, Der Landrat
 Willy-Brandt-Platz 1
 50126 Bergheim
 Tel: 02271/83-15359
 Fax: 02271/83-25310
 uta.brix@rhein-erft-kreis.de
 http://www.rhein-erft-kreis.de

- Literatur bei der Redaktion -

Anzeige

OctoWare® TN Zahnärztlicher Dienst

**Innovative Software
 für den zahnärztlichen
 Dienst im
 Gesundheitsamt**

es easy-soft

SOFTWARE AUS DRESDEN

easy-soft GmbH Dresden
 Fetscherstraße 32/34
 01307 Dresden

Telefon +49 351 25506-0
 Telefax +49 351 25506-10

info@easy-soft.de
 www.easy-soft.de



Mobile Datenerfassung

Befundauswertung für
 kommunale GBE

Datenschnittstellen für
 Landes-GBE

Kariesepidemiologische
 Zahnbefunderfassung

Gruppenprophylaktische
 Maßnahmen

Gutachterlicher Dienst

Leistungsabrechnung



Nicola Jahn, Katharina Hesse-Jungblut, Sandra Heinrich, Elke Bruns-Philipps, Jeanette Kluba

Jugendzahnpflege in Niedersachsen: Gemeinsam zu besseren Daten

Hintergrund

In Niedersachsen dokumentieren die kommunalen zahnärztlichen Dienste (ZäD) routinemäßig Maßnahmen der Gruppenprophylaxe (GP). Die erfassten Daten wurden bislang jährlich in zwei separaten Abfragen an das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) und die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAGJ) auf entsprechenden Vordrucken zurückgesandt. Die an das NLGA freiwillig übermittelten Angaben wurden im Rahmen der Jahrestatistik ausgewertet. Die obligatorische Übermittlung der Tätigkeiten für die GP an die LAGJ erfolgte anhand des „A-Bogens“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ). Daraus meldete die LAGJ die Daten ZäD-spezifisch an die Krankenkassen sowie kumuliert für ganz Niedersachsen an die DAJ zurück.

Bei einer gemeinsamen Bestandsaufnahme des NLGA und der LAGJ im Jahr 2016 wurde festgestellt, dass die beiden Abfragen teilweise identische Inhalte beinhalten und einigen ZäD die erforderlichen Daten zur Dokumentation und zur Beantwortung der Abfragen nicht vorlagen. Insgesamt zeigte sich Optimierungsbedarf, um zukünftig alle Möglichkeiten ausschöpfen zu können. Offenkundig wurde ein Handlungsbedarf, um perspektivisch standardisierte und damit einheitlichere und aussagekräftigere Daten zur Zahngesundheit und für die Landesgesundheitsberichterstattung (GBE) zu gewinnen. Zu diesem Zweck sollten die niedersächsischen Akteure zum Thema Mundgesundheit vernetzt sowie der Datentransfer verbessert werden. Vor allem stand aber die Arbeitserleichterung für die ZäD im Fokus. Um das Ziel, qualitativ bessere Daten bei

gleichzeitiger Arbeitserleichterung für die ZäD, zu erreichen, wurden die niedersächsischen Kommunen nach Interesse und Teilnahmebereitschaft an einer Arbeitsgruppe befragt. Die Zustimmung war groß: Von 45 Gesundheitsämtern zeigten 33 Interesse, nur drei Gesundheitsämter antworteten ablehnend. Somit wurde eine Landesarbeitsgruppe (AG ZäD) unter Leitung des NLGA eingerichtet, bestehend aus Vertreter*innen der ZäD, der LAGJ sowie einer Vertreterin des BZöG und der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens. Die AG ZäD tagte Ende 2016 zum ersten Mal und machte sich mit fünf Kernaufgaben auf den Weg:

1. *Einen neuen, gemeinsamen Datendokumentationsbogen zu erarbeiten,*
2. *eine entsprechende Arbeitsrichtlinie zu entwickeln,*
3. *eine landesweite GBE auszubauen sowie die kommunale GBE zu unterstützen,*
4. *eine Datenschnittstelle für die Softwareanbieter (Fachanwendung) zu erstellen und*
5. *den regelmäßigen Austausch zwischen den Mitgliedern der AG ZäD zu ermöglichen.*

Über die niedersächsische Initiative und den aktuellen Stand wurde in einem Vortrag auf dem BVÖGD-Kongress im Jahr 2022 in Magdeburg berichtet. Im Folgenden werden die damals präsentierten Inhalte und neuere Erkenntnisse vorgestellt.

Projektbeschreibung und angewandte Methoden

Entwicklung der Arbeitsmaterialien

Primäres Ziel der AG ZäD war die Zusammenführung der bisherigen Abfra-

gebögen. Bis zum Abschluss des gemeinsamen Dokumentationsbogens (Dokumentationsbogen für den Jugendzahnärztlichen Dienst in Niedersachsen (DJN)) tagte das Gremium zehnmal halbjährlich. Von Treffen zu Treffen wurden zu einzelnen Items Lösungen entwickelt und diskutiert, um sie dann gemeinsam anzunehmen. Stets unter Berücksichtigung, dass die Erfassung der obligatorischen Daten für die DAJ sowie für die Krankenkassen sichergestellt ist. Parallel wurden erläuternde Dokumente (Arbeitsrichtlinie und Schnittstellenbeschreibung [DJN-zu-Fachanwendung/Software ZäD]) entwickelt, welche knapp nach dem DJN finalisiert werden konnten.

Einführung und Schulung

Um den DJN vorzustellen und die Kolleg:innen der ZäD zu diesem zu schulen, fand im April 2022 eine Zoom-Veranstaltung von der LAGJ und dem NLGA statt. In dieser Schulung wurden Neuerungen erläutert und über die praktische Anwendung des DJN informiert. An dieser Stelle konnte auch die E-Learning-Plattform Moodle und das konzipierte Selbstlernmodul zum DJN eingeführt werden. Die praktische Einheit zum Ausfüllen des DJN sollte getrennt von der Veranstaltung stattfinden, um den Kolleg:innen zu ermöglichen, die Übung angepasst an die individuell verfügbare Zeit bearbeiten zu können. Die Veranstaltung fand eine positive Resonanz; nur drei niedersächsische ZäD konnten aus personellen Gründen nicht teilnehmen. In diesem Rahmen bot sich dem NLGA die Möglichkeit, die GBE als Partnerin bei der zukünftigen Berichterstattung zur Zahngesundheit vorzustellen. Das Format des Selbstlernkurses fand bei den Personen im ZäD, die in der Pandemie in anderen Bereichen eingesetzt wurden, gutes Feedback.

Moodle-Schulung

Ziel

Souveräne Anwendung neuer Materialien & Transparenz, um alle Personen für das Projekt „Bessere Daten“ zu gewinnen und für anstehenden Arbeitsschritte zu motivieren.

Inhalte

„Rund um das Schulungsangebot“: Vorstellung der AG ZäD, der beteiligten Akteure (u.a. Softwarefirmen) und Erläuterung der Arbeitsmaterialien (DJN, Arbeitsrichtlinie und Schnittstellenbeschreibung)

„Einführung in die Tabellen des DJN“: Detaillierte Erklärung des DJN

„Übung“: Neu gewonnenes Wissen in einer Praxiseinheit anhand fiktiver Daten anwenden und das Ausfüllen des DJN ausprobieren und üben

„Historie & Zukunft“: Hintergrundinformationen und Projektskizze

Ergebnisse und Schlussfolgerung

DJN

Durch die Veranstaltung, die Online-Schulung und den stets möglichen persönlichen Austausch bei den Akteuren der ZäD sind die Arbeitsunterlagen erfolgreich eingeführt worden. Sie sind auf der NLGA-internen Website für angemeldete Personen der niedersächsischen Gesundheitsämter zentral verfügbar.

Die erste Abfrage mit dem neuen DJN fand für das Schuljahr 2021/2022 als Probejahrgang im Anschluss an die Online-Veranstaltung statt. Es war im Voraus mit allen Akteuren geklärt worden, dass (qualitativ) limitierte Datenlieferungen akzeptiert sind. Erwartungsgemäß nahm die Häufigkeit der DJN-bezogenen Anfragen durch die beteiligten Personen der ZäD im Folgenden dennoch zu. Unklarheiten wurden in Kooperation von LAGJ und NLGA rasch beseitigt, die vereinbarten Lösungen in einer Frage & Antwort-Liste (FAQ-Liste) zusammengefasst, um die Vereinbarungen für allen Anwendenden verfügbar zu halten. Bekanntgewordene Unsicherheiten, Er-

kenntnisse und eigene Analyseergebnisse werden Gegenstand einer weiteren Veranstaltung im 2. Quartal 2023 sein.

Die Bearbeitung des ersten Probejahrgangs zeigt die besondere Bedeutung des Formats der Ergebnisübermittlung. Wurden vormals die aggregierten Abfrageergebnisse auf postalischem Wege, per Fax oder als E-Mail-Anhang übersandt und zur Verfügung gestellt, werden die Ergebnisse derzeit im digital ausfüllbaren DJN bereits medienbruchärmer an das NLGA übermittelt. Zukünftig ist geplant, den Datenexport direkt aus der Fachanwendung als Einzeldatensatzexport an das NLGA zu ermöglichen.

Arbeitsrichtlinie

Die den DJN erläuternde Arbeitsrichtlinie enthält alle für die Bearbeitung notwendigen Informationen und stellt vorrangig eine Ausfüllhilfe für die Mitarbeitenden der ZäD dar, soll aber auch einen leichten Einstieg in die Dokumentation und Nutzung des DJN bieten. Diese Arbeitsrichtlinie orientiert sich an dem „Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste in Niedersachsen“ (2011) sowie den „Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (2019).

Schnittstellenbeschreibung

Die entwickelte Schnittstellenbeschreibung soll dem Austausch und der Kommunikation zwischen Landes- und kommunaler Ebene sowie den Softwareanbietern dienen. In dieser sind die zur Bearbeitung und Beantwortung des DJN notwendigen Items aufgeführt, welche von den Softwarefirmen obligatorisch in der Fachanwendung abzubilden sind. Die Umsetzung der volldigitalen Datenverarbeitung der Arbeit der ZäD ist priorisiertes Ziel in den nächsten Entwicklungsphasen.

Lessons Learned & weiteres Vorgehen

Der souveräne Umgang mit dem DJN soll den ZäD umfassender z. B. durch Schulungen nahegebracht sowie die Anwendung der Arbeitsunterlagen z. B. durch regelmäßigen Austausch bekannter gemacht werden. Dazu bedarf es einerseits weiterer Akzeptanzsteigerung bei den Kolleg:innen, andererseits der Verringerung unterschiedlicher limitierender

Faktoren vor Ort. Insbesondere neuen Mitarbeitenden soll über die Materialien ein unkomplizierter Einstieg in die Arbeit der ZäD möglich gemacht werden.

In naher Zukunft steht die Evaluation der Arbeitsrichtlinie und des DJN an. Hierbei ist vor allem die Ergänzung der Arbeitsrichtlinie durch ein Kurzformat („Spickzettel“) angedacht, um das Dokument übersichtlicher und dadurch verständlicher zu gestalten und darüber die Kommunikation in den einzelnen ZäD und zwischen verschiedenen Fachbereichen in den Gesundheitsämtern und ZäD auf eine gemeinsame Basis zu stellen.

Aus der AG ZäD heraus haben sich Teilnehmer*innen für eine „Unterarbeitsgruppe GBE“ gefunden, welche sich schwerpunktmäßig mit der zukünftigen Auswertung und möglichen Berichtsformaten beschäftigt. Derzeit ist von der GBE geplant, einen ersten Landesbericht auf Grundlage der neuen Datenerhebung im Jahr 2025 zu veröffentlichen. Für die eigene Berichterstattung stehen den ZäD ihre Ergebnisse bereits jetzt zur Verfügung.

Das Thema Zahngesundheit wird kontinuierlich von der LAGJ und dem NLGA auf politischer Ebene bewegt und der Öffentlichkeit bekannter gemacht. Mit der Aufnahme einer pflichtigen Teilnahme von Schulkindern an der zahnärztlichen Untersuchung im Rahmen der Gruppenprophylaxe in das Niedersächsische Schulgesetz (NSchG) ist ein Meilenstein erreicht. Der Wegfall der notwendigen Einverständniserklärung hat die Teilnahmebereitschaft bereits jetzt merklich erhöht. Ein nächstes Anliegen ist, dies auch für den vorschulischen Bereich zu erreichen.

Sprechen Sie uns gerne an, wenn auch Sie sich auf den Weg zu besseren (Zahngesundheits-) Daten befinden und darüber an einem Erfahrungsaustausch interessiert sind!

Korrespondenzadresse:

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)

Nicola Jahn, Dipl.-Dok./MSc PH
Gesundheitsberichterstattung
Roesebeckstr. 4-6, 30449 Hannover
Tel.: 0511 4505 – 135

Nicola.Jahn@nlga.Niedersachsen.de

- Literatur bei der Autorin -

Angela Bergmann, Reinhard Schilke

Kinderschutz institutionsübergreifend und interdisziplinär

Am 31.08.2022 traf sich der Gruppenprophylaxezykel nach pandemiebedingter Pause das erste Mal wieder live im Gesundheitsamt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz in der Zahnmedizin stand im Mittelpunkt des gesamten Treffens.

Demgemäß fanden sich neben den Mitgliedern im Gruppenprophylaxezykel wie den Kariesprophylaxeberaterinnen der Aktion Zahngesundheit, den zahnmedizinischen Fachangestellten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten aus dem Gesundheitsamt und aus den niedergelassenen Praxen der Landeshauptstadt sowie der Bezirksstelle Düsseldorf der Landeszahnärztekammer Nordrhein und der Gruppenprophylaxebeauftragten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein (KZV) auch Mitarbeitende aus anderen Fachbereichen des Gesundheitsamtes und aus der Universität Düsseldorf. Das gemeinsame Ziel der Fortbildung war die interdisziplinäre Verständigung und der Wissenstransfer zum Thema Kinderschutz in der Zahnmedizin. In der Gruppe der Teilnehmenden waren daher neben den in der Zahnmedizin und/oder Gruppenprophylaxe Tätigen aus Praxis und ÖGD auch Kinderärzt:innen aus dem Sachgebiet Kinder- und Jugendgesundheit im Gesundheitsamt und der Universität Düsseldorf, Bereich Versorgungsforschung im Kindes- und Jugendalter, eine Gesundheitswissenschaftlerin aus dem Bereich Versorgungsforschung, Kinderkrankenschwestern aus dem Bereich Sozialpädiatrie und Kinderjugendgesundheit im Gesundheitsamt sowie Fachkräfte für Kinderschutz aus dem Gesundheitsamt zusammengelassen.

Referenten aus Hochschule und Öffentlichem Gesundheitsdienst

Geladen waren zwei Referenten aus der Medizinischen Hochschule Hannover

(MHH), Dr. Reinhard Schilke, und aus dem Öffentlichen Gesundheitswesen Dr. Pantelis Petrakakis, Leiter des Zahnärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises (REK).

Dr. Petrakakis eröffnete die Fortbildung mit seinem Bericht über das Konzept (Stufenmodell) des zahnärztlichen Dienstes des REK, welches angelehnt an das Vorgehen nach § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) entwickelt wurde. Die Ziele des standardisierten Stufenmodells sind die zeitnahe zahnärztliche Versorgung der betroffenen Kinder, die Konkretisierung des Verdachts einer Kindeswohlgefährdung bei „Dental Neglect“ und die Weitergabe der Information an das zuständige Jugendamt.

Im Rahmen der aufsuchenden zahnärztlichen Reihenuntersuchung werden Kinder mit erheblichen oralen Befunden und/oder dem Verdacht auf dentale Vernachlässigung im Rhein-Erft-Kreis im Rahmen des Konzepts gesondert erfasst. Die Erziehungsberechtigten dieser Kinder werden persönlich angeschrieben und aufgefordert, die mundgesundheitliche Beeinträchtigung Ihres Kindes beheben zu lassen. Die Nachverfolgung der Inanspruchnahme von Zahnbehandlung für die Kinder ist engmaschig, sie erfolgt bei Unterlassung in drei standardisierten Stufen bis zur Meldung ans Jugendamt wegen begründetem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.

Eltern gehen aus unterschiedlichen Gründen nicht mit ihren Kindern zum Zahnarzt

Dr. Petrakakis schilderte, dass Eltern aus unterschiedlichen Gründen nicht mit ihren Kindern zum Zahnarzt gehen, nicht jedes Kind mit Karies erlebt eine Kindeswohlgefährdung. Häufig spielten Fak-

toren wie sprachliche Barrieren, mangelnde Bildung, Angst vor Kosten oder Zahnarztangst der Eltern eine Rolle. Auch in diesen Fällen sei es wichtig, mittels gezielter niederschwelliger Ansprache und Aufklärung durch die Zahnärzt:innen selbst, Lotsen oder Vermittlern aus Schule und städtischen Institutionen die Eltern dazu zu bewegen, ihre Kinder zahnärztlich behandeln zu lassen. Das ist nicht immer angenehm, Eltern fühlen sich persönlich angegriffen und reagieren dementsprechend, schilderte Dr. Petrakakis. Im Gespräch könne man aber häufig die Missverständnisse oder Konflikte ausräumen, die meisten Eltern ‚wollten für ihre Kinder nur Gutes‘. Mittels mehrsprachiger Informations- und Aufklärungsbögen könne man manche Sprachbarriere überbrücken, betonte er.

Bei den wenigen Eltern, die ihren Kindern den Zugang zu einer zahnärztlichen Versorgung tatsächlich verweigern, sei eine präzise Dokumentation und entschlossenes Handeln für das Wohl des Kindes wichtig. Bei Unsicherheit empfahl er den zahnärztlich Tätigen den Kontakt mit speziell ausgebildeten Fachkräften für Kinderschutz, diese findet man unter anderem bei den Pädiater:innen oder den Mitarbeitenden bei der Sozialpädiatrie im Kinderschutz im Gesundheitsamt oder bei den Frühen Hilfen im Jugendamt. Kooperationsverträge helfen bei der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Dr. Reinhard Schilke, beteiligt bei der Erstellung der Kinderschutzleitlinie aus dem Jahr 2018, referierte anschließend über das Thema ‚Die S3-Leitlinie im Kinderschutz, Handlungsempfehlungen für Mitarbeitende im Kinderschutz‘. Mit seinem ausführlichen Überblick über die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Elternschaft, die Formen und Häufigkeit von Kindesmisshandlung, dem Versuch

der Definition von Vernachlässigung, den Risikofaktoren für Kindesmisshandlung, den gesetzlichen Regelungen zum Kinderschutz und ihrer Umsetzung in der Kinderschutzleitlinie lieferte er allen Beteiligten einen umfassenden Einblick in das Thema. Kindesmisshandlung im zahnmedizinischen Fachbereich umfasse die körperliche Misshandlung und die Vernachlässigung, ab dem Jahr 2020 sei auch die psychische Vernachlässigung als neuer Parameter bei der Misshandlung mit aufgenommen worden, erläuterte er. Im Zuge des ersten Jahres in der Pandemie sei es laut Statistischem Bundesamt 2021 zu fast 10 % mehr Fällen von Kindeswohlgefährdungen gekommen. Jedes dritte betroffene Kind war jünger als fünf Jahre, die Vernachlässigung sei am häufigsten aufgetreten. Zum Begriff der Vernachlässigung klärte er auf, dass diese ‚andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns durch sorgeverantwortliche Personen, welche zur Sicherstellung der seelischen und körperlichen Versorgung des Kindes notwendig wäre‘, sei. Gemäß Schone et al. aus dem Jahr 2007 zitiert er: „Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige und seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen.“

Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige und seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen.

Dentale Vernachlässigung ist ein chronischer Mangel hinsichtlich der Gesundheitsversorgung, einer ausgewogenen Ernährung und der Hygiene.



Abb.: Dr. Reinhard Schilke (Medizinische Hochschule Hannover), Dr. Angela Bergmann, (Gesundheitsamt der LHD), ZÄ Annabelle Dalhoff-Jene (KZV Nordrhein), Dr. Karin Bode-Haack (ZÄK Nordrhein), Dr. Pantelis Petrakakis (REK), (v.l.n.r.).

Ein daraus ableitbarer, chronischer Mangel hinsichtlich der Gesundheitsversorgung, der Ernährung und der Hygiene könne man insofern aus zahnmedizinischer Sicht als Richtschnur für eine Definition der dentalen Vernachlässigung formulieren. Das bedeute konkret, dass die Eltern ihre Fürsorgepflicht in diesen Punkten nicht ausreichend wahrnehmen. Gesundheitliche Probleme werden nicht bemerkt oder falsch eingeschätzt, Früherkennungs- oder Vorsorgeuntersuchungen nicht angenommen oder die Gesundheit werde durch fahrlässiges Verhalten in Bezug auf die Ernährung und die Mundhygiene gefährdet.

Die Beurteilung eines solchen Verhaltens unterliege kulturellen Standards und gelte nicht unwidersprochen als Kindesmisshandlung, zitierte er aus dem im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angesiedelten Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen und dem Kinderschutz-Zentrum Berlin.

Gerade in der Coronapandemie ist es im Zuge der Schließung von Bildungseinrichtungen oder Homeoffice vermehrt zu einer Überforderung der Eltern gekommen, die als häufigste Ursache für eine Vernachlässigung angesehen wird.

Das Evidenzlevel zu Studien, die Kariesprävalenz mit Vernachlässigung korrelieren, ist heterogen und wurde im Leitlinienbeschluss genau analysiert, berichtet er. Dennoch existieren Daten, die aufzeigen, dass unbehandelte, kariöse Zahnflächen ein Zeichen für Vernachlässigung sein können. Die Kinderschutzleitlinie bewertet es als einen wichtigen Anhaltspunkt für eine Vernachlässigung, wenn Eltern/Personensorgeberechtigte ihren Kindern eine indikationsgerechte zahnärztliche Behandlung vorenthalten, nachdem Sie über die Art und das Ausmaß der Karies, den Nutzen einer Behandlung und den Zugang zu diesen Behandlungsoptionen informiert wurden. Außerdem wird bei kleineren Kindern eine fehlende Unterstützung durch die Eltern bei der täglichen Mundhygiene als Hinweis auf eine Vernachlässigung angesehen.

Handlungsempfehlungen zur dentalen Vernachlässigung

Die Einschätzung von dentaler Vernachlässigung gehöre jedoch in fachkundige Hände, betonte er, das sei nicht so einfach. Es gäbe gemäß Kinderschutzleitlinie eine Empfehlung mit starkem Konsens und Empfehlungsgrad A, die

besagt, dass ,es keinen Grenzwert für die Anzahl kariöser Zähne oder keine anderen spezifischen Erkrankungen gäbe, die zwangsläufig zu der Diagnose Vernachlässigung führen würde⁴. Alle Regelungen zu Rechtsgrundlagen und zum Vorgehen bis zum rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 des Strafgesetzbuches (StGB) seien u.a. im Bundeskinderschutzgesetz, im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz und in der Kinderschutzleitlinie niedergelegt. Abschließend erläuterte er nochmal im Detail das Vorgehen gemäß § 4 KKG im Einzelnen und rief insbesondere die Kolleginnen und Kollegen, die Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen (mit-)durchführen auf, sich in Bezug auf Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch zu sensibilisieren, interdisziplinäre Netzwerkarbeit mit beteiligten Professionen zu etablieren und zu

pflügen sowie sich in diesen Themenbereichen fortzubilden.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten bei diesem intensiven Treffen die Möglichkeit, bei dem zahnmedizinischen Experten für Kinderschutz anhand von präzisen Definitionen, anschaulichen Bildern und dem reichen Erfahrungsschatz im zahnmedizinischen praktischen Kinderschutz, auch im Austausch mit den Behörden, zu lernen. Der Einblick in die Tätigkeit des auskunftsfreudigen Zahnarztes aus der MHH, der in den Fachrichtungen interdisziplinär auch als versierter Vermittler bekannt ist, sowie des Fachzahnarztes für ÖGD Dr. Petrakakis aus dem REK, bestärkte alle Teilnehmenden aus Universität, Gesundheitsamt, niedergelassenen Praxen, Zahnärztekammer und KZV im gemeinsamen Denken und Handeln für das Kindeswohl.

Korrespondenzadresse:

Gesundheitsamt Düsseldorf,
Zahnärztlicher Dienst
Dr. Angela Bergmann
Sachgebietsleitung

Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt
Zahnärztliche Gutachten und Hilfen,
Kariesprophylaxe
Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf

Tel. +49-(0)211-89-92641
Tel. mobil +49-(0)1731844356
Fax +49-(0)211-89-29838
angela.bergmann@duesseldorf.de

- Literatur bei den Autoren -

Sylvia Neubelt, Silke Riemer

Oral Health in All Policies – Ziele für die Mund- & Zahngesundheit von Kindern

Am 1. Dezember 2022 hat die Leitungsrunde, das oberste Entscheidungsgremium der Berliner Landesgesundheitskonferenz (LGK), Ziele für die Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in einem Beschluss verabschiedet (Tab. 1).

Einleitung

Die Entwicklung dieser Gesundheitsziele ist eingebettet in einem 2004 in Berlin aufgenommenen und seit 2006 gesetzlich verankerten Public Health Prozess mit dem Namen Landesgesundheitskonferenz. Die Mitglieder der LGK werden durch das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats berufen. Derzeit zählt sie 34 Berliner Institutionen und Verbände. Andere Bundesländer nutzen diese sektorübergreifende Koope-

rationsform mit Steuerung durch die jeweilige Landesregierung schon seit den 1990er Jahren. Dazu zählen Nordrhein-Westfalen (NRW), (1991), Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt (1998). Hauptanliegen der Landesgesundheitskonferenzen ist die Förderung guter Bedingungen für gesundes Leben, für die Gesundheitsversorgung und den Gesundheitsstatus der Bevölkerung. Akteurinnen und Akteure aus Gesundheitswesen, Politik, Verwaltung, Bildungswesen und weiteren relevanten Bereichen nehmen mit ihren Expertisen und Verantwortungsbereichen an der gemeinsamen Arbeit in fachübergreifenden Gremien teil. Die Umsetzung der Gesundheitsziele basiert auf der Selbstverpflichtung der Mitglieder. Von den politisch Verantwortlichen werden eine strukturelle Unterstützung und eine thematische Wei-

chenstellung erwartet. Damit ist die jeweilige Landesregierung der Hauptadressat für die Empfehlungen der LGK. So hat zum Beispiel die LGK Nordrhein-Westfalen 2005 das "Landespräventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität" als Handlungsgrundlage verabschiedet. Zwölf Jahre später wurde in NRW auf der 26. LGK 2017 die neue Kooperationsform „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ gegründet. Mecklenburg-Vorpommern setzte sich 2008 mit dem Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention das hochgesteckte Ziel Gesundheitsland Nummer 1 zu werden, siehe www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de. Auf Bundes- und Länderebene finden sich weitere Verbände und Arbeitsgemeinschaften, welche Public Health Aktivitäten initiieren und

koordinieren. Ein großer Vertreter ist der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Dieser wurde 2003 auf Initiative der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ (BZgA) zunächst mit dem Namen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Die Mitglieder des Verbundes setzen sich dafür ein, dass Menschen, die in Ihrem sozialen Kontext geringere gesundheitliche Bedingungen vorfinden, wirksamere und ertüchtigende Präventionsmaßnahmen zuteilwerden. Dafür sollen die Transparenz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, deren Qualität und die Zusammenarbeit der Akteure verbessert werden. Darunter wird auch eine ressortübergreifende Zusammenarbeit in Bund, Ländern und Kommunen im Sinne des „Health in All Policies“ verstanden, was bezüglich der Empfehlungen zur Mund- und Zahngesundheit der Berliner LGK im Titel des Beitrags und in der Zielmatrix aufgegriffen wurde. Die Maßnahmen der Akteure sollen u.a. als „Präventionskette“ gestaltet werden.

Alle 16 Bundesländer verfügen über eine Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Der Verein Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. fungiert als Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes. Dort werden die Aktivitäten der Bundesländer präsentiert, der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ gelenkt und Beispiele guter Praxis (Good Practice) vorgestellt. Dem Verbund gehören aktuell 75 Partnerorganisationen an, darunter auch der Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Bundeszahnärztekammer und die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen.

Eine entscheidende Erneuerung erfuhr die Koordination und Finanzierung präventiver Maßnahmen für die Bevölkerung im Jahr 2015 mit dem Präventionsgesetz, dessen Umsetzung in den Bundesrahmeneempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) nach § 20d Absatz 3, Sozialgesetzbuch V (SGB V) vom 19. Februar 2016 näher ausgeführt wurde.

Seither wurden in den einzelnen Bundesländern entsprechende Landesrahmenvereinbarungen unterzeichnet, z. B. in NRW 2016 und in Berlin 2018. Die NPK möchte ebenfalls mit Präventionsketten gesundheits- und sicherheitsförderliche Angebote an den Übergängen der kindlichen Entwicklung bis zum Einstieg ins Erwachsenenalter miteinander verzahnen. Das kann auch über kommunale Zuständigkeiten hinweg erfolgen. Bereits bestehende Strukturen und Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten, wie z.B. die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V, sollen dabei berücksichtigt werden.

Der Präventionsbericht 2022 der GKV für das Rechenschaftsjahr 2021 weist aus, dass 147,5 Mio. Euro für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in „Lebenswelten“, wie Bildungs- und Freizeiteinrichtungen ausgegeben wurden. Das entspricht 2,01 Euro je Versicherten, was noch etwas unter der gesetzlichen Vorgabe von 2,27 Euro liegt. Von den finanziellen Mitteln profitierten vor allem Versicherte in Kitas, Grundschulen und weiterführenden Schulen. Bezogen auf einzelne Einrichtungsarten hatte das erhebliche Dimensionen. Bundesweit erhielten 10.417 Kitas, 10.606 Grundschulen und 8.128 weiterführende Schulen gesundheitsfördernde Maßnahmen. Mehr als ein Viertel der Maßnahmen, jeweils 28 %, fanden in Kitas und Grundschulen statt, welche in sozialen Brennpunkten liegen. Das ist durch § 20, Absatz 1 SGB V als Beitrag der Krankenkassen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen vorgegeben. Die Maßnahmen in 2021 waren zu einem großen Anteil auf die Gesundheitskompetenz des pädagogischen Personals ausgerichtet.

Gesund aufwachsen

Der Gesundheitszieleprozess für Kinder und Jugendliche in Berlin steht seit 2007 unter dem Motto „Gesund aufwachsen“ und wird von der gleichnamigen Arbeitsgruppe vorangebracht. Die Moderation und Organisation der Arbeitsgruppen der

Berliner LGK obliegt der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, welche aus Mitteln der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege finanziert wird. Wie bei der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit fungiert der Verein Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. als Träger. Hier befinden sich folglich Organisationen der BZgA und LGK unter einem Dach.

Als wesentliche Zielvorgabe der Arbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“ in Berlin wurde 2007 formuliert und bis heute fortgeschrieben: „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“. Folgende drei thematische Schwerpunkte, im weiteren Verlauf Handlungsfelder genannt, waren von Anfang an dabei: „Bewegung“, „Ernährung“ und „Sprachentwicklung“. Im Jahr 2017 konnte der Gesundheitszieleprozess um vier weitere Handlungsfelder erweitert werden. Dazu zählen „Impfen“, „Lebenskompetenzen“, „Psychische Gesundheit und Suchtprävention“ sowie „Mund- und Zahngesundheit“. Für die Handlungsfelder „Bewegung“ und „Lebenskompetenzen“ wurden 2021 Zielmatrices mit einzelnen Teilzielen formuliert und verabschiedet, für das Handlungsfeld „Mund- und Zahngesundheit“ ein Jahr später. Die tabellarische Form der Zielmatrices erlaubt es, neben Teilzielen auch die Maßnahmen, die Adressaten, relevante Akteure, Indikatoren und Zeitvorgaben zu benennen. Sie können die jeweiligen Zielmatrices einsehen unter dem Link:

<https://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/gesund-aufwachsen>

Gesund aufwachsen ist eine prägnante Zielformulierung, welche für diese Lebensphase im Public Health Bereich bundesweit implementiert ist. Auch die genannten Handlungsfelder finden sich dort vielfach wieder. Bezogen auf andere Bundesländer werden hier beispielhaft Gesundheitsziele in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern aufgeführt.

In Sachsen-Anhalt zählt dazu u.a.:

„Verbesserung der Zahngesundheit bei

der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt“ (1998).

Gesundheitsziele für Mecklenburg-Vorpommern für die Lebensphase „Gesund aufwachsen“ lauten u.a.: „Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung“, „Verbesserung der Mundgesundheit / Steigerung des Anteils von Kindern und Jugendlichen mit kariesfreien Gebissen“ (2020). In den Bundesrahmenempfehlungen der NPK werden diese Handlungsfelder ebenfalls hinterlegt, mit der Ausnahme von Sprachentwicklung und Mund- und Zahngesundheit, welche jedoch von der GKV als weitere Themen gefördert werden können.

Zielematrix Mund- & Zahngesundheit

Die Berliner LGK hat auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung herausgearbeitet, dass ein noch zu hoher Anteil der Kinder im Kita- und Grundschulalter an Karies erkranken und bereits in diesen Lebensphasen nicht mehr über ein naturgesundes, kariesfreies Gebiss verfügen. Diese Kinder profitieren bisher nicht ausreichend von den vorhandenen Präventionsmaßnahmen. Die frühkindliche Karies (Karies im Milchgebiss im Alter von 0 bis 5 Jahren) wird als gesundheitliches Problem hervorgehoben.

Die LGK spricht sich deshalb für die Etablierung des täglichen Zähneputzens in allen Kitas und Grundschulen aus. Darüber hinaus soll das Präventionsprogramm "Kita mit Biss" in der Kindertagespflege flächendeckend Verbreitung finden. Es beinhaltet u. a. das angeleitete, tägliche Zähneputzen mit fluoridierter Zahnpasta.

Die Stärkung von Gesundheitskompetenzen wird in vielfacher Hinsicht berücksichtigt, zum einen durch einen Fachteil „Mundgesundheitsförderung“ in den Lehr- und Ausbildungsplänen von Fachschulen/ Fachhochschulen für Sozialpädagogik, für Hebammen und in den Ausbildungscurricula für Kindertagespflegepersonen, zum anderen durch ein Basislernelement „Zahn- und Mundgesundheit“ für den Bereich Gesundheitsförderung im Kita- und Schulalltag zur Entwicklung selbständiger Gesundheits-sorge von Kindern.

Außerdem ist geplant, Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung

für die Mundgesundheit ihrer Kinder bereits ab der Schwangerschaft zu unterstützen.

Außergewöhnliche Lebenssituationen finden insofern adäquate Beachtung, als dass die gemeinsame Präventionsarbeit auf besonders belastete Sozialräume und Regionen gelenkt werden soll. Auch die Vernetzung mit anderen Akteuren u.a. zum Thema „Vermeidung und Bewältigung von Frühkindlicher Karies“ wird in diesem Zusammenhang als wesentlich angesehen.

Abschließend empfiehlt die LGK den Stellenwert von Zahn- und Mundgesundheit in allen relevanten Politikfeldern zu erhöhen, kurz gesagt „Oral Health in All Policies“.

Zusammenfassung

Berlin reiht sich seit 2022 in die Gruppe der Bundesländer ein, die sich Ziele für

die Mund- und Zahngesundheit der Bevölkerung setzen. Mit den Empfehlungen der Zielematrix Mund- und Zahngesundheit wird es möglich, Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche zu erhöhen und Benachteiligung abzubauen. Berlin hält damit einem Vergleich mit den Präventionsvorhaben anderer Bundesländer stand. Die Inhalte liegen im Kanon der gegenwärtigen Public Health Vorgaben.

Damit ist auch die Hoffnung verbunden, dass in möglichst allen relevanten Politikfeldern die notwendigen Weichen gestellt und die Ziele durch möglichst alle beteiligten Akteure unterstützt werden

Korrespondenzadresse:

Dr. Silke Riemer
 Fachzahnärztin für
 Öffentliches Gesundheitswesen
riemer@bzoeg.de

- Literatur bei den Autorinnen -

| Nr. | Teilziele | Maßnahmen |
|-----|--|--|
| 1 | A Etablierung des täglichen Zähneputzens in allen Kitas | Schaffung materieller Voraussetzungen Schaffung eines zeitlichen Fensters für das Zähneputzen im Kitaalltag; Schulung des pädagogischen Personals; Präzisierung des Berliner Bildungsprogramms um den Passus des täglichen, gemeinsamen, angeleiteten Zähneputzens; Aufnahme des Zähneputzens in das Kitakonzept; Etablierung als Qualitätsmerkmal bei der externen Evaluierung von Kitas. |
| | B Etablierung des täglichen Zähneputzens in Grundschulen | Integration eines Zahnputzraumes in bestehende Grundschulgebäude und in Baupläne für Neubauten in der Nähe der Mensa (Masterplan, Ausschreibung), da die zwei regulär vorhandenen Waschbecken im Toilettenvorraum für die Maßnahme unzureichend sind; Schaffung eines zeitlichen Fensters für das Zähneputzen im Schulalltag; Aufnahme in die Gesundheitspflege gemäß Schulgesetz und Schulordnung Schulung des pädagogischen Personals zur Notwendigkeit des Zähneputzens & zur praktischen Mitwirkung |
| 2 | Flächendeckende Ausweitung des Präventionsprogramms "Kita mit Biss" | Gewinnung von Kitaträgern und Kitas für die Teilnahme an „Kita mit Biss“; Kooperation „Kita mit Biss“ und dem Landesprogramm "Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita" (LggK); Das Modul „Kita mit Biss“ allen Adressaten und Akteuren zur Verfügung stellen |
| 3 | Aufnahme der Mundgesundheitsförderung in die Lehr- und Ausbildungspläne in Fachschulen/ -hochschulen für Sozialpädagogik, Hebammen und in Ausbildungscurricula für Kindertagespflegepersonen | Aktualisierung der Curricula in Kooperation mit den Verantwortlichen Schulung von Lehrpersonal |
| 4 | Integration der Gesundheitsförderung in den Kita- und Schulalltag als Basiselement der eigenen Gesundheits-sorge am Beispiel Zahn- und Mundgesundheit | Aufnahme in das Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege; Aufnahme in den Lehrplan Schaffung von Stellen für Gesundheitspädagogogen |
| 5 | Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung für die Mundgesundheit ihrer Kinder bereits ab der Schwangerschaft | Gezielte Ansprache, Informationen und Unterstützung (Empowerment) zum Thema Zahn- und Mundgesundheit bei Ersthausbesuchen, Babybesuchen, in Eltern-Kind-Gruppen, in Frühen Hilfen, als Modul der Elternakademie, bei Ehrenamtshilfen, im Rahmen der Ein-schulungsuntersuchung Informationen in leichter Sprache, Mehrsprachigkeit der Angebote und Informationen Schulung der Eltern z. B. Zahnputzschulung für Eltern in Kitas, Aufzeigen der Angebote, Verbesserung der Angebote für Eltern und Kinder mit Behinderungen |
| 6 | Lenkung der Präventionsarbeit auf besonders belastete Sozialräume und Regionen | Wiederkehrende Evaluation von Mundgesundheitsdaten, Mundgesundheitskorrelierende Personal-Ausstattung, Etablierung von evidenzbasierten Präventionsprogrammen. |
| 7 | Vernetzung mit anderen Akteuren u.a. zum Thema „Vermeidung und Bewältigung von Frühkindlicher Karies“ | Teilnahme von Akteuren/Berufsvertretern an Konferenzen/Runden Tischen z.B. der Frühen Hilfen, des Quartiermanagements Aktive, suchende Kommunikation |
| 8 | Erhöhung des Stellenwertes der Zahn- und Mundgesundheit in allen Politikfeldern | Thematisieren von Gesundheitsqualität durch gute Mundgesundheit im Kindesalter bei möglichst vielen Gelegenheiten, Gesundheitsberichte, Versorgungsstrukturberichte |

Tab. 1: Auszug mit den Spalten 1 bis 3 der Zielematrix Mund- und Zahngesundheit, beschlossen durch die Berliner Landesgesundheitskonferenz am 1. Dezember 2022 zum Gesundheitsziel 'Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen'.

Uwe Niekusch

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist wichtiger denn je – Kongressbericht 2023 (Teil 1)

Nach einem Grußwort des Präsidenten der Landes Zahnärztekammer Brandenburg (LKZB), Herrn Dipl.-Stom. Jürgen Herbert, der ausdrücklich auf die gute und wichtige Zusammenarbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) mit der niedergelassenen Zahnärzteschaft hinwies und die gemeinsamen Erfolge, bspw. „Kita mit Biss“ lobte, ging es am Donnerstagvormittag zu den Vorträgen über.

Frau Jarick und Frau Wolf, Zahnärztinnen im Landkreis (LK) Spree-Neiße, stellten die Strukturen der Gruppenprophylaxe in Brandenburg vor. Hervorzuheben ist, dass der ÖGD in verschiedenen Ausschüssen der LKZB vertreten ist, bspw. im Beirat für Zahngesundheit. Der Brandenburger Leitfaden für Zahnärztliche Dienste (ZÄD) der Gesundheitsämter dient als Arbeitsgrundlage und ist ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung. Das Bundesland verfügt außerdem über das Programm „Prophylaxe für das Land Brandenburg“, das Ziele festlegt und deren Umsetzung beschreibt. Im „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ haben sich verschiedene Akteure zusammengeschlossen, um die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Unter den verschiedenen Arbeitsgruppen befindet sich auch die Arbeitsgruppe „Mundgesundheit“. Ausführlich wurde noch auf das Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ eingegangen. Kita mit Biss wird in zwölf Landkreisen und drei kreisfreien Städten praktiziert, ist aber auch bundesweit, bspw. in Baden-Württemberg, vertreten. Zum Schluss wurde noch auf das dreißigjährige Jubiläum der Gruppenprophylaxe in Brandenburg hingewiesen. Aufgelockert wurde der interessante Vortrag durch humorvolle Kindersprüche aus dem Arbeitsalltag.

Es folgten zwei Referentinnen aus dem LK Oberhavel, Dr. Daniela Stutz, Zahnärztin und Frau Diana Grothe, Kinder-

schutzkoordinatorin. Sie stellten das zahnärztliche Betreuungscontrolling als Instrument des Kinderschutzes vor. Gesundheitsschutz von Kindern ist sowohl im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchuG) als auch im Brandenburger Gesundheitsdienstgesetz geregelt. Artikel 1 des BKisSchuG beinhaltet das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), welches den rechtlichen Rahmen vorgibt. Frau Grothe erläuterte das Verfahren gemäß § 4 KKG. Sie wies darauf hin, dass Berufsheimtträger, dazu gehören auch wir als Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD, unverzüglich das Jugendamt informieren sollen, wenn Gefahr für das Kind besteht. In Brandenburg gibt es zudem den Leitfaden „Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“, der sich an alle Fachkräfte, die Kinder und Jugendliche täglich betreuen, versorgen und behandeln, richtet. Hier ist auch ein Fallmanagement für ZÄD, zu finden. Anschließend stellten die Referentinnen das Vorgehen im LK vor und erläuterten die „Checkliste bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“. Im Rahmen der Diskussion gab Frau Dr. Gottstein, Erste Vorsitzende des BZÖG, bekannt, dass der BZÖG eine Arbeitsgruppe „Kinderschutz“ gegründet hat.

Frau Dr. Uta Brix aus dem Rhein-Erft-Kreises (REK) berichtete nachfolgend zur Zahnputzkompetenz im Setting Grundschule. Im Rahmen einer Aktionswoche fand eine Befragung von Schülerinnen und Schülern zum Zähneputzen statt. 301 Kinder beteiligten sich an dieser Befragung. Laut den Antworten hatten sich 90 % der Kinder die Zähne geputzt, 47 % davon vor und rund 53 % nach dem Frühstück. Mehr als einmal am Tag putzten 89 % der Befragten. Über 70 % gaben an, dass ihre Eltern sie beim Zähneputzen nicht unterstützten. Interessant: rund jedes vierte Kind gibt an, keine Zahnputztechnik zu kennen. Aber auch

Kindern, welche angaben eine solche zu kennen, war deren Name, bspw. KAI-Technik, nicht geläufig, siehe Heft 1.22, S. 11-16. Das Zähneputzen hingegen absolvierten fast alle mit Erfolg, denn bei 96 % der Kinder war danach deutlich weniger Plaque vorhanden.

Brix stellte sowohl ein Wissensdefizit als auch Mängel bei der täglichen Umsetzung fest. Daher müsste unsere Betreuung engmaschiger und in der Anleitung effektiver sein. Um mehr auf das einzelne Kind eingehen zu können, sollte das Zähneputzen in Kleingruppen erfolgen. Zudem sei die Einbeziehung der Eltern erforderlich.

Als letzte Vortragende an diesem Vormittag stellte Frau Dr. Sabine Fiedler ebenfalls ZÄD, REK, die Frage „Zahnbehandlungsangst – (k)ein Thema für den Zahnärztlichen Dienst“. In ihrem Vortrag gab die Expertin die Antwort und viele praktische Tipps. Nach einem Überblick erläuterte sie zunächst die Definition „Zahnbehandlungsangst“ um anschließend auf Erscheinungsbilder einzugehen. Sie können sich in einem Vermeidungsverhalten, in Weinen, in der Mimik, durch Nägelkauen, durch Schwitzen, aber auch in der Motorik zeigen. 68 bis 80 % der Bevölkerung haben Angst vor der Zahnbehandlung. Bei Kindern liegt dieser Wert bei 50 %. Prinzipiell ist Angst das Ergebnis eines multifaktoriellen Zusammenspiels. Konditionierung, Information, Modelllernen, verbale Androhung, elterliche Übertragung oder individuelle Eigenschaften können auslösende Faktoren sein. Fiedler wies darauf hin, dass zur Therapie von Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert eine Leitlinie vorliegt. Bei leichterem Zahnbehandlungsangst kann schon Musik positiv wirken. Aber auch Hypnose und Akupunktur verzeichnen Erfolge. Bei schweren Angstzuständen

wirken Lachgas und Allgemeinanästhesie. Nachteil dieser Methoden: Sie bewirken keine Therapie gegen die Angst, was bei der kognitiven Verhaltenstherapie und der Eye Movement Desensitization and Reprocessing Methode (EMDR) („Desensibilisierung und Aufarbeitung durch Augenbewegungen“) der Ansatz ist. Anschließend ging Fiedler auf die Prävention ein. Denn schon die Kommunikation ist wichtig. Es solle nicht gesagt werden: „Du brauchst keine Angst zu haben“. Besser ist: „Ja, du hast Angst.“ Dann kann das Kind mit „Ja“ antworten, was zum Angstabbau beiträgt. Weitere Maßnahmen wären die Körpersprache, die Augenhöhe oder eine scheinbare Wahlfreiheit.

„Fluorid in aller Munde? – Kariesprophylaxe mit Fluorid bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ lautete das Thema des ersten Vortrags am Freitagmorgen. Frau Dr. Anke Weißenborn ging zunächst auf die Handlungsempfehlungen von 2017 ein und stellte fest, dass sie damals bei Kinderärzten und Zahnärzten unterschiedlich waren. Erst 2021 gelang dem Netzwerk **„Gesund ins Leben“** nach mehrjähriger Arbeit die Herausgabe einer gemeinsamen Handlungsempfehlung. Weißenborn betonte die Wichtigkeit der exakten Dosierung der Zahnpasta und dass neben dieser keine weitere Fluoridgabe, bspw. per Kochsalz, erfolgen sollte. Es sei nicht leicht, die exakte Dosierung zu beachten. Eine Studie zeigt, dass in der Regel zu viel Paste verwendet wird. Wobei die Tubenöffnung ein Problem ist. Ein weiteres Problem stellen die zugesetzten Geschmacksstoffe dar. Von einer Zahnpasta mit dem Geschmack „hawaiianischer Kinderpunsch“ wurde signifikant mehr als von einer geschmacksneutralen Paste aufgetragen. Danach referierte Weißenborn zu Auswertungen aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) Welle 2 (2014-2017), die sich auf Fluorid bezogen. Ein Vergleich der Antworten zur KIGGS-Basiserhebung (2003-2006) auf die Frage „Hat Ihr Kind in den letzten Monaten seit Geburt (wenn jünger als ein Jahr) ein Fluoridsupplement bekommen?“ ergab, dass die Gabe von Supplements

abgenommen hat. Bei rund 15 % der Kinder im Alter zwischen 0,5 und 5 Jahren wird nach „Welle 2“ noch ein Fluoridsupplement verwendet. Die Frage „Welche Zahnpasta wird überwiegend verwendet?“ wurde in der Welle 2 wie folgt beantwortet. Zwei Drittel der 0- bis 2,5-Jährigen verwenden eine fluoridhaltige Zahnpasta. Bei den 3- bis 5-Jährigen beträgt dieser Wert 80 % und bis 90 % bei den Älteren. Zum Schluss ihres Vortrags betonte Weißenborn die Bedeutung der Aufklärung und die breite Akzeptanz der Handlungsempfehlungen zur Fluoridierung. Die Zahnpasta-Hersteller sind gefordert, die Tubenöffnungen und den Geschmack der Kinderzahnpasten anzupassen.

Im Vortrag „Industrieförderung klinischer Studien in der Zahnmedizin – gekaufte Evidenz?“ ging PD Gerd Göstemeyer, Charite, Berlin, auf die Problematik der industriellen Förderung ein. Nach einem kurzen Blick auf die Bedeutung der evidenzbasierten (Zahn)Medizin für Patienten und (Zahn)Ärzte zeigte Göstemeyer, dass trotz Evidenz ein Verzerrungspotenzial besteht. Wobei die Verzerrung an verschiedenen Stellen erfolgen kann, bspw. durch „schwache“ Vergleichsgruppen oder „weiche“ Studienendpunkte. Aber auch die Durchführung, die Darstellung der Ergebnisse und die Berichterstattung bieten Möglichkeiten zur Verzerrung der Resultate. Allgemein kann festgestellt werden, dass gesponserten Studien zu 27 % häufiger positiv für das gesponserte Produkt ausfallen. Zudem waren gesponserte Studien signifikant (25 %) häufiger verblindet. Anschließend ging Göstemeyer auf das Sponsoring in der Zahnmedizin ein und verdeutlichte dies am Beispiel von Studien zu Restaurationmaterialien. Wobei es dabei nicht zu größeren Verzerrungen führte. Als zweites Beispiel nahm Göstemeyer Studien zu Fluoriden unter die Lupe. Hier war zu bemerken, dass alle positive Effekte feststellten. Allerdings waren sie bei gesponserten Studien größer. Die nähere Analyse zeigte jedoch, dass hierfür nicht das Sponsoring ursächlich war, sondern das frühere Veröffentlichungsdatum. Während die

gesponserten Studien aus dem Zeitraum 1960 bis 1999 stammten, lagen die nicht gesponserten zwischen 2000 und 2010. Also in einem Zeitraum, in dem schon ein starker Rückgang der Karies zu verzeichnen war. Naturgemäß konnte dann die Fluoridierung nicht mehr so erfolgreich wie in den Jahren zuvor sein. Zum Ende ging Göstemeyer noch auf Hydroxylapatit als Fluorid-Ersatz ein. Anhand eines systematischen Reviews wurde die Aussage getroffen, dass Hydroxylapatit besser wirke als die Substanz der Kontrollgruppe. Was aber bei näherer Überprüfung der Einzelstudien nicht ganz korrekt ist, denn in den Einzelstudien unterschieden sich die Populationen, Kontrollinterventionen und Outcome-Parameter. Insofern ist festzustellen, dass es bisher keine Evidenz für Hydroxylapatit gibt.

Weiter ging es mit dem Vortrag „Biolumineszenz – Ein aktueller Ansatz zur Erfassung von Demineralisationen im Schmelz“ von Prof. Dr. Anahita Jablonski-Momeni. Die Marburger Professorin gab zunächst einen Überblick zu Prävalenz und Ätiologie von Karies. Danach beschrieb sie, wann von einer aktiven Karies auszugehen ist. Womit sich die Frage stellte, ob diese Aktivität nicht auch digital erfasst werden könne. Biolumineszenz z. B. erzeugt mittels Photo-Protein eine Färbung freier Kalzium-Ionen in der Zahnoberfläche. Mittlerweile liegen zu diesem Verfahren valide Studien vor. In vitro wurde die Biolumineszenz an Bracket-Rändern getestet. Die anschließend durchgeführten klinischen Studien zeigen, dass damit auch eine zuverlässige Verlaufskontrolle von okklusaler Karies möglich ist. Abschließend stellte die Referentin noch die Vor- und Nachteile des Systems dar. Deutlich wurde, dass dieses Verfahren für unsere Vorsorgeuntersuchungen in Kitas und Schulen zur Zeit noch nicht oder nur sehr eingeschränkt nutzbar ist. Dies kann sich aber ändern.

Prof. Falk Schwendicke von der Charite widmete sich dem Thema „Künstliche Intelligenz – und dann? Moderne Dia-

gnostik für moderne Therapie!“ Auch er ging zunächst auf Karies Progression und Aktivität ein. Grafisch verdeutlichte er die „Totesspirale des Zahnes“ (Restaurationsspirale) und die Notwendigkeit von früher Diagnostik und Therapie. Nicht nur die rein visuelle Diagnostik sondern auch die Röntgendiagnostik stößt an Grenzen. Studien zeigen, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Röntgendiagnostik eine hohe Spezifität, aber nur eine geringe Sensitivität besitzen. Künstliche Intelligenz (KI) soll hierbei zu Verbesserungen

führen. Die KI startete vor 70 Jahren und erstellt sich heute mit der Technik des Machine Learning, eigene Regeln. Dafür benötigt KI jedoch eine enorme Anzahl von Bildern. Eine Studie zur Kariesdiagnostik konnte zeigen, dass KI hinsichtlich der Sensitivität deutlich besser ist.

Fazit

KI ist in bestimmten Bereichen mindestens so gut wie gute Zahnärzte. Daher ist KI besonders zur frühen Erkennung von Karies geeignet, wodurch auch eine früh-

zeitigere, minimalinvasive Therapie erfolgen könne. Zum Schluss kam Schwendicke noch auf die Vor- und Nachteile von KI zu sprechen. Ihm ist es wichtig, dass KI und moderne Therapie Hand in Hand gehen.

Damit endete das Programm am Freitagvormittag.

Die Fortsetzung folgt im ZGD 2.23.

Hilferuf aus der Internetredaktion

Gerade sind wieder neue Meldungen online auf der Internetseite des BZÖG und der Newsletter wurde verschickt. Aber mein Einsatz dafür wird – wie angekündigt – in absehbarer Zeit enden. Zur nächsten Wahl beim Kongress in Hamburg 2024 werde ich nicht mehr für das Amt der Internetredakteurin antreten. Gern würde ich schon vorher gemeinsam mit Interessenten die kommenden Meldungen entwerfen und veröffentlichen.

Welche Aufgaben hat eine Internetredakteurin?

Da ist zunächst zu unterscheiden zwischen der journalistischen Arbeit auf der einen und der technischen Umsetzung auf der anderen Seite. Während ich mir vorstellen könnte für zweites noch länger als Backup zur Verfügung zu stehen, fällt mir ersteres zunehmend schwer.

Worin besteht die journalistische Aufgabe bei dem Posten?

Zunächst gilt es Informationen zu sammeln. Bei den einschlägigen Vereinen, Institutionen und Verbänden habe ich mir dazu die Newsletter abonniert. Aber auch die ZM oder regionale Blätter der Zahnärztekammern können Material liefern. Unter dem Aspekt „Interessiert es eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt im ÖGD?“ markiere ich mir interessante Artikel.

Nun gilt es Teaser und Text zu schreiben. Der Teaser – laut Wikipedia „ein kurzes Text- oder Bildelement, das zum Weiterlesen, -sehen, -klicken verleitet“ – ist neben der Überschrift ein wichtiges Gestaltungselement der Internetseite. Auch für den Text gilt es Regeln einzuhalten, die anders als bei einem Artikel für ein Journal beispielsweise sind: strukturiert, nicht zu lang und trotzdem umfassend informierend. Auch wenn ein Download mit dem ganzen Statement oder dem vollen Wortlaut der Pressemitteilung o. ä. angehängt wird, kann im Text nichts anderes stehen. Also gilt es, das Dokument von vorn bis hinten zu lesen und die für uns wichtigen Stellen herauszufinden. Da sind für eine neue Meldung schnell mal 2 bis 3 Stunden rum.

Ganz wichtig finde ich dann noch die Rechtschreib- und Grammatikprüfung. Internetseiten mit Fehlern sind ein Graus!

Vielleicht ist auch ein Bild dazu passend oder der Umschlag der Broschüre soll als Wiedererkennung dienen. Dann wird auch das mit einem Bildbearbeitungsprogramm für den Upload vorbereitet – es muss nicht Photoshop sein, sollte aber verschiedene Optionen bieten.

Wie geht es dann weiter, wenn Text und Bild stehen?

Das ist dann relativ schnell erledigt. Download-Dateien und Bilder werden im Backup hochgeladen, eine neue Meldung wird erstellt und Teaser bzw. Text werden hineinkopiert. Ggf. muss die Überschrift noch für die mobile Ansicht modelliert werden. Manchmal sind verschiedene Überschriftenarten zu wählen. Da kann ausprobiert werden, was am besten aussieht.

Was gehört noch dazu?

Manch einer kommt nicht in internen Bereich, da er Benutzernamen und Passwort verlegt hat. Dem helfe ich gern.

Bei Änderungen der Ansprechpartner oder deren Kontaktdaten müssen diese zeitnah angepasst werden.

Und da die Seite bei STRATO gehostet wird, konnten dort auch die Mailadressen @bzoeg.de angelegt werden. Da aktualisiere ich ggf. die Weiterleitungen oder stehe bei Fragen zur Verfügung.

Wie kann sich ein Interessent melden?

Bitte einfach ganz formlos mit einer Mail an hantzsche@bzoeg.de. Dann können wir zunächst kleine und später große Aufgaben verteilen. „Wenn jemand jemanden kennt“ aus den Reihen des BZÖG, den dies interessiert, bitte weitergeben. Der Newsletter erreicht nur reichlich 1/3 der Mitglieder.

Ich würde mich sehr über Zuschriften freuen!

Dr. Grit Hantzsche
BZÖG – Redaktion Internet



Presseinformation des Aktionskreises zum Tag der Zahngesundheit

Tag der Zahngesundheit 2023 Gesund beginnt im Mund – für alle



Wie sehr ein Mensch sich um die eigene Gesundheit kümmern kann, hängt von vielen Faktoren ab. Fortgeschrittenes Alter, Pflegebedarf, eine psychische Erkrankung und manche Formen der körperlichen oder geistigen Behinderung können die Selbstfürsorge erschweren. So ist die Mundgesundheit vieler Menschen mit Pflegebedarf oder einer Behinderung oft schlechter als die des Bevölkerungsdurchschnitts. Vor allem ihr Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhautrekrankungen ist überdurchschnittlich hoch. Dies hat Auswirkungen auf viele weitere Bereiche des Lebens – insbesondere auf die Gesamtgesundheit, die eng mit einer guten Mundgesundheit zusammenhängt. Hindernissen beim Zugang zu einem gesunden Lebensstil begegnen auch Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen, etwa Geflüchtete, Obdachlose oder von Armut betroffene Menschen.

Der Tag der Zahngesundheit 2023, der wie jedes Jahr am 25. September stattfindet, nimmt die Schwierigkeiten vulnerabler Gruppen in den Blick, ihre Gesundheit, vor allem ihre Zahngesundheit, aktiv in die Hand zu nehmen. Unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund – für alle!“ diskutieren wir die Frage, welche Herausforderungen es gibt und möchten eine breite Öffentlichkeit dafür sensibilisieren. Rund um den Tag der Zahngesundheit 2023 werden wir außerdem Möglichkeiten der gesundheitlichen Teilhabe aufzeigen, unterstützende Angebote vorstellen und die Gesundheitskompetenz, speziell die Zahngesundheitskompetenz, durch Aufklärung und Informationen stärken.

Ab sofort bis zum 25. September 2023 widmen wir uns dem diesjährigen Schwerpunkt auf unseren Social-Media-Kanälen auf Twitter und Instagram. Am Tag der Zahngesundheit werden bundesweit Veranstaltungen über Themen der Mundgesundheit aufklären.

Pressekontakt: Susanne Theisen | +49 177/652 73 74 | presse@tagderzahngesundheit.de

Anzeige

ZAHNPIRATEN AUF KURS

Zahngesundheitsshow zum Mitmachen

»STURM IM ZAHNPUTZBECHER« ©
für Kindergärten und Grundschulen



**Kinder
LIED
bühne**



FachtheaterHighlight für den ÖGD
Buchungs-Telefon: 039998-12544

www.gruppenprophylaxe.de



Noch freie Termine!

