

## 3 Editorial

### Aktuelles Thema

- 4 51. wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG
- 4 Grußwort der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt
- 5 Zahnmedizinische Prävention – eine kommunale Aufgabe
- 8 Zahnärztlicher Dienst und Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern
- 10 Risikospezifische Kariesprophylaxe bei Kindern
- 18 KROCKY on tour

### Ehrungen

- 12 Silbernes Ehrenzeichen des BZÖG für Frau Prof. Dr. G. Hetzer

### Buchbesprechung

- 14 Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung

### Verband

- 13 Erreichbarkeit in der Gruppenprophylaxe – der ÖGD hat Fakten
- 15 Gutachten 2000/ 2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

### Aktuelles

- 14 Informationssystem der GBE des Bundes grundlegend verbessert
- 13 BVÖGD hat neuen Vorstand gewählt
- 19 Mundgesundheitszustand von Migranten
- 19 „Zahn & Co.“ – Gruppenprophylaxe für die 5. und 6. Klassen

### Fortbildung

- 15 Primärinfektion mit Mutans Streptokokken bei Kleinkindern

### Berichte

- 17 Gemeinsames Frühjahrssymposium der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie und der Colgate Palmolive GmbH

20 **Veranstaltungshinweise**

20 **Impressum**

# Anzeige



Dr. M. Schäfer

Nach dem Kongress ist vor dem Kongress.

So stellt sich nach diesen informativen Tagen erneut die Frage, wie wissenschaftliche Erkenntnisse noch besser Eingang finden können in unsere tägliche Arbeit und in welche Richtung wir uns zukünftig weiter entwickeln müssen.

Sicher wird die Frage der Qualitätssicherung, wie sie auch das Konzept Gruppenprophylaxe 2000 einfordert, Auswirkung auf unsere Tätigkeit haben.

Standardisierung und Normen werden an uns herangetragen, die heute im Rahmen eines Qualitätsmanagements unerlässlich sind und innerhalb der Medizin zur Etablierung von Leitlinien führen.

Doch was brauchen wir?

Der Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) hat in seinem letzten Gutachten zwar die Einführung des § 21 SGB V als „Meilenstein für die Prävention in der Kinder- und Jugendzahnpflege in Deutschland“ bezeichnet, bemängelt aber den „bunten Kanon“ der verschiedensten Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit. Der Rat fordert abschließend schlicht die Durchführung angemessener Evaluationsstudien.

Diese unterschiedlichen Prioritäten für einzelne Präventionsmaßnahmen spiegeln die Tatsache wider, dass es bislang unter Experten keine übereinstimmende Meinung über deren relative Wirksamkeit (Ausnahme: Fluoride) gibt.

Die Tatsache, dass ein wohlformulierter gesetzlicher Auftrag besteht ist absolut wichtig, sagt aber nichts darüber aus, wie es um die Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechender Bemühungen bestellt ist.

Wir brauchen neben strukturellen Voraussetzungen eine valide, populationsbezogene Diagnostik, Interventionsplanung, Interventionssteuerung und eine Evaluation.

Insbesondere würden nach meinem Dafürhalten vergleichende Studien auf der Grundlage größerer Bevölkerungsstichproben die Entscheidungsfindung auf eine sichere Grundlage stellen, wenn es darum geht, unterschiedliche Maßnahmenkombinationen unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede im Kariesvorkommen zu planen und durchzuführen.

Nicht umsonst beginnen Landesarbeitsgemeinschaften erste Überlegungen anzustellen, welche Konzepte und Inhalte landesweit herausragende Geltung bekommen sollen.

Ich wünsche mir, dass die Zahnärzte im ÖGD als Partner in dieser Diskussion hierbei aus der Wissenschaft und vor allem aus den Beiträgen zum Kongress heraus, ein starker Partner sein werden.

Dr. Michael Schäfer M. san.

## 51. wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG

Das Leitthema unseres Kongresses „Der Kurs des Öffentlichen Gesundheitsdienstes am Beginn des neuen Jahrhunderts – Sonne und Meer, mehr Gesundheit“ beschreibt die Richtung unserer künftigen Arbeit. Dennoch stellt sich mir die Frage, ist ein „mehr Gesundheit“ eigentlich erforderlich? Angesichts eines immer größer werdenden Marktes von Anbietern im Gesundheitswesen hat heute jeder die Möglichkeit, diese Angebote zu nutzen.

Ein Problem aus dem zahnmedizinischen Bereich möchte ich beispielhaft herausgreifen: Laut der Studie des IDZ von 1998 halten 92,3 % der befragten Zahnärzte Zahnheilkunde ohne Prophylaxe für unvorstellbar. Klarer kann sich der Paradigmenwechsel nicht einfordern. Betrachten wir die Abrechnungszahlen der individualprophylaktischen Leistungen, so können wir bislang jedoch nicht von einer konsequenten Umsetzung sprechen. Nur 25 % (alte Bundesländer) bzw. 42 % (neue Bundesländer) der Anspruchsberechtigten haben diese Leistungen auch genutzt bzw. bekamen diese angeboten.

Ohne auf die verschiedenen Ursachen hierfür im Detail eingehen zu wollen, wird für mich eines klar: „Komm – Angebote“ wie sie die niedergelassene Praxis anbietet, erreichen immer nur einen Teil der Bevölkerung. Diese Angebote erreichen gerade die Gruppen nicht, die diese Leistungen am nötigsten haben.

Nicht nur im zahnmedizinischen Bereich beobachten wir eine Polarisierung der gesundheitlichen Risiken. Sozial benachteiligte Gruppen bedürfen einer aufsuchenden Betreuung.

Nur der Öffentliche Gesundheitsdienst ist allein dem Gemeinwohl verpflichtet und insbesondere hier besteht auch seine Handlungsprämisse. In der systematischen Jugendzahnspflege und Gruppenprophylaxe hat der ÖGD in den letzten 10 Jahren beispielhaft für viele

Arbeitsbereiche des ÖGD gezeigt, wie erfolgreich Bevölkerungsmedizin erbracht werden kann. Die Kombination aufsuchender Prophylaxekonzepte insbesondere für besonders kariesaktive Kinder und die kontinuierliche Betreuung aller Kinder und Jugendlichen hat zu einer erheblichen Verbesserung der Mundgesundheit geführt. Von dieser Verbesserung profitierten auch die sozial benachteiligten Kinder. Kariesfreie Zähne bei Kinder und Jugendlichen sind heute beinahe eine Selbstverständlichkeit. Dies gilt es zu stabilisieren und weiterzuentwickeln.

Für die Zukunft bleibt es wichtig, dass die erlassenen Gesetze auf Länder- und kommunaler Ebene einheitlich und verbindlich umgesetzt werden. Demokratieverständnis und ein freies Spiel der Kräfte dürfen meines Erachtens nicht dazu führen, dass der Bürger in Flensburg andere Bedingungen vorfindet als derjenige in Rostock oder München.

Kontinuität und Planungssicherheit stehen auch für einen gut funktionierenden ÖGD, der seine Aufgaben qualitativ gut und bevölkerungsorientiert erbringt. Alle Bereiche des ÖGD sind bestens geeignet, die Vernetzung von Bevölkerungs- und Individualmedizin zu gewährleisten und gemäß dem Leitthema „mehr Gesundheit“ zu erzielen.

Dr. Klaus-Günther Dürr

## Grußwort der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

- In Auszügen -

Über die Einladung zu ihrem 51. Kongress des Öffentlichen Gesundheitsdienstes habe ich mich sehr gefreut. Bei ihrem Motto „Sonne und Meer, mehr Gesundheit“ hatte ich sofort ein schönes, nahezu entspannendes Bild vor Augen. Wer möchte schon auf Sonne und mehr Gesundheit verzichten? Um dies nach Möglichkeit für möglichst alle Menschen zu erreichen, wollen sie den Kurs des Öffentlichen Gesundheitsdienstes am Beginn des neuen Jahrhunderts neu bestimmen. Einen wichtigen Kurswechsel hat der Öffentliche Gesundheitsdienst bereits hinter sich. Von der Gesundheitspolizei ist er zum unverzichtbaren Partner für die Menschen – gerade auch im Bereich der Prävention geworden.

### Prävention

Als Gesundheitsministerin ist es nicht nur meine Aufgabe, eine bestmögliche Versorgung für die kranken Menschen in unserem Land zu garantieren. Meine Aufgabe ist es gerade auch für ein Gesundheitssystem zu sorgen, das alle Anstrengungen unternimmt, um Krankheiten zu verhindern. Das gilt ganz besonders für den sich abzeichnenden demographischen Wandel. Die Menschen werden immer älter und wollen auch gesund und aktiv bleiben. Um dieses lebenswerte Ziel zu erreichen, müssen Prävention und Prophylaxe verstärkt werden. Sie wissen ja: „Vorbeugen ist besser als heilen.“

Der Öffentliche Gesundheitsdienst, Ihre tagtägliche Arbeit ist gelebte Gesundheitsvorsorge, ist ganzheitliche Sicht auf die Gesundheit, ist der Blick auf Verhaltens- und Verhältnisprävention. Sicherlich ist jeder Einzelne zuerst und an erster Stelle für seine Gesundheit verantwortlich. Dies müssen wir stärker als bisher von jedem Einzelnen einfordern und für aktive Wahrnehmung werben. Als politisch Verantwortlich müssen wir diesen Bewusstseinsprozess begleiten und für die entsprechenden Rahmenbedingungen sorgen. Einen ersten Schritt hat die



Bundesregierung getan. Mit der Gesundheitsreform 2000 ist die Prävention wieder zu einer wichtigen Aufgabe auch der Krankenkassen geworden. Damit verbunden ist das Ziel die Menschen möglichst unabhängig von ihrem sozialen Status zu erreichen. Auch das ist ein Thema, mit dem sie sich tagtäglich im ÖGD längst beschäftigen. Sie kennen die Probleme und kennen auch die Krankheiten der sog. Randgruppen. Sie erreichen Menschen, die sich zumeist in schwierigen Lebenslagen befinden. Dabei haben Sie sicherlich die Erfahrung gemacht, dass diese Menschen am ehesten mit niedrigschwelligen Angeboten angesprochen werden können.

### Zahngesundheit

Wie erfolgreich Prävention sein kann, wenn es gelingt, die Menschen zu erreichen, zeigt sich in der Zahnmedizin. Die Zahngesundheit in Deutschland hat sich immer weiter verbessert. Das trifft vor allem bei Kindern und Jugendlichen zu. Immer mehr Menschen ist mittlerweile klar, dass Mundhygiene wichtig ist. Sie greifen regelmäßig zur Zahnbürste und gehen häufiger zu den Vorsorgeuntersuchungen. Zum anderen haben wir die Prophylaxeangebote der gesetzlichen Krankenkassen ausgeweitet. Wir haben die Gruppenprophylaxe bei besonders kariesgefährdeten Kindern und Jugendliche im Alter von 12 bis 16 Jahren eingeführt. Nichts ist so gut, dass es nicht noch verbessert werden könnte. Gerade bei den Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Kariesrisiko ist es noch nicht so, dass wir über die Ergebnisse durchgängig zufrieden sein können. Das wird sicherlich auch in Zukunft eine wichtige Aufgabe bleiben.

### Fazit

Ich denke es ist deutlich geworden, dass Prävention auf den verschiedensten Ebenen eine große Herausforderung in allen Bereichen unseres Gesundheitssystems bleibt. Wenn Politik, Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, selbstverständlich auch der Öffentliche Gesundheitsdienst und jeder Einzelne selbst mitwirken, werden wir sie erfolgreich bewältigen.

Ulla Schmidt, MdB  
Bundesministerin für Gesundheit

## Zahnmedizinische Prävention – eine kommunale Aufgabe

Dr. G. Rojas

### Die Entwicklung der Schulzahnpflege

Erste Bemühungen um schulhygienische Belange wurden in Deutschland 1780 von J. P. Frank auf den Weg gebracht. 1869 ging R. Virchow auf Gesundheitsbeeinträchtigungen der Schulkinder ein (16). Die wissenschaftlichen Bemühungen wurden u. a. von A. Grotjahn, A. Fischer und A. Gottstein geprägt und führten zur Etablierung der Sozialhygiene. Als Antwort auf Armut und Krankheit entwickelte sich eine kommunale Gesundheitsfürsorge (2).

Die zu diesem Zeitpunkt als universitäre Fachdisziplin noch junge Zahnheilkunde bemühte sich der Volkskrankheit Karies ein wissenschaftliches Behandlungskonzept entgegenzustellen (2). Zum Ende des 19. Jahrhunderts forderten Zahnärzte eine gemeinschaftliche Untersuchung und Behandlung von Schulkindern. 1902 konnte auf Initiative von E. Jessen in Straßburg die erste kommunale Schulzahnklinik eröffnet werden, der weitere vorwiegend in großen Städten folgten. 1909 wurde das „Deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen“ gegründet (4).

A. Kantorowicz definierte 1921 die Ziele der Schulzahnklinik und sah die Notwendigkeit in halbjährlichen Untersuchungen und anschließender systematischer Therapie durch den Schulzahnarzt. Er war der Initiator des so genannten Bonner Systems. A. Cohn beschrieb 1922 die „Soziale Zahnheilkunde“ als Lehre von der Erforschung der Wechselbeziehungen der Zahn- und Munderkrankungen zur wirtschaftlichen Lage der Gesellschaft (16). Das Hauptanliegen bestand darin, allen Schichten der Bevölkerung eine wissenschaftlich fundierte und moderne Zahnheilkunde zugänglich zu machen (12).

Mit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens wurde 1934 der Amtsarzt als kommunalärztlicher Leiter eingesetzt

und die Untersuchung, Belehrung und Überwachung des Gesundheitszustandes der Kinder den Schulärzten und Schulzahnärzten in den Gesundheitsämtern übertragen.

Die Schulzahnpflege betrachtete die 6- bis 14-Jährigen als Zielgruppe, wohingegen es sich in den 40-iger Jahren durchsetzte, auch die Vorschulkinder und die Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr in die systematische Betreuung der sich etablierenden Jugendzahnpflege einzubeziehen (4).

### Die Entwicklung der Jugendzahnpflege in beiden deutschen Staaten

Nach 1945 vollzog sich eine getrennte Entwicklung. In der ehemaligen DDR wurde in den 50-iger Jahren das Bonner System in einem staatlichen Gesundheitswesen aufgebaut. Grundlagen waren gesetzliche Regelungen, die auch seit Beginn der 60-iger Jahre einen eigenständigen Fachzahnarzt für Kinderstomatologie beinhalteten. Das Fach wurde in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Zahnärzte systematisch entwickelt. Maßnahmen der Prävention und Therapie lagen in einer Hand und wurden in Jugendzahnkliniken durchgeführt.

Das Frankfurter System, das 1923 von H. J. Tholuck eingeführt wurde, beinhaltet die Vor- und Nachsorgeuntersuchung durch Zahnärzte der Gesundheitsämter und die Therapie durch niedergelassene Zahnärzte. Diese Form der Jugendzahnpflege, die sich in der Bundesrepublik entwickelte, wird auch heute noch, ergänzt durch Prophylaxemaßnahmen, durchgeführt. Bemühungen um ein einheitliches Jugendzahnpflegegesetz scheiterten in den 60-iger Jahren an der Länderzuständigkeit für die Gesundheit. Der Gesetzentwurf wurde im Bundesrat abgelehnt.

Seit den 70-iger Jahren ist in den hochindustrialisierten Ländern ein Rückgang der Karies bei gleichzeitiger Polarisierung und zunehmender sozialen Determiniertheit zu verzeichnen. In Deutschland konnte bis zum Ende der achtziger Jahre kein eindeutiger Beweis für einen generellen Kariesrückgang in der jugendlichen Population geführt werden (5). Dies war mit ein Anlass für die Einführung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe mit dem § 21 in das SGB V (14). Es wurde damit



auch die Konsequenz aus der Erkenntnis gezogen, dass der Kariesrückgang in anderen Industrieländern vor allem auf gruppenprophylaktische Maßnahmen und den verstärkten Gebrauch der seit den siebziger Jahren verfügbaren Fluoride zurückzuführen war und nur zu einem geringen Teil auf zahnärztliche Therapie (15).

### **Hervorhebung des zahnmedizinischen präventiven Ansatzes durch die Einführung des § 21 SGB V**

Damit wurde 1989 ein bundesweit gültiger Rahmen geschaffen, um Zahnerkrankungen bei den bis zu 12-jährigen Kindern zu verhüten. Krankenkassen, Zahnärzteschaft und der ÖGD haben danach bei der Umsetzung der Gruppenprophylaxe zusammenzuwirken. In den Folgejahren, die auch geprägt waren vom Zusammenwachsen beider deutscher Staaten, wurden in den Ländern Vereinbarungen geschlossen und Landesarbeitsgemeinschaften sowie regionale Arbeitsgemeinschaften gegründet. Erweiterungen des § 21 wurden 1993 und 1999 vorgenommen.

In den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder umfassen die bevölkerungs- und gruppenorientierten Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste die Gesundheitsförderung unter Einbeziehung präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. Zielgruppen sind insbesondere Kinder und Jugendliche. Zu diesen überwiegend pflichtigen kommunalen Selbstverwaltungsaufgaben der Gesundheitsämter gehört auch die Gesundheitsberichterstattung.

Aufgabe des ÖGD ist es, zusammen mit Partnern in der Kommune Kooperationsbeziehungen aufzubauen, mit allen Akteuren verbindliche Gesundheitsziele und Handlungsempfehlungen festzulegen, sowie Bürgerbeteiligung in Gesundheitsfragen zu fördern. Der ÖGD als einziger gemeinwesenorientierter Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist so auf kommunaler Ebene Initiator, Kommunikator und Koordinator in einem komplexen Gesundheitswesen.

### **Neue Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im zahnmedizinischen Bereich**

Man bezeichnet dies auch als „Regiekompetenz kommunaler Gesundheitsämter“, eine neue Rolle des ÖGD und eine Aufgabe, der man sich im Land Brandenburg im Rahmen eines Modellprojektes seit 1996 widmet. „Intensivierung zahnmedizinischer Prävention“ lautet die Thematik eines Teilprojektes, das in einer kreisfreien Stadt bearbeitet wurde (8).

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung wurde, ausgehend von der bis dahin durchgeführten präventiven Betreuung, eine bedarfsorientierte Erweiterung vorgenommen. Die Einbeziehung der Fluoridierung und verstärkte Multiplikatoren- und Elternarbeit waren prioritäre Aktionsfelder.

Ziel war, das Auftreten der Karies und Folgeerkrankungen in Hochrisikogruppen – bei Vorschulkindern und Förder- bzw. Sonderschülern – zu senken und die Behandlungsbedürftigkeit zu verringern. In beiden Zielgruppen stellen hohe Kariesaktivität und ein niedriger Sanierungsgrad ein besonderes Problem dar.

Ein neuer Gesichtspunkt war dabei die Zusammenarbeit mit dem KJGD bei der Schuleingangsuntersuchung, die mit einer zahnärztlichen Untersuchung der Kinder und Beratung und Befragung der Eltern verbunden wurde.

Die Einbeziehung der Mundgesundheitsförderung in die allgemeine Gesundheitsförderung war ausschlaggebend für eine Förderschule, Mitglied im Netzwerk OPUS – Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit – zu werden und Gesundheit zum Leitbild der Schule zu machen.

Es erfolgte eine Abstimmung des Interventionsprogrammes mit Kooperationspartnern auf regionaler und Landesebene und nach Zustimmung durch die Kommunalpolitik wurden seit 1996/97 die konkreten Maßnahmen schrittweise eingeführt und umgesetzt.

Der ÖGD hat in diesem Prozess eine koordinierende und steuernde Rolle übernommen und ist auch gleichzeitig Akteur. Nach 3 Jahren wurde ein von der Kommunalpolitik geforderter Projektbericht mit ersten Ergebnissen erstellt und beraten. Neben den Ergebnissen zum Mund-

gesundheitszustand rief der festgestellte Zusammenhang (Abbildung) zwischen sozialer Lage und Mundgesundheit eine besondere Betroffenheit hervor (7).

Eine Vernetzung der Aufgaben, um vorhandene Ressourcen bedarfsgerecht einzusetzen, die Fortsetzung der aufsuchenden Betreuung und die Festlegung weiterer Ziele waren das Resultat der Beratungen in den zuständigen Ausschüssen. Dies fand in der Stadtverordnetenversammlung abschließend Zustimmung und wurde somit als neuer Auftrag der Kommunalpolitik an das Gesundheitsamt formuliert.

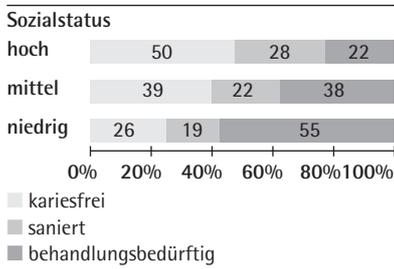
Die 1993 im Land Brandenburg abgeschlossene Vereinbarung zum § 21 SGB V konnte auf den erweiterten Maßnahmenkatalog des Projektes ausgedehnt werden (17). Den Zahnärztlichen Diensten werden die geplanten Sachmittel zur Verfügung gestellt und von den Krankenkassen finanziert. Durchgeführte präventive Maßnahmen und Angaben zur Mundgesundheit werden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung nach landeseinheitlichen standardisierten Vorgaben des Gesundheitsministeriums erfasst, dokumentiert und analysiert. Auf der Grundlage des erreichten Betreuungsgrades erhalten die 18 Gesundheitsämter eine anteilige Personalkostenförderung. Diese Kooperation zwischen dem ÖGD und der GKV hat dazu beigetragen, dass im Land zielgerichtet eine flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung aufgebaut wurde.

### **Ausblick**

Das aktive Herantragen präventiver Leistungen an Kinder und Jugendliche ist eine Aufgabe kommunaler Gesundheitsdienste (7). So wird es möglich, die typischen sozialspezifischen Unterschiede der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auszugleichen.

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung ist rückläufig und ihre Lebenssituation wird zunehmend von Armut geprägt (10). Es ist bekannt, dass 18% der Kinder in Deutschland unter der Armutsgrenze leben (1). In Deutschland gibt es gegenwärtig 7.000 Straßenkinder (6). Die Sozialhilfequote liegt bei der Gruppe der bis 7-Jährigen mit 8,6% mehr als doppelt so hoch wie die aller Sozialhilfebe-

Abbildung: Gebisszustand von Einschülern (N=1.333; Daten der Jahre 1997 bis 1999)



zieher. Der Einfluss sozialer Rahmenbedingungen auf die Kindergesundheit ist bekannt. Arme und sozial benachteiligte Kinder haben ein höheres Krankheitsrisiko auch in Bezug auf Karies.

Daraus leitet sich der sozialkompensatorische Auftrag für den ÖGD ab, denn diese Kinder werden vom bestehenden sozialen Sicherungssystem nicht ausreichend erreicht. Ihnen jährlich ein Betreuungsangebot zu unterbreiten, ist ein Weg, dem mit niedriger sozialer Lage einhergehenden schlechteren Mundgesundheitszustand entgegenzuwirken (11,13). Die Benachteiligung von Randgruppen kann durch diese aufsuchende Tätigkeit des ÖGD verringert und mehr gesundheitliche

Chancengleichheit erzielt werden.

### Arme Kinder haben schlechtere Zähne

- Kinder aus der Unterschicht haben drei Mal so schlechte Zähne wie Gleichaltrige der Mittel- und Oberschicht ([www.dialog-gesundheit.de](http://www.dialog-gesundheit.de)).
- Kariesbefall hängt drei Mal mehr mit der Schulbildung der Eltern zusammen als mit dem Süßigkeitenverzehr der Kinder (Micheelis/Schroeder 1996).
- Vorsorge und Gesundheitsaufklärung werden in Familien mit geringem Bildungsstand und Einkommen seltener wahrgenommen (Micheelis/Schroeder 1996).
- Bei der Zuordnung „Kariesrisiko“ mussten 47 % der Kinder, die Plaque und keine Putzcompliance hatten sowie keine zahnärztliche Untersuchung in der Schule bekamen, der Risikogruppe zugeordnet werden (Micheelis/Schroeder 1996).

Diese gesundheitlichen Probleme einer definierten Bevölkerungsgruppe können durch bedarfsgerechte

präventive Interventionen reduziert werden. Public-Health-Strategien, die gesundheitsbewusstes Verhalten durch gesundheitsförderliche Gestaltung der Rahmenbedingungen erleichtern, gehören ebenso dazu.

Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Bürgernähe und den Bezug zu regionalen Besonderheiten erfordert. Auf kommunaler Ebene wird mehr denn je planendes, koordinierendes und steuerndes Agieren verlangt. Für den zahnmedizinischen Bereich im ÖGD heißt das ebenfalls, an Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta (18) und an sozialmedizinische Traditionen anzuknüpfen. Die unterschiedlichen Lebensverhältnisse, Lebenslagen und Lebensweisen sind zu berücksichtigen und die Gesundheit der Bevölkerung ist in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen.

Dr. Gudrun Rojas  
 Stadtverwaltung Brandenburg  
 Gesundheits-, Veterinär- und  
 Lebensmittelüberwachungsamt  
 14767 Brandenburg a. d. Havel

- Literatur bei der Redaktion -

Zahnärztlicher  
 Gesundheitsdienst  
 3/01

# Anzeige



## Zahnärztlicher Dienst und Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern

W. Jaentsch

In Mecklenburg-Vorpommern leben auf einer Fläche von 23.170 km<sup>2</sup> 1,7 Millionen Menschen in 12 Landkreisen und in 6 kreisfreien Städten. Die Anzahl der vom ÖGD zahnärztlich zu betreuenden Kinder und Jugendlichen beträgt derzeit etwa 315.232. Dafür stehen in den Gesundheitsämtern 22 Zahnärzte, 21 Zahnarzhelferinnen sowie 7 Prophylaxehelferinnen zur Verfügung.

### Gesetzliche Rahmenbedingungen

Das Gesetz über den ÖGD in Mecklenburg-Vorpommern vom 19. Juli 1994 nennt die Hauptaufgaben der Zahnärztlichen Dienste:

- Beratung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen in Fragen der Gesunderhaltung der Zähne durch vorbeugende Reihenuntersuchungen, um Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen frühzeitig zu erkennen und auf eine Behandlung hinzuwirken.
- Mitwirkung bei der Durchführung aller Maßnahmen der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe mit Beteiligung in den regionalen Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege.

Relevant für den zahnärztlichen Tätigkeitsbereich sind zudem im ÖGD-Gesetz die Paragraphen über Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe, Gesundheitsberichterstattung, Datenschutz und Gutachten. Lt. Schulgesetz sind Kinder und Jugendliche sowie volljährige Schüler verpflichtet, an den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen teilzunehmen. Die Schulgesundheitspflegeverordnung konkretisiert diese gesetzliche Festlegung in der Weise, dass alle Kinder in Kindertagesstätten ab dem 3. Lebensjahr sowie

Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen 1-12 einmal jährlich zahnärztlich zu untersuchen sind, und hierfür seitens der Einrichtungen alle räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen sind. Im April 1992 gründete sich die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege Mecklenburg/Vorpommern, die auf der Basis einer Rahmenvereinbarung arbeitet auf deren Grundsätzen sich in den Stadt- und Landkreisen regionale AG's bildeten. Die Vereinbarung legt fest, dass das für die Gruppenprophylaxe erforderliche Personal von den Gesundheitsbehörden anzustellen und zu beauftragen ist. Soweit der Bedarf nicht durch die Zahnärztlichen Dienste abgedeckt werden kann, sind Patenschaftszahnärzte zur Absicherung der Gruppenprophylaxe einzubeziehen. Zurzeit sind ca. 200 Kolleginnen und Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich in der Gruppenprophylaxe tätig.

Regionale AG's gibt es in allen 18 Stadt- und Landkreisen, wobei es sich bewährt hat, wenn die Zahnärztlichen Dienste die organisatorische Verantwortung tragen. Auf diese Weise ist der Überblick über die zu betreuenden Kindereinrichtungen vorhanden, der Zugang zu ihnen gesetzlich gesichert, Finanzverwaltung, Sachmittelplanung sowie Dokumentation aller erbrachten Leistungen zentral und optimal erbringbar.

### Entwicklung der Zahngesundheit seit 1990

Die folgenden statistischen Aussagen fußen auf Zahlenmaterial des ÖGD, das beim Sozialministerium in Schwerin zusammengefasst wurde.

#### a) Vorschulkinder:

Der Anteil der Kinder mit primär gesunden Gebissen ist in diesen 10 Jahren langsam, aber kontinuierlich von 46,6% auf 61,8% angestiegen, wobei die Behandlungsbedürftigkeit um 10% zurückging. Seit dem Schuljahr 1996/97 werden landesweit die Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko (DAJ-Kriterien) ermittelt, deren Quote bei 13-14% liegt. In den letzten Jahren ist auch in Mecklenburg-Vorpommern eine Polarisierung des Kariesgeschehens und im Vorschulalter in beängstigender Weise eine Häufung von Kindern mit dem

Nursing-Bottle-Syndrom zu vermerken.

Betrachten wir die Entwicklung des df/t-Indexes der 3-jährigen, gibt es hier eine leichte Verbesserung von durchschnittlich 1,0 auf 0,7 (s. Abb. 1), aber der Durchschnittswert der kariösen Milchzähne tritt mit 0,6 bis 0,7 seit Jahren auf der Stelle. Die Teams der Gesundheitsämter führen seit Jahren in den Kindertagesstätten Putzübungen durch, an denen sich im letzten Berichtszeitraum 77,4% der Kinder beteiligten. In vielen Einrichtungen werden täglich Zähne geputzt. 93,5% der Kinder wurden zuletzt altersgerecht, in spielerischer Weise in Sachen Ernährungslenkung und Zahnpflege informiert. Ca. 45% der Kita-Kinder sind seit Jahren in Fluoridierungsaktionen einbezogen, davon 85% mit der einmal wöchentlichen Fluorid-Gel-Einbürstung und 15% mit der täglichen Tablettenfluoridierung.

#### b) Grundschüler:

Die 6-jährigen Kinder haben trotz dieser vielfältigen Maßnahmen im Vorschulbereich seit 10 Jahren einen konstanten d/t-Wert von 1,3, lediglich der Durchschnittswert für gefüllte Milchzähne ging von 1,7 auf 1,2 zurück, so dass der df/t-Index in den letzten Jahren stagniert und sich kaum unter 2,5 bewegt hat. Dagegen zeigt der DMF/T-Wert für die bleibenden Zähne eine bessere Entwicklungstendenz: Der D/T-Wert sank von 0,4 auf 0,1 (s. Abb. 2), die Anzahl der gefüllten bleibenden Zähne hat sich halbiert.

Insgesamt beobachten wir bei den Grundschulern in den letzten 4 Jahren einen starken Anstieg des Anteils der naturgesunden Gebisse von 18,1% auf 29%, während der Prozentsatz der behandlungsbedürftigen Schüler konstant zwischen 32% und 35% pendelt. Der df/t-Index für die Milchzähne der 9-jährigen hat sich in den letzten 10 Jahren so gut wie nicht verändert. Auch in dieser Altersgruppe hat sich die Zahngesundheit der Milchzähne nicht verbessert. Dafür gibt es Fortschritte bei der Zahngesundheit der bleibenden Zähne: Der DMF/T-Index hat sich halbiert, der D/T-Wert ist sogar von 0,7 auf nunmehr durchschnittlich 0,2 gesunken.

In der Gruppenprophylaxe in den 1. bis 4. Klassen sind im letzten

Schuljahr 45% der Kinder mit Putzübungen, in theoretischen Unterweisungen sogar 76,8% der Schüler erreicht worden. 18,7% wurden in systematische Fluoridierungsmaßnahmen einbezogen, von denen 80% eine wöchentliche Fluoridgel-Einbürstung, 12,9% eine 3-4-mal jährliche Lacktouchierung und 7% eine tägliche Tablettenfluoridierung erhielten. Diese Prophylaxemaßnahmen greifen offensichtlich dann, wenn es um die Gesundheit der bleibenden Zähne geht, aber eben noch nicht im Milchzahnalter.

c) Schüler der 5. und 6. Klassenstufe:

Analog zu den Ergebnissen bei den Grundschulern ist der Anteil der primär gesunden Gebisse erfreulich gestiegen (in den letzten vier Jahren von 19,9 auf 32,4%). Die Behandlungsbedürftigkeit hält sich mit 18-20% konstant, ist aber aufgrund des erfolgten Zahnwechsels bedeutend niedriger als bei den Grundschulern. Der in den Medien unlängst lebhaft diskutierte DMF/T-Index der 12-Jährigen, der unser Bundesland seit Jahren auf dem letzten Platz in der Bundesrepublik sieht, ist für uns erfreulich von 3,8 im Jahr 1991 auf nunmehr 2,3 gesunken, wobei der Durchschnittswert für kariöse Zähne pro Kind von 0,9 auf 0,35 zurückging (s. Abb. 3).

Die Ausgangssituation 1990 war denkbar ungünstig: Die DDR-Jugendzahnpflege mit flächendeckender Behandlung und Prophylaxe gab es nicht mehr, die Zahnärztlichen Dienste befanden sich noch im Aufbau, eine bislang nicht gekannte Flut von Süßigkeiten brach über die Kinder in Ostdeutschland herein. Über einen Zeitraum von 5 Jahren beobachten wir keinerlei Verbesserung hinsichtlich der Zahngesundheit, erst 1995 kamen die ersten Erfolge. Die Gruppenprophylaxe in den Vorschul- und Schuleinrichtungen, die Individualprophylaxe in den Zahnarztpraxen und das den Eltern bisher nicht bekannte Verweisungssystem der behandlungsbedürftigen Kinder nach den Reihenuntersuchungen begann zu greifen. Auch das Gesundheitsbewußtsein in der Bevölkerung besserte sich zunehmend im Zusammenhang mit der Erkenntnis, dass schlechte Zähne mit eigenen Kosten verbunden sind.

Wir sind dem bundesdeutschen Durchschnitt auf den Fersen und

ich prognostiziere eine Angleichung in den nächsten 3 bis 5 Jahren. Leider konnten gruppenprophylaktisch bei den Schülern der 5. und 6. Klassen vorerst nur 20% erreicht werden. Hier gibt es einen großen Nachholbedarf, dem der ÖGD mit seinem derzeitigen Personal nicht nachkommen kann.

d) Schüler der 7. bis 12. Klassen:

Seit 1996 hat sich die Prozentzahl der Schüler, die über ein natürliches Gebiss verfügen, von 11,3% auf 17,9% erhöht, die der Schüler mit behandlungsbedürftigen Gebissen bewegt sich um 17%. Dass Fragen der Zahngesundheit mit dem sozialen Umfeld, besonders mit dem Elternhaus, in engem Zusammenhang gebracht werden müssen, zeigt auch in Mecklenburg-Vorpommern die Abhängigkeit vom Schultyp: Gymnasiasten schneiden am besten ab, dann folgen Real-, dann Hauptschüler, während an den Förderschulen die schlechtesten Ergebnisse zu verzeichnen sind. Hier liegt die Behandlungsbedürftigkeit mit 36-40% gut doppelt so hoch wie an den weiterbildenden Schulen. Und der Anteil der saniereten Gebisse liegt nur bei 45%. Vielfach werden die bei den Reihenuntersuchungen ausgegebenen Behandlungsaufforderungen ignoriert, um die tägliche Zahnpflege ist es oftmals schlecht bestellt.

Wenn es der zeitliche Rahmen erlaubt, betreuen wir Förderschule und andere Sonder- und Behindertenschulen im Sinne von Kariesrisikoeinrichtungen. So wurde im letzten Schuljahr ein Drittel der Schüler fluoridiert, wobei der Anteil der Lacktouchierungen in den letzten Jahren von 34% auf nunmehr 62% gestiegen ist. Der Anteil der Schüler, die einmal wöchentlich Fluorid-Gel einbürsten, beträgt hier 34%. Die Tablettenfluoridierung ist stark rückläufig und wird nur noch bei 3,4% der Schüler mit systematischer Fluoridierung angewandt.

**Zusammenfassung und neue Aufgaben**

Mecklenburg-Vorpommern ist auf einem soliden Weg, aber eine Flächendeckung im Sinne einer Basisprophylaxe mit jährlich 2 Besuchen ist noch nicht erreicht. Es fehlt an Prophylaxepersonal, das auch ein Obleutesystem nicht erset-

Abb 1.: Entwicklung des df-Mittelwertes bei 3-Jährigen

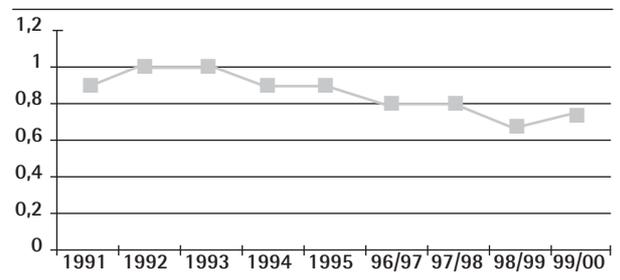


Abb 2.: Entwicklung des DMF-T-, des D-T- und des df-Mittelwertes bei 6-Jährigen

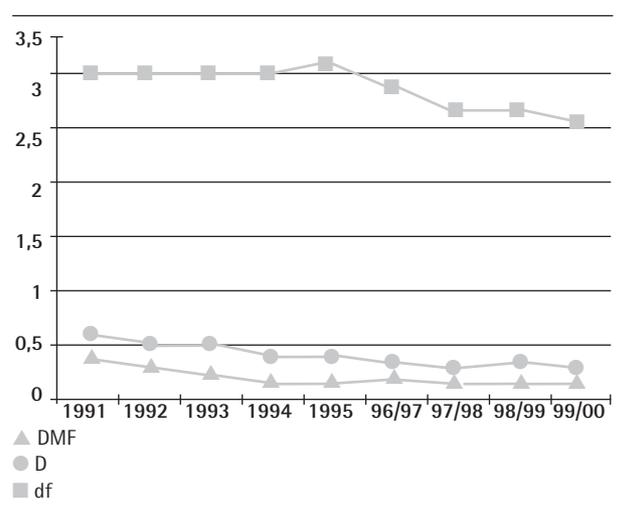
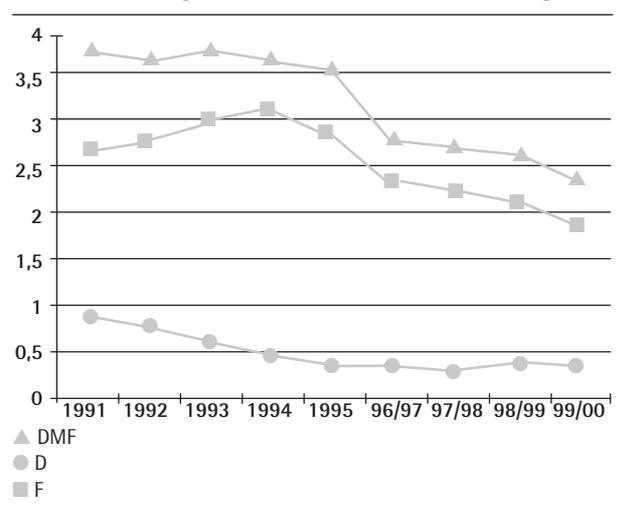


Abb 3.: Entwicklung des DMF-T- Mittelwertes bei 12-Jährigen



zen kann. Da der ÖGD unter chronischer Finanznot leidet, ergibt sich unsererseits die Forderung nach ausreichender Besetzung mit entsprechend qualifiziertem Prophylaxepersonal, dass über die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege zu finanzieren ist, wie in vielen anderen Bundesländern schon lange üblich. Erst dann können wir alle gemeinsam, sowohl die Kollegen aus dem ÖGD, als auch die aus dem niedergelassenen Bereich, alle Vorhaben zur oralen Gesundheitsförderung, insbesondere die mit Hinwendung zu den Kariesrisikokindern erfolgreich umsetzen. Eine praxisnahe Gesundheitsberichterstattung wird uns helfen Prioritäten zu setzen, sonst laufen wir Gefahr, dass sich die Zahngesundheit wohl insgesamt verbessert, aber 15-20% der Kinder und Jugendlichen auf der Strecke bleiben und die Polarisierung des Kariesgeschehens nicht beseitigt werden kann.

Unsere Prophylaxetätigkeit muss zunehmend Bestandteil der gesamten Gesundheitsförderung werden. So kann der ÖGD Einfluss nehmen auf die die Zahngesundheit fördernden oder auch schädigenden Gegebenheiten in der Lebenswelt und Gesellschaft. Hier ist an zuckerfreie Kassen in Supermärkten oder an das Umwelt-Areal „Schule“ mit dem Angebot eines gesunden Frühstücks und einer durchgreifenden Milchversorgung zu denken, andererseits aber andererseits auch an die Einschränkung des Angebots von Süßigkeiten und süßen Getränken in und um den Schulbereich. Unser Kurs wird zunehmend bestimmt vom Zusammenwachsen in Europa, auch in der Gesundheitspolitik, wo wir uns an den Ländern orientieren können, die über viele Jahre eine erfolgreiche Jugendzahnpflege betreiben. Die Politik steht grundsätzlich hinter uns, doch permanente finanzielle Zwänge im Öffentlichen Dienst werden das Kosten-Nutzen-Denken zukünftig noch mehr beeinflussen.

Wolfgang Jaentsch  
Landkreis Ludwigslust  
Gesundheitsamt  
Garnisonsstraße 1  
19288 Ludwigslust

## Risikospezifische Kariesprophylaxe bei Kindern

Dr. Ch. Splieth

### Einleitung

Der Rückgang der Kariesprävalenz in den industrialisierten Ländern ist hinreichend dokumentiert [8, 11, 13, 17, c18], und die möglichen Ursachen wurden wissenschaftlich intensiv bearbeitet [3, 15, 16]. Der Kariesrückgang hat dabei zu einer Polarisierung des Kariesbefalls geführt, wobei die Mehrzahl der kariösen Defekte bei einem kleinen Anteil von Kindern vorgefunden wird [10, 21]. Gleichzeitig stieg der relative Anteil der Fissurenkaries (Abb. 1)[1, 17, 23]. 1989 wurde die Individualprophylaxe in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen für 12- bis 19jährige aufgenommen und 1993 auf die 6- bis 11jährigen ausgedehnt sowie um die Molarenversiegelung erweitert. Damit ist für viele Kinder eine adäquate individualprophylaktische Betreuung gesichert. Gleichzeitig werden durch den (zahn-)medizinischen Fortschritt mehr Präventions- und Therapiemaßnahmen bei annähernd konstanter Einnahmesituation der Krankenversicherer und öffentlichen Haushalte möglich. Die zahnmedizinische Prävention befindet sich damit in Konkurrenz zu anderen medizinischen und öffentlichen Ausgaben. Für die Allokation von Ressourcen wird es daher in Zukunft wichtig sein,

- die Wirksamkeit von kariespräventiven Maßnahmen zu belegen [14],
- die Effizienz von wirksamen Maßnahmen zu analysieren (Kosten pro erreichter Einheit),
- den Zuwachs an Lebensqualität zu demonstrieren [12].

Aufgrund der veränderten Kariesprävalenz und Kariesverteilung können die in den 70- und 80er Jahren durchgeführten Studien nicht auf die heutige Situation übertragen werden. Kariesreduktionen von über 30 % bei Einsatz einer halbjährlichen Lokalfluoridierung, wie sie früher mehrheitlich erzielt wurden [26, 27], sind heute nicht generell zu erwarten. So konnte bei

hoch kariesaktiven Kindern mit einer 1/4jährlichen Zahnreinigung und Fluoridtouchierung (Fluorprotector®) keine signifikante Kariesvermeidung festgestellt werden, während bei 2-4 Fluoridlacktouchierungen (Duraphat®) pro Jahr deutlich weniger Karies als in der Vergleichsgruppe diagnostiziert wurde [28, 29]. Risikomarker für eine hohe Kariesaktivität sind heute vor allem geringes Gesundheitsbewußtsein bzw. ein niedriger Bildungsstatus, mangelhafte Inanspruchnahme von präventiven Angeboten und Fluoriden (Tabelle 1) [10, 18, 21]. Eine zielgerichtete, risikospezifische Gruppenprophylaxe muss sich auf Risikoeinrichtungen, -kinder und -zahnflächen konzentrieren. Die Erfolgskontrolle von präventiven Maßnahmen sollte gerade im öffentlichen Gesundheitsdienst kein Problem darstellen, da

- genügend große Kohorten zur Verfügung stehen,
- Reihenuntersuchungen routinemäßig durchgeführt werden,
- die Untersuchungsdaten mehrheitlich computergestützt erfasst werden,
- der dmft/DMFT-Index, insbesondere bei einer hohen F-Komponente, ein sehr robuster Index ist,
- die Ressourcen meist nicht für alle Kinder ausreichen und somit eine Kontrollgruppe zur Verfügung steht.

### Zielgruppen

Aktuelle epidemiologische Untersuchungen weisen drei deutliche Risikogruppen aus:

- Ca. 5% der Kleinkinder (1 bis 3 Jahre) mit frühkindlicher Karies/Nuckelflaschenkaries [7, 9, 25],
- Kindergartenkinder, da das Milchgebiss im Durchschnitt deutlich mehr kariöse Defekte und einen schlechteren Sanierungsgrad aufweist als die permanente Dentition bis zum 12. Lebensjahr [18],
- Kinder in Fördereinrichtungen aufgrund von allgemeinmedizinischen Einschränkungen oder sozialer Deprivation.

Weiterhin finden sich bei Schulkindern 80 % der kariösen Defekte der permanenten Dentition in den Fissuren und Grübchen der ersten permanenten Molaren, was an der ungenügenden Reinigung während der Durchbruchphase begründet liegt (Abb. 2 a/b).

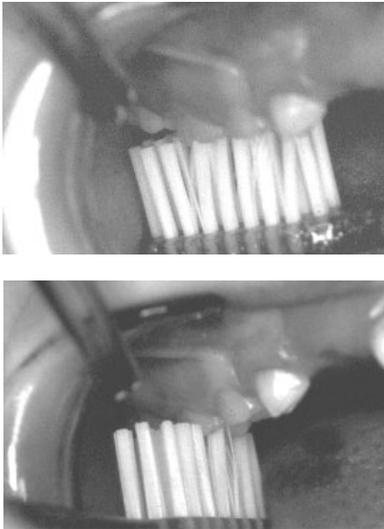


Abb. 2 a/b Durchbrechende erste permanente Molaren werden während ihrer verhältnismäßig langen Durchbruchphase ungenügend gereinigt und weisen dadurch den Großteil kariöser Läsionen im Schulalter aus. Mit der queren Putztechnik kann eine adäquate Reinigung sichergestellt werden.

**Wirksame Präventionsmaßnahmen**

Eine umfassende Analyse der wissenschaftlichen Literatur von Kay et al. [14] konnte keine validen Belege für den kariespräventiven Erfolg von aufklärenden und auf Ernährungsberatung basierenden Programmen finden. Mundhygieneprogramme führten zu befristeten Reduktionen von Plaque und gingivaler Entzündung, aber nicht automatisch zu Kariesreduktionen. Nur Programme mit Fluoridnutzung konnten eindeutige Kariesreduktionen erzielen.

Insbesondere Programme, die eine qualitative Verbesserung der Plaqueentfernung an Risikoflächen mit Fluoridzahnpaste oder -gelee kombinieren, erscheinen sinnvoll. So konnte die Kariesprävalenz auf Bornholm mit der Einführung der queren Putztechnik deutlich gesenkt werden (0,3 DMFS bei 12jährigen, Abb. 2 a/b) [4, 5]. Auch in Deutschland würde das Einüben der queren Putztechnik die Anzahl der bereits während des Durchbruchs kariös erkrankten Okklusalfächen an ersten permanenten Molaren reduzieren. Dies könnte durch die konsequente Anwendung von Zahnpasten mit vollem Fluoridgehalt (1000 bis 1500 ppm) mit Durchbruch der bleibenden Zähne verstärkt werden.

Der Einsatz von Chlorhexidinlack konnte ebenfalls die Kariesentwicklung in Fissuren drastisch (76 %) reduzieren [2]. Weiterhin stellen



Abb. 3 Chlorhexidinpräparate sind hochwirksam bei der Kariesprävention und sollten zur Intensivprophylaxe eingesetzt werden [22, 24]. Lacke und Gele stellen aufgrund der definierten Lokalisation eine zielgerichtetere Applikationsform als Mundspülungen dar.

Chlorhexidinlacke und -gelee eine in Deutschland bisher kaum genutzte Möglichkeit zur Intensivprophylaxe dar (Abb. 3) [22]. Bei vierteljährlicher Applikation sind Kariesreduktionen um 40 % zu erwarten [19, 24]. Insbesondere bei Kindern mit hoher Kariesaktivität erscheint eine vierteljährliche, intensivere Betreuung notwendig, während Gymnasial- und Realschulklassen mit guter Inanspruchnahme der Individualprophylaxe und hoher Versiegelungsrate sicherlich nicht prioritär gruppenprophylaktischer Betreuung und jährlicher Reihenuntersuchungen bedürfen. Dies setzt auch Kapazitäten frei, um eine häufigere und intensivere Betreuung in Fördereinrichtungen zu gewährleisten. Bei einer leider steigenden Anzahl von Kindern müssen die mangelhafte Sozialisation und Gesundheitsvorsorge durch die Eltern kompensiert werden. Dazu gehören das Einüben und die Kontrolle einer adäquaten Mundhygiene, die durch eine professionelle Nachreinigung mit Zahnbürste und Zahnseide ergänzt werden sollte. Dabei sollten verstärkt Fluorid- oder Chlorhexidinpräparate genutzt werden, da die bisherige Fluoridanwendung bei ca. 16 % unbefriedigend ist [6].

**Frühkindliche Karies**

Obwohl Kleinkinder bis zum 3. Lebensjahr nicht unter den gesetzlich festgelegten Gruppenprophylaxeauftrag fallen, bieten sich durch die Möglichkeiten der kommunalen Vernetzung zahlreiche Ansatzpunkte zur Aufklärung von Schwangeren und Müttern. Die Integration von Einheiten zur Oralprävention in die Schwangerenvorsorgeprogramme und Kinderuntersuchungshefte sind anzustreben, und regionale Projekte

Abb. 1 Anteil der jeweils an Karies erkrankten und gefüllten bzw. extrahierten einzelnen Zahnflächen bei den 12jährigen Patienten nach Zahngruppen und -flächen geordnet [23]

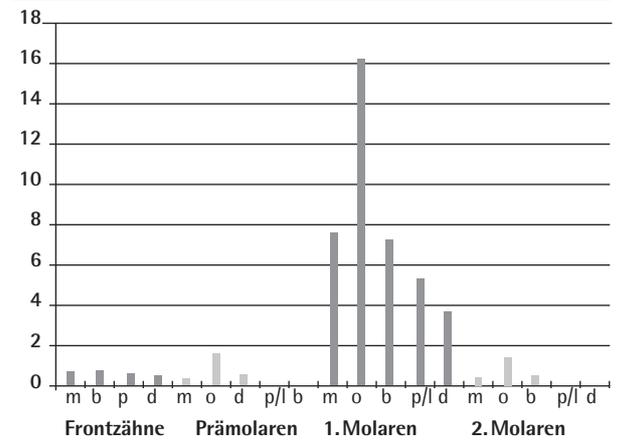


Tabelle 1 Der Zusammenhang von Bildungs-/Sozialparametern zu dem individuellen Kariesbefall bei Einschülern ist ausgeprägter als der von ätiologischen Kariesrisikofaktoren (\* statistisch signifikanter Unterschied, p < 0,05)[21]

Parameter	dmfs	Standardabw.	Kinder
täglich Süßigkeiten	8,8	9,7	267
selten Süßigkeiten	8,1	9,4	187
täglicher Kuchenverzehr	7,2	9,3	131
selten Kuchen	9,0	9,6	323
täglich Sprudel/Cola	8,6	10,4	157
selten Sprudel/Cola	8,4	9,1	297
morgendliches Zähneputzen	8,6	9,7	313
kein morgendliches Zähneputzen	8,2	9,3	141
abendliches Zähneputzen	8,4	9,5	356
kein abendliches Zähneputzen	8,1	9,5	98
mittägliches Zähneputzen	7,4	9,1	85
kein mittägliches Zähneputzen	8,6	9,6	369
tägliches Zähneputzen	8,3	9,3	405
kein tägliches Zähneputzen	9,7	11,6	49
Mutter berufstätig	7,6	7,9	310
Mutter arbeitslos	10,9	9,5	60
Mutter mit Lehrberuf	8,9	10,3	247
Mutter mit Hochschulstudium	7,0	8,2	57
Vater mit Lehrberuf	9,1	10,6	301
Vater mit Hochschulstudium *	5,1	6,9	56
Zahnarztbesuch: Kontrolle *	5,3	7,6	185
Zahnarztbesuch: Füllung	11,6	9,4	99
Zahnarztbesuch: Schmerz	14,4	10,5	67



Abb. 4 Die frühkindliche Karies/Saugerflaschenkaries stellt mit einer Prävalenz von ca. 5 % seit Jahrzehnten ein bevölkerungsrelevantes Gesundheitsproblem dar. Eine perinatale Ernährungsberatung und Aufklärung zur Kariesätiologie kann dieses Problem präventiv kontrollieren [20].

können als Vorläufer für eine endgültige bundeseinheitliche Regelung dienen [20]. Die Information über die Folgen von häufiger Zufuhr zucker- und säurehaltiger Getränke durch Nuckelflaschen und Schnabeltassen sowie die Einübung der Mundhygiene vom ersten Zahn an könnten das Problem der frühkindlichen Karies deutlich reduzieren (Abb. 4).

### Kindergartenprogramme

Die relativ höhere Kariesinzidenz im Milchgebiss ist in Deutschland im wesentlichen in qualitativ unzureichender Mundhygiene, suboptimaler Fluoridnutzung und wenig etablierter professioneller Prävention begründet. Die Eltern übernehmen in Deutschland die meisten Hygienemaßnahmen bei Kindergartenkindern, während die Verantwortung für das Zähneputzen schnell an die Kinder delegiert wird. Die geringere Fluoridkonzentration von Kinderzahnpaste erfordert außerdem ein optimales Zähneputzen. Die Erziehung der Eltern zum Nachputzen bis zum 6. Lebensjahr kann die Qualität der täglichen Zahnreinigung verbessern und zu deutlichen Kariesreduktionen führen [4, 5]. Die sparsame Touchierung von Initiailläsionen mit Fluoridlack,-gelee oder -fluid ist möglich und sollte unbedingt genutzt werden. Die Verstärkung der Prävention zur Senkung der Kariesaktivität und Vermeidung von kariösen Läsionen erscheint im Kindergartenalter für Deutschland praktikabler als eine Intensivierung der Sanierung.

### Kinder mit hoher Kariesaktivität

Bei Problemkindern erleichtert die familiennahe Atmosphäre im Kindergarten mit gemeinsamen Mahlzeiten und Hygienemaßnahmen eine Kompensation von elterlichen Versäumnissen. Auch in Förderschulen wird neben der reinen Wissensvermittlung die soziale Integration und Gesundheitsförderung angestrebt. Zur Oralprävention bieten sich regelmäßige Plaqueanfärbung, Mundhygieneübungen, ein professionelles Nachreinigen mit Zahnbürste und Zahnseide mit abschließender Fluorid- oder Chlorhexidinapplikation an. Die Aufforderung zum Zahnarztbesuch und eine Sanierung der kariösen Defekte ist wichtig, sie wird aber oft erst nach mehrmaliger Erinnerung wahrgenommen. Im Zuge einer Chancengleichheit für sozial benachteiligte Kinder sollte die öffentliche Gesundheitsförderung auf die wirklich bedürftigen Zielgruppen konzentriert werden.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Ch. Splieth

ZZMK

Rotgerberstr. 8, 17487 Greifswald

- Literatur bei der Redaktion -

## Silbernes Ehrenzeichen des BZÖG für Frau Prof. Dr. G. Hetzer



Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verleiht Persönlichkeiten, die sich um die Belange des öffentlichen Gesundheitswesens in der Bundesrepublik verdient gemacht haben, das silberne Ehrenzeichen. Die Landesstellenleiter haben einstimmig den Vorschlag des Bundesvorstandes befürwortet, Frau Prof. Dr. Gisela Hetzer mit der Ehrung für ihr beispielhaftes Engagement und ihre wissenschaftliche Tätigkeit auf diesem Gebiet auszuzeichnen.

Frau Prof. Dr. Hetzer kann auf eine erfüllte berufliche Laufbahn zurückblicken, die mit dem Studium der Zahnmedizin in Greifswald und Dresden begann. Ihre Approbation erhielt sie 1963 und war anschließend als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Zeitgleich begann sie Ihre Facharztausbildung an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus in Dresden. Sie promovierte 1964 und erlangte 1968 ihre Anerkennung als Fachzahnärztin für Kinderzahnheilkunde. Sie wurde 1974 zur Oberärztin ernannt, erlangte 1983 ihre Habilitation und ist seit 1985 als Hochschuldozentin für das Fachgebiet Kinderzahnheilkunde tätig.

1992 erhielt sie die Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin, 1994 die C3-Professur und wurde Leiterin der Abteilung Kinderzahnheilkunde des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

Seit den 70iger Jahren war sie Vorsitzende der Gesellschaft für Kinderstomatologie.

Sie hat mitgewirkt in der Vereinigung der Hochschullehrer bei der Erarbeitung der Approbationsordnung und der Facharztbezeichnung „Kinderzahnheilkunde“ und war Sprecherin der wissenschaftlichen Gesellschaft zur Salzfluoridierung.

Von 1996-2000 war sie Vorsitzende der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Ihre Hauptarbeitsgebiete und Forschungsschwerpunkte waren bzw. sind u.a. die

- Fluoride (Stoffwechsel, Dentalfluorosen, kleine Studien zur Lokalapplikation)
- Public Health Forschung (Zahngesundheit bei Klein- und Vorschulkindern, Zahngesundheit bei Jugendlichen)
- Kariesepidemiologie
- klinische Bewertung von Füllungsmaterialien.

Dabei hat sie sich als Autorin wissenschaftlicher Schriften international einen Namen gemacht.

Die besondere Verbundenheit mit dem BZÖG kommt zum einen durch ihre vielfältige Vortragstätigkeit auf den wissenschaftlichen Kongressen und Arbeitstagen des Verbandes sowie durch ihre Publikationen in unserer Zeitschrift zum Ausdruck. Zum anderen dadurch, dass sie jederzeit ein offenes Ohr für vielfältige aktuelle und brennende Anliegen der Kolleginnen und Kollegen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hatte und hat.

E. Arlt

## BVÖGD hat neuen Vorstand gewählt

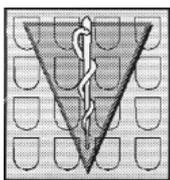


v.l.n.r. Dr. H. Mayer, Dr. C. Kuhnhen, Dr. H. Michels und Dr. K. Walter

Seit der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. am 03. Mai diesen Jahres hat der Ärzteverband einen neuen Vorstand. Als neuen Bundesvorsitzenden wählten die Mitglieder Herrn Dr. Klaus Walter aus Aalen (Ostalbkreis), den langjährigen Landesvorsitzenden aus Baden-Württemberg. Ihm zur Seite stehen wird Frau Dr. Claudia Kuhnhen (Marburg) als stellvertretende Vorsitzende, Landesvorsitzende aus Hessen. Als Schatzmeister wurde Dr. Harald Michels, Landesvorsitzender aus Rheinland-Pfalz, und als Schriftleiter erneut Herr Dr. Harald Mayer (Wiesbaden, bis 1996 Landesvorsitzender in Hessen) gewählt.

Herr Dr. Jaeschke hat nach nunmehr 6 Jahren Vorstandstätigkeit als Bundesvorsitzender aus persönlichen Gründen nicht wieder für ein Amt im Bundesvorstand kandidiert. Ihm und den anderen scheidenden Verantwortlichen, Herrn Dr. Laue und Herrn Dr. Reimers, gilt unser Dank für ihr Engagement um die Belange des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem BZÖG in dieser Zeit.

Der BZÖG-Vorstand wünscht dem neuen Vorstand einen guten Start sowie viel Erfolg und freut sich auf eine Fortsetzung der gemeinsamen Arbeit beider Berufsverbände.



## Erreichbarkeit in der Gruppenprophylaxe – der ÖGD hat Fakten

Die Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ist derzeit Beratungsgegenstand in den Gremien und Arbeitsgemeinschaften. Intensivprophylaxe und Kariesrisiko sind hierbei nur zwei Schlagworte, die bei der Fortschreibung Berücksichtigung finden, ebenso wie auch die Flächendeckung. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben ein Konzept zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe vorgelegt, zu dem der Vorstand des BZÖG bereits in unserem Heft 1/2001 Stellung genommen hat.

Dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD bei der bisherigen Umsetzung gruppenprophylaktischer Maßnahmen federführend sind, lässt sich aus den Daten einer BZÖG-Erhebung (99/00) ableiten. Insoweit ergänzen und untersetzen diese Angaben, die im Rahmen der DAJ-Dokumentation (99/01) erhobenen Daten. Hinzu kommt, dass die dabei erhobenen Angaben zum Mundgesundheitszustand auch dazu dienen, zukünftige Schwerpunkte zu setzen und Betreuungsprogramme auszubauen.

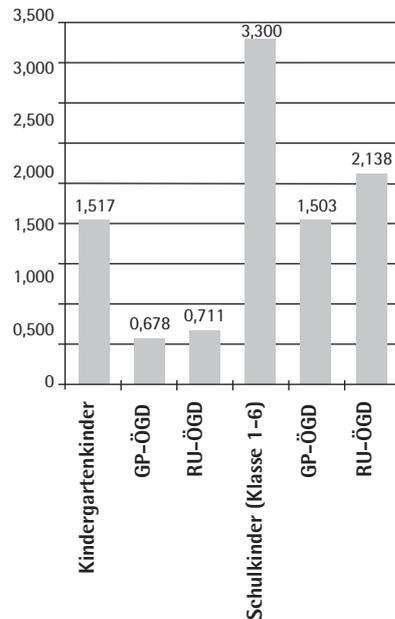
So werden bundesweit von 3,330 Mio. Schulkindern in Klasse 1-6 (ohne Bayern), 1,503 Mio. Kinder gruppenprophylaktisch durch den ÖGD betreut. Bei den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen werden jährlich 2,138 Mio. Schulkinder durch Zahnärztinnen und Zahnärzte der Gesundheitsämter erreicht.

Auch in Kindergärten wird ein Großteil der gruppenprophylaktischen Aktivitäten durch den ÖGD erbracht. Hier werden von 1,517 Mio. Kindergartenkindern (ohne Bayern) 0,678 Mio. gruppenprophylaktisch durch den ÖGD betreut, 0,711 Mio. Kinder werden in Kindergärten zahnärztlich untersucht. Bedenkt man, dass lt. DAJ – Jahresauswertung 99/00 insgesamt 1,265 Mio. Kindergartenkinder (ohne Bayern) gruppenprophylaktisch erreicht wurden, ist auch dieser Anteil erheblich.

Defizite gibt es nach wie vor bezüglich der Flächendeckung und

### Leistungen des ÖGD

Kinderzahlen in Mio. (ohne Bayern)



zwar insbesondere in den Ländern, bei denen die Struktur des ÖGD unzureichend ist. Basierend auf den oben zitierten Zahlen (DAJ 99/00) werden z.B. in Rheinland-Pfalz von ca. 150.000 Kindergartenkindern erst ca. 21.000 (14%) durch Obleute gruppenprophylaktisch erreicht. Aus diesem Bundesland kommen derzeit Überlegungen zu neuen Vorschlägen (siehe ZM Heft 14/2001) für die intensivprophylaktische Betreuung.

Dies ist auf Grund der Gesetzeslage auch geboten und es machen die Ansätze Sinn, die auf den bisherigen Betreuungsprogrammen in der Region aufbauen und in Schwerpunkteinrichtungen stattfinden. So werden die Kinder erreicht, um die es uns geht. Der Gesetzesauftrag geht klar an die Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V, individuelle Betreuungen hingegen sind Gegenstand des § 22 SGB V. Bei der notwendigen Verzahnung beider Betreuungsformen ist allerdings darauf zu achten, dass die Gruppenprophylaxe nicht Bestandteil des Sicherstellungsauftrages ist.

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD haben gute Kooperationsformen mit Obleuten bzw. Patenschaftszahnärzten entwickelt. Dies gilt es, im Sinne der Sache und des gesetzlichen Auftrags weiter zu entwickeln, eine Zielsetzung, die wir auch auf der Bundesebene verfolgen.

Dr. K.-G. Dürr

## Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung

Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen.

Alf Trojan, Heiner Legewie  
VAS-Verlag Frankfurt a.M. 2001  
440 S., brosch., 48 DM  
ISBN 3-88864-299-X

Gesundheit, so die „Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung“, wird von Menschen dort geschaffen, wo sie leben, arbeiten, lernen und spielen. Diese Einsicht führt die Autoren des vorliegenden Buchs zu dem Vorschlag, auf kommunaler Ebene verstärkt Gesundheitsförderung zu betreiben. Diese bemüht sich, strukturelle Veränderungen im Lebensumfeld der Menschen einzuleiten, damit gesundheitsbewusstes Verhalten einfach wird. Der innovative Gedanke ist, diesen Ansatz mit einem anderen Konzept, der „Lokalen Agenda 21“, zusammenzubringen. Sie wurde auf der UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro 1992 verabschiedet. Ihr Ziel ist die Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen und eine „nachhaltige“ – also dauerhafte – soziale Entwicklung. Beiden Konzepten ist die Einsicht gemeinsam, dass viele gesellschaftliche Sektoren zusammenarbeiten müssen, wenn gesundheitsförderliche Lebens- und Umweltbedingungen geschaffen werden sollen. – Gesundheitsämter, so die Autoren, sind als „potentiell wichtigster Akteur der gemeindebezogenen Gesundheitsförderung anzusehen“. Der ÖGD wird hier als „Regie-Instanz“ und als Politikgestalter gesehen. Die Autoren empfehlen, gemeinsame kommunale Koordinationsgremien wie Gesundheitsförderungs-Konferenzen zu stärken oder neu zu bilden. Das Buch zeigt denjenigen, die sich um die „Verhältnisprävention“ kümmern möchten, Handlungsoptionen auf. Das umfangreiche Buch ermöglicht durch seine gute Gliederung und die Zusammenfassungen am Ende jeden Kapitels eine rasche Orientierung. – Die zahnärztlichen Dienste können und sollten ihre Aktivitäten stärker

## Informationssystem der GBE des Bundes grundlegend verbessert

Für gesundheitsbezogene Daten und Informationen gibt es eine zentrale Anlaufstelle im Internet: Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).

Das Informationssystem wurde überarbeitet und präsentiert sich nun umfassender, nutzerfreundlicher und schneller als bisher. 650 Millionen Daten bilden den Kern des Systems. Sie werden in flexibel gestaltbaren Tabellen abgebildet. Verständliche Texte und Grafiken aus den verschiedenen Veröffentlichungen der GBE wie z.B. aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland, den Themenheften der GBE sowie der Gesundheitsausgabenrechnung runden das Angebot ab. Die Dokumentationen zu rund 200 Datenquellen, ihren Erhebungsmerkmalen, Methodiken und Definitionen sowie Ansprechpartnern enthalten zusätzliche wertvolle Hinweise.

Dieses Angebot wird ständig erweitert und aktualisiert. Der blinkende Stern unter „Aktuelles“ im Informationssystem weist jeweils gezielt darauf hin.

Wie flexibel das Informationssystem einsetzbar ist, zeigen folgende Beispiele:

- Sie legen durch Ihre Anfrage selbst fest, welche Informationen bereitgestellt werden sollen. Das Informationssystem bietet gesundheitsrelevante Informationen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens von A wie Aids bis Z wie Zuzahlung.
- Sie können die Suchstrategie verwenden, die Ihnen besonders liegt: die Suche über Themen, die Freitext-Recherche mit Suchbe-

griffen oder das „Wandern“ von einer Fundstelle zu einer „inhaltlich verwandten“ anderen. Das Informationssystem antwortet mit einer Fundstellenliste; sie nennt die Zahl der Treffer (Texte, Tabellen, Grafiken, Definitionen, Sonstige) und ermöglicht den direkten Zugang zur jeweiligen Information.

- Bei vielen Tabellen können Sie individuell einstellen, wie detailliert die Untergliederung der Angaben erfolgen soll, z.B. für Deutschland oder nach Bundesländern, für Frauen und Männer getrennt oder zusammen. Für die jeweilige Fragestellung nicht benötigte Ergebnisse können dabei ausgeblendet werden.
- Alle gefundenen Informationen können unkompliziert auf den PC übertragen werden. GBE-Tabellen lassen sich z.B. in Kalkulationsprogrammen weiterverarbeiten oder in Grafiken umsetzen, Texte können in eigene Ausarbeitungen integriert werden.
- Häufig gestellte Fragen und ihre Antworten sowie Verweise auf die Internet-Seiten anderer Informationsanbieter bieten zusätzliche Informationen.
- Weite Teile der Informationen liegen auch in englischer Sprache vor.

Die gesundheitsbezogenen Daten der GBE werden vom Statistischen Bundesamt und von zahlreichen Institutionen außerhalb der amtlichen Statistik zur Verfügung gestellt. Dadurch wird es möglich, Informationen, die sonst nur unzusammenhängend vorliegen oder schwer zugänglich sind, in einem konsistenten System zu präsentieren.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist gemeinsame Aufgabe des Statistischen Bundesamtes und des Robert-Koch-Instituts. Die Zusammenarbeit gewährleistet, dass über valide und aktuelle Daten hinaus fundierte statistische, medizinische und epidemiologische Fachkenntnisse für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes genutzt werden können.

Weitere Auskünfte erteilt:  
Michael Cordes, Telefon:  
(01888)643-8116,  
[michael.cordes@statistik-bund.de](mailto:michael.cordes@statistik-bund.de)  
[pressestelle@statistik-bund.de](mailto:pressestelle@statistik-bund.de)

in die allgemeine Gesundheitsförderung integrieren. Für Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD bietet das Buch theoretische Grundlagen, Hintergründe und Anregungen.

Dr. H. Strippel

## Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Anlässlich der Vorstellung der beiden ersten Bände „Zielbildung, Prävention, Neuorientierung und Partizipation“ und „Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege“ des Gutachtens zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ durch den Vorsitzenden des Sachverständigenrates, Herrn Prof. Dr. Schwartz wurde folgende zentrale Aussage getroffen:

„Das deutsche Gesundheitswesen leistet nicht, was es leisten könnte“.

Hoher Aufwand und vorhandenes Rationalisierungspotenzial wurden dem Gesundheitswesen bescheinigt. Der Sachverständigenrat fordert eine stärkere Ziel-, Patienten- und Qualitätsorientierung.

Erstmals wurde den Nutzern des Systems ein Kapitel gewidmet. Darunter versteht der Rat die Bürger, Versicherten und Patienten, die in unterschiedlichen Rollen dem Gesundheitssystem gegenüberstehen und durch ihr Wissen, ihre Einstellung und ihr Nutzerverhalten wesentliche, aber bislang vernachlässigte Einflussgrößen bei der Steuerung des Systems darstellen. Ein Entwicklungsziel wird vom Rat in der verbesserten Kompetenz der Nutzer durch mehr Information und Transparenz gesehen. Eine Neuausrichtung hin auf eine intersektorale präventive Gesundheitspolitik, die über das Gesundheitswesen hinaus die Bildungs-, Vermögens-, und Einkommenspolitik sowie die Felder Arbeit, Verkehr und Umwelt umfasst, wird angeregt. Schließlich plädiert er für eine verbesserte Partizipation der Betroffenen durch mehr Informations-, Anhörungs- und Mitberatungsrechte in Entscheidungsgremien. Er regt an, Möglichkeiten der direkten Mitentscheidung zu prüfen.

Dieser interessante Denkansatz ist den Entscheidungsträgern in den regionalen und überregionalen Arbeitsgemeinschaften sicherlich fremd, aber die hohe Wirksamkeit der Maßnahmen von Betroffenen

für Betroffene ist erwiesen und auch in der Gruppenprophylaxe wert, umgesetzt zu werden.

Wohl zum ersten Mal setzt sich ein solches Gutachten mit der Gruppenprophylaxe intensiver auseinander. Neben den unzweifelhaften Erfolgen, wird die gesetzliche Verankerung „gruppenprophylaktischer Maßnahmen“ als „Meilenstein für die Prävention in der Jugendzahnpflege“ bewertet. Gleichzeitig wird gefordert;

- in allen Städten und Gemeinden ein Profil der Kariesprävalenz der verschiedenen Schulen zu erstellen
- spezifische Maßnahmen auf die „bedürftigen“ Schulen zu konzentrieren
- die Durchführung angemessener Evaluationsstudien zur Klärung der Frage, welche Faktoren am Rückgang der Kariesprävalenz welchen Anteil haben
- die Hinwirkung auf eine gleichmäßige flächendeckende gruppenprophylaktische Versorgung
- die Integration der Mundgesundheitsförderung in die allgemeine Gesundheitsförderung
- die Stärkere Beeinflussung von Werbung und Distribution der Süßwaren.

Handlungsbedarf sieht der Sachverständigenrat auch bei präventiven Angeboten für sozial schwache und für ältere Menschen. Dies setze allerdings deutlich gesteigerte Investitionen in eine auf Prävention orientierte Forschung und Ausbildung voraus.

Mehr Qualitätsorientierung und die Notwendigkeit einer professionen-, institutionen- und sektorenübergreifenden Entwicklung von Qualitätsmanagement wurden herausgestellt. Entwicklung, Einsatz, Qualität und Evaluation evidenzbasierter Leitlinien ist ebenfalls Gegenstand des Gutachtens.

Band III des Gutachtens zur Thematik „Über- Unter- und Fehlversorgung“ wird voraussichtlich Ende August d. J. fertig gestellt sein. Als Buchversion wird das Gutachten im Nomos-Verlag erscheinen. Die Kurzfassung kann unter [www.svr-gutachten.de](http://www.svr-gutachten.de) abgerufen werden und die Vollversion gibt es als Bundestagsdrucksache 14-5660 und 14-5661 unter [www.bundestag.de](http://www.bundestag.de) (Drucksachen).

Dr. Gudrun Rojas

Dr. Michael Schäfer M. san.

## Primärinfektion mit Mutans Streptokokken bei Kleinkindern

A. Behrendt, F. Sziegoleit

In der Kariesätiologie wird dem Bakterium *Streptococcus mutans* aufgrund seiner azidogenen und säuretoleranten Eigenschaften, aber auch wegen seiner Fähigkeit zur Bildung extrazellulärer Polysaccharide bei Anwesenheit in der Mundhöhle eine Schlüsselrolle zugewiesen. Zahlreiche Studien haben bereits gezeigt, dass Kinder mit frühzeitiger oraler Mutans Streptokokken-Infektion in höherem Maße Karies entwickeln als nicht oder später infizierte Kinder [3, 17, 18]. So fanden Brown et al. und Wetzel et al. konkret bei Kindern mit Nursing-Bottle-Karies eine deutlich höhere Keimzahl im Speichel als bei Kindern mit kariesfreien Gebissen [8, 27]. Sziegoleit et al. belegten dies signifikant für Kinder mit kariösen Milch- und Wechselgebissen ( $p < 0,001$ ) [26].

Bekannt ist auch, dass erst nach Eruption der ersten Milchzähne eine Besiedelung der Mundhöhle mit diesem Keim stattfindet [4, 5, 6, 10, 14]. Catalanotto et al. konnten bei Kleinkindern mit gerade durchbrechenden mittleren Schneidezähnen noch keine Mutans Streptokokken nachweisen, stellten dann jedoch mit zunehmender Anzahl durchbrechender Zähne eine erhöhte Keimzahl fest. Dabei erfolgte die Ansiedelung der Mikroorganismen bevorzugt in den Approximalräumen der kontaktierenden Milchmolaren [11].

Demnach kann das Auftreten einer Erstinfektion durch Mutans Streptokokken in der kindlichen Mundhöhle als gesichert betrachtet werden. Hinsichtlich des Zeitraums einer solchen primären Infektion konnte in einer Untersuchung von Caufield et al. gezeigt werden, dass 38 Kleinkinder im Alter vom 19. bis zum 31. Lebensmonat bei einem Durchschnittsalter von 26 Monaten die Infektion erworben hatten. Dieser definierte Zeitraum wurde von den Autoren als sogenanntes „Fenster der Infektion“ bezeichnet [12]. Carlén et al. vermuteten darüber hinaus während der Eruption

der bleibenden Zähne ein „zweites Fenster der Infektion“ im Alter zwischen 6 und 12 Jahren [9]. Weiterführend konnten Straetemans et al. für eine Gruppe von 30, bis zum 5. Lebensjahr nicht infizierten Kindern zeigen, dass 22 Fälle noch bis zum Alter von 11 Jahren *Streptococcus mutans* erworben hatten. Somit galt es aus der Sicht der Autoren als erwiesen, dass eine Besiedelung der Mundhöhle mit diesem Bakterium auch nach dem sogenannten „Fenster der Infektion“ stattfinden kann. Die später infizierten Kinder zeigten jedoch im Vergleich zu den gleichaltrigen, bereits seit dem 2. Lebensjahr infizierten Patienten der Kontrollgruppe eine signifikant niedrigere Keimdichte und gleichzeitig einen geringeren Kariesbefall. Es konnte somit auch geschlussfolgert werden, dass eine verzögerte Mutans Streptokokken-Besiedelung das Kariesvorkommen reduzieren kann [25].

Die langfristige Prävention einer Primärinfektion mit *Streptococcus mutans* erhält demzufolge in der Kariesprophylaxe einen beachtlichen Stellenwert, was allerdings genaue Kenntnisse zu den möglichen Infektionsquellen dieses Keimes voraussetzt. Einige Untersuchungen von Mutter-Kind Paaren und deren Besiedelung der Mundhöhle mit Mutans Streptokokken zeigten eine positive Korrelation zwischen der Keimdichte bei Müttern und ihren Kindern [5, 6, 7]. Brown et al. untersuchten den Speichel von Müttern und deren unter 6 Jahre alten Kindern, welche einerseits ein naturgesundes Gebiss, andererseits kariöse Milchzahnkrankungen des Nursing-Bottle-Syndroms aufwiesen und fanden, dass auch hier, unabhängig vom Kariesstatus, die Dichte der Keimbeseidlung bei den Müttern mit der von den jeweiligen Kindern korrelierte [8]. Straetemans et al. konnten dagegen diesen Zusammenhang zwischen 11jährigen Kindern und deren Müttern nicht mehr feststellen [25]. Caufield et al. verglichen darüber hinaus die Mutans Streptokokken-Keimzahl zwischen Müttern von infizierten und nicht infizierten Kindern und eruierten durchgehend eine niedrigere Keimzahl für die Mütter mit nicht infizierten Kindern; der Unterschied erwies sich allerdings nicht als signifikant. Ein weiteres, in diesem Fall signifikantes

Ergebnis derselben Studie ließ erkennen, dass die Hälfte der 1- bis 2jährigen noch nicht infizierten Kinder von anderen Aufsichtspersonen als der Mutter betreut wurden, während die Beaufsichtigung aller kariesaktiven Kinder im gleichen Zeitraum ausschließlich durch die Mütter erfolgte [12]. Geht man davon aus, dass überwiegend Mütter ihre Kinder mit *Streptococcus mutans* infizieren, so kommen in erster Linie als Übertragungswege von der Mutter abgeleckte Löffel in Frage, die entweder zur thermischen Probe, zur Portionierung der Mahlzeit oder zur Reinigung durch die Mutter kontaminiert werden. Gleiches gilt für heruntergefallene Nuckel, die zur Reinigung in den Mund der Mutter und dann in den Mund des Kindes gesteckt werden. Ein weiteres Übertragungsmedium kann auch der Sauger einer Milchflasche sein, wenn von der Mutter oral über den Sauger die Temperatur der Milch geprüft wird [20]. Um den Übertragungsweg von Mutans Streptokokken genauer beschreiben und darauf prüfen zu können, ob nicht auch Väter oder andere Personen durch die Speichelübertragung Kinder mit Mutans Streptokokken infizieren könnten, wurden in verschiedenen Untersuchungen Serotypen und Genotypen der Keime innerhalb von Familien bestimmt. Redmo et al. eruierten 11 Familien (Vater, Mutter und das erstgeborene Kind im durchschnittlichen Alter von  $36 \pm 5$  Monaten), welche alle nachweislich mit *Streptococcus mutans* infiziert waren und fanden in 6 Fällen eine Übereinstimmung der Streptokokken-Genotypen zwischen Müttern und ihren Kindern. In keinem Fall stimmten die Genotypen der Väter mit denen ihrer Kinder überein, obwohl  $2/3$  der Väter hohe Keimzahlen an Mutans Streptokokken aufwiesen. Zwischen den Ehepartnern konnte ebenfalls in keinem Fall eine Übereinstimmung der Genotypen festgestellt werden. Dementsprechend gehen die Autoren davon aus, dass die Infektion der Kinder entweder über die Mutter stattfindet oder aber durch Personen außerhalb des familiären Umfeldes verursacht wird [23]. Ähnliche Ergebnisse erzielten zuvor Davey und Rogers: Die von ihnen untersuchten 46 Personen aus insgesamt 10 Familien zeigten, dass bei der Mehrzahl der Väter die

Streptokokken-Typen mit anderen Familienmitgliedern nicht übereinstimmten. Allerdings wiesen alle Kindern mindestens einen Stamm dieser Bakterien der Mutter auf [13]. Im Gegensatz dazu fand Rogers bei 12 Familien in 4 Fällen eine Übertragung von *Streptococcus mutans* durch die Mutter, in 3 Fällen durch die Väter, in einem Fall keine Übertragung von den Eltern auf das Kind und in den übrigen 4 Familien war der Infektionsweg nicht nachweisbar [24]. Li und Caufield fanden bei 34 Mutter-Kind-Paaren zu 71% eine Übereinstimmung von *Streptococcus mutans* Typen zwischen Mutter und Kind, in keinem Fall zwischen Vater und Kind bzw. Vater und Mutter, wobei die Genotypen bei Mädchen signifikant häufiger identisch mit denen der Mutter waren [21]. In einer weiterführenden Studie konnte von dieser Arbeitsgruppe sogar gezeigt werden, dass auch das Stillen Einfluss auf die Übertragung dieser Bakterien haben kann. So stimmten bei Kindern die Genotypen von *Streptococcus mutans* eher mit denen der Mutter überein, wenn sie länger als 9 Monate gestillt wurden. Es kann somit vermutet werden, dass verlängertes Stillen die Infektion des Kindes mit diesen Keimen forciert [22].

Da offensichtlich Mütter hauptsächlich als Überträger der Streptokokken-Infektion in Frage kommen, sieht man in der Reduktion der mütterlichen *Streptococcus mutans*-Besiedelung eine primäre präventive Maßnahme. So untersuchten Köhler et al. Kinder bis zu einem Alter von 36 Monaten, bei deren Müttern durch gezielte Präventionsmaßnahmen während der ersten 23 Lebensmonate des Kindes eine Verringerung der Streptokokkenzahlen im Speichel erreicht wurden. Als Kontrollgruppe dienten Mutter-Kind-Paare ohne Durchführung mütterlicher Präventionsmaßnahmen. Es konnte gezeigt werden, dass die Übertragung von Mutans Streptokokken auf das Kind tatsächlich durch eine Keimreduktion bei der Mutter verringert werden kann [16]. Es wurde weiterhin festgestellt, dass diese Präventionsmaßnahmen sogar noch bei 7jährigen Kindern einen positiven Einfluss auf die *Streptococcus mutans* Besiedelung der Mundhöhle hatten [19]. Eine weitere These zur Infektionsprävention

wurde von einer finnischen Arbeitsgruppe erstellt. Aaltonen et al. konnten in ihren Untersuchungen nachweisen, dass ein häufiger Kontakt des Kleinkindes mit mütterlichem Speichel durch die dabei stattfindende Übertragung von Antikörpern gegen *Streptococcus mutans* zu einer geringeren Besiedelung der Mundhöhle mit diesen Erregern führte. Sie stellten fest, dass spezielle Antikörper-Titer gegen *Mutans Streptokokken* (Serum IgG) tatsächlich bei einer Gruppe von Kindern höher war, welche bis zu einem Alter von 7 Monaten häufiger Kontakt mit dem Speichel der Mutter hatten, als bei Kindern mit seltenem Speichelkontakt [1]. Auch nach 5-7 Jahren ließ sich bei Kindern mit häufigem Kontakt zum mütterlichen Speichel noch eine signifikant geringere Streptokokkendichte im Speichel nachweisen. Für die Kinder mit häufigem mütterlichen Speichelkontakt zeigte sich auch ein signifikant geringerer Kariesbefall bei gleichzeitig signifikant höherem Konsum von Süßigkeiten [2]. Ein Widerspruch zu den bisher erstellten wissenschaftlichen Thesen ergibt sich nach Meinung der Autoren nicht, da die „Immunisierung“ über häufigen Speichelkontakt mit der Mutter noch vor Eruption der Milchzähne stattfindet [1, 2].

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nach dem Durchbruch der ersten Milchzähne eine Primärinfektion mit *Mutans Streptokokken* bei entsprechendem Speichelkontakt durch betreuende Personen möglich ist. Dabei kann die Infektion der kindlichen Mundhöhle mit *Streptococcus mutans* zuerst durch Verzicht auf Speichelkontakt, aber auch durch die Reduktion der oralen Streptokokkenbesiedelung der Betreuungspersonen vermieden oder die Zahl der übertragenen Keime definitiv verringert werden. Dies setzt die frühzeitige Erkennung des Kariesrisikos insbesondere von schwangeren Müttern durch geeignete mikrobiologische Speicheltests im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen voraus [15].

- Literatur bei der Redaktion -  
Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Dt. Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe sowie der Autorinnen

## Gemeinsames Frühjahrssymposium der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie und der Colgate Palmolive GmbH

- Tagungsbericht -

Dr. M. Schäfer M.san.

Der Kontrast hätte nicht größer sein können.

Neueste Entwicklungen und Zukunftserwartungen in der Parodontologie zeigte das gemeinsame Frühjahrssymposium der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie und der Colgate Palmolive GmbH am 18. Mai in Heidelberg in alten Gemäuern auf.

Herausragende internationale Referenten auf dem Gebiet der Parodontologie erläuterten den gegenwärtigen Stand und zukünftige Wege vor einem zahlreich erschienenen Fachpublikum.

Nach der Begrüßung durch den Präsidenten der DGP J. Meyle (Gießen) und die Tagungspräsidentin L. Flores-de-Jacoby (Marburg) begann M. Newmann (Los Angeles) einen der Hauptvorträge. Die Spannweite seines Referats über neue Entwicklungen in der parodontalen Diagnostik, Therapie und Prognostik von der molekularen Ebene bis zur chirurgischen Navigation in der Implantologie zeigte die heutigen Möglichkeiten auf. Insbesondere erläuterte er seine Ansicht zum „besseren Denken“ in der Form der Evidence-Based-Medicine, um mit Hilfe dieses Ansatzes zu einer Verbesserung des Grundverständnisses der Behandlungsabläufe in Diagnostik und Therapie zu gelangen.

Herausragend war die Vorstellung eines computergestützten Modells der Parodontitis beim Menschen. Mittels der Variation einer Vielzahl von Parametern kann man die Auswirkungen auf andere Strukturen, v.a. auch im Schaubild für die Patienten darstellen.

A. Mombelli (Genf) stellte zunächst in seinem Vortrag – Risikoprofil von parodontal erkrankten Patienten – verschiedene Risiko-

situationen vor. Er differenzierte dabei zwischen echten Risikofaktoren und Risikoindikatoren, wobei bei letzteren zwar die Kausalität nicht nachgewiesen ist, wohl aber ein Zusammenhang besteht. Im weiteren ging er auf neue diagnostische Testverfahren ein, die zusätzliche Information über die klinische Untersuchungsmethode hinaus vermitteln können. Die Zukunft der Diagnostik liegt in der Verwendung sog. „Nano-chips“, die 99 Parameter innerhalb von Minuten evaluieren können. Klar ist heute bereits, dass das Ausschalten veränderbarer Risikofaktoren wie Tabakrauchen, schlechte Mundhygiene und die Persistenz parodontalpathogener Bakterien den Therapieverlauf positiv beeinflusst.

Die Komplexität der genetischen Faktoren bei der Parodontalerkrankung belegte M. Kilian (Aarhus). Seiner Ansicht nach befinden wir uns mit der weitestgehenden Entschlüsselung des genetischen Codes beim Menschen in der Postgenomzeit. Die Darstellung der Reaktionswege im Immunsystem war ein Schwerpunkt seines Vortrages.

Festzuhalten ist, dass das Risiko für Parodontalerkrankungen durch bestimmte Genotypen erklärt werden kann, wie z.B. IL-1A und IL-1B, die genetischen Tests dienen jedoch z.Zt. nur als Forschungsmittel, die praktische Bedeutung ist noch begrenzt.

Mit einer Darstellung der herkömmlichen Methode in der PA-Diagnostik begann M. Stelzel (Marburg) sein Referat und wies insbesondere auf die Nachteile hin, dass nur eine retrospektive Beurteilung der Erkrankung bis zum status quo möglich ist.

Zur weiteren Präzisierung der Diagnostik und Optimierung der Therapie verwies er auf die Dunkelfeldmikroskopie und das Anlegen von Kulturen, um bestimmte Mikroorganismen identifizieren zu können. Moderne molekularbiologische Nachweisverfahren wie DNS-Sondentests oder die Polymerase-Ketten-Reaktion sind speziell für parodontopathogene Keime entwickelt worden und somit z.Zt. nur für eine begrenzte Zahl von Erregern verfügbar. Abschließend klassifizierte er noch den „Typischen Risikopatienten“, der trotz verbesserter Mundhygiene und SRP eine persistierende erhöhte

Blutungsneigung hat und erläuterte hier die ergänzende Maßnahme einer gezielten Antibiotikagabe.

J. Meyle (Gießen) stellte sein rekonstruktives Konzept vor und präsentierte dies zeitweise durch Live Op-Mitschnitte, wobei er den Einsatz verschiedener Membran- bzw. Augmentationsmaterialien in den Vordergrund rückte. Lediglich als Ergänzung der manuellen Therapie sah E. Frandsen (Aarhus) die Verwendung von systemisch wirkenden Antibiotika. Die Antibiotikagabe führt immer nur zu einer temporären Reduktion der residenten (normalen) Flora. Behandlungsziel ist jedoch die permanente Veränderung des Milieus, welches durch Scaling, evtl. chirurgische Intervention und vor allem gute Mundhygiene erzielt wird. Ihr Postulat war, dass Antibiotika erst nach mechanischer Therapie einsetzbar sind, wobei dieser Einsatz zur weiteren Eliminierung der Taschentiefe nicht auf harten Daten basiert, sondern auf dem Wunsch, möglichst viel für den Patienten zu tun.

L.Flores-de-Jacoby (Marburg) bot einen Überblick über die Vorteile der lokalen Applikation von Antibiotika gegenüber der systemischen Gabe und stellte heute erhältliche moderne Trägersysteme für lokal applizierbare Mittel vor.

Die Ergebnisse entsprechender Studien zeigten signifikante Vorteile der kombinierten Therapie bei bisher parodontal unbehandelten Patienten, insbesondere bei weiblichen Patienten.

In die rekonstruktive Biologie mit den Begriffen Biomimetik und Tissue-Engineering führte schließlich S. Jepsen (Kiel) in seinem Vortrag über biologisch aktive Faktoren in der parodontalen und ossären Regeneration ein. Die Biomimetik ist darum bemüht, biologische Abläufe dergestalt nachzuahmen, dass eine Geweberegeneration herbeigeführt wird. Im Tissue-Engineering werden geeignete Mediatoren (Signalmoleküle) und Matrizes kombiniert, um körpereigene Gewebe zu regenerieren, sowohl im Labor, als auch direkt am Patienten.

Diesen Signalmolekülen (= biologisch aktive Faktoren) kommt eine besondere Rolle in der Geweberegeneration zu. Unterschieden wird dabei zwischen den Wachstumsfaktoren, wie PDGF, IGF-I und -II und

den Differenzierungsfaktoren (Morphogenetische Proteine= BMP's). Heute sind viele der biologisch aktiven Faktoren in rekombinanter, d.h. gentechnisch hergestellter Form erhältlich. Jepsen zeigte anhand zahlreicher histologischer Aufnahmen die Wirksamkeit der BMP's in Verbindung mit Trägermaterialien auf. BMP verbessert und beschleunigt die knöcherne Implantatintegration. Als Ergebnis aus diesen Untersuchungen wird erwartet, dass in naher Zukunft biologisch aktive Faktoren zur regenerativen Therapie zur Verfügung stehen.

Dr. Michael Schäfer M. san.

## KROCKY on tour



„Gerade Zähne – gerade jetzt“ – auch zu Anfang des neuen Jahrtausends war dies das Motto von KROCKY, dem lustigen Krokodil mit der Zahnsperre, das mit seinem KROCKY-Mobil aufs Neue durch die Lande zog. Wie schon im Jahr zuvor, so besuchte das Maskottchen der Initiative Kiefergesundheit (IKG) auch im Jahr 2000 an insgesamt 143 Tagen Kinder in zehn Bundesländern. Bei seinen Gastspielen informierte KROCKY über Zahn- und Kieferfehlstellungen und welche Ursachen diese haben können, warum der Daumen keinesfalls zum Lutschen da ist, dass man die Zähne nicht nur zum Kauen, sondern auch zum Sprechen und sogar zum Atmen braucht und über vieles mehr.

Besonders begeistert waren die Kinder vom Kariestunnel im Bus (den sie „Zahndisco“ taufen). Munter ging's dann auch gleich an die Waschbecken, wo die Zahnärztinnen der Veranstalter den Kindern zeigten wie sie ihre Zähne durch richtiges Putzen wieder schön sauber bekommen. In der Gesprächsecke im vorderen Teil des KROCKY-Mobils zeigten Kieferorthopäden und Zahnärzte anhand der eindrucksvollen Schautafeln, welche schwerwiegenden Folgen es haben kann, wenn man die (Milch-) Zähne nur unzureichend pflegt oder Zahn- und Kieferfehlstellungen nicht beachtet. Die Tafel zum Thema „Gewohnheiten verhindern die normale Gebissentwicklung“ legte die IKG inzwischen wegen der großen Nachfrage als Poster auf

Der Startschuss der KROCKY-Tour 2000 fiel im März in Donauwörth/Bayern. Nur unterbrochen durch drei Wochen Pause im Sommer kurzte Achmed Lucke mit dem KROCKY-Mobil bis 3. Oktober in Sachen Aufklärung und kieferorthopädische Prophylaxe durch ganz Deutschland. Eine wirklich erfolgreiche Saison, in der KROCKY rund

## Achtung! Poster zur Saugerflaschen- karies im Heft 2/2001

Aufgrund der großen Nachfrage sind Bestellungen möglich über:  
druckerei ernst  
Klaus-Peter Ernst  
Markt 11  
Im Hause der NNN,  
37154 Northeim  
Tel.: 05551/8533  
Fax.: 05551/66133

20.000 Besucher begrüßte! Wo und wann KROCKY das nächste Mal zu schnappen wird, das erfahren interessierte Bürgerinnen und Bürger seit dem Jahr 2000 von einem neuen Plakat, das die Ankunft unseres Infobusses ankündigt.

Auch für die IKG als Verein war 2000 ein bewegendes Jahr. Die Mitglieder wählten im September Frau Dr. Brigitte Blum, Kieferorthopädin aus Augsburg, zu ihrer neuen Vorsitzenden. Ihre Vorgängerin, Frau Dr. Henriette Dörschug, räumte den „Chefsessel“ auf eigenen Wunsch aus persönlichen Gründen. Sie übt seither das Amt der Pressesprecherin aus und steht so der IKG nach wie vor zur Seite. Wir dürfen die Gelegenheit wahrnehmen und Frau Dr. Dörschug auch hier noch einmal sehr herzlich für die geleistete Arbeit, die oft nur mit enormen Arbeitseinsatz zu bewältigen war, danken.

Bereits zu Jahresbeginn war der Infobus an 155 (!!) Tagen ausgebucht, so lange wie nie zuvor.

Sollten auch Sie sich für eine Aktion mit dem KROCKY-Mobil interessieren, setzen Sie sich doch so bald wie möglich mit Doris Hoy in der IKG-Geschäftsstelle in Verbindung.

So erreichen Sie die Initiative Kiefergesundheit:

Montag bis Donnerstag von  
8.00 - 15.00 Uhr  
freitags von 8.00 - 12.00 Uhr  
unter 0821/349 12 16 oder per  
Telefax 0821/349 11 81  
e-mail: info@ikg-online.de  
postalisch unter der Adresse  
Fröhlichstraße 18,  
86150 Augsburg

IKG

## „Zahn & Co.“ – Gruppenprophylaxe für die 5. und 6. Klassen

Die „KINDERLIEDBÜHNE“ M-V hat in den vergangenen Jahren gezeigt, wie sie aus einem anfänglichen Geheimtipp für die Gruppenprophylaxe, nun zu einem in diesem Bereich in ganz Deutschland gefragten Programmangebot geworden ist. Viele hundert Veranstaltungen kommen da bundesweit zusammen. Jetzt gibt es neben dem bekannten Bühnenstück „Spiel mir das Lied vom Zahn“ (für Kinder bis zur 4. Klassenstufe) ein weiteres Projekt unter dem Titel „Zahn & Co. die Zahngesundheitsshow“ (für Schüler der 5. und 6. Klassenstufen). Die beiden Texter und Komponisten Andrea Peters und Thomas Birkigt sind seit vielen Jahren auch zu anderen wichtigen Gesundheitsthemen erfolgreich für diese Altersgruppe auf Deutschlandtour. Wer mit dieser Zielgruppe themenbezogen arbeitet, sollte neben zündenden Ideen, auch ein modernes pädagogisches Konzept verfolgen. Beides ist bei den Künstlern von der Ostseeküste der Fall. Die Songs für die neue Bühnenshow wurden in einem Tonstudio bei Salzwedel (Sachsen-Anhalt) aufgenommen. Das Konzept: „Aus Konsumenten werden Akteure - Aus Langeweile wird Kreativität“. Im Loitzer Büro bereitet man sich zurzeit auf das 15jährige Bühnenjubiläum der „KINDERLIEDBÜHNE“ M-V vor und bietet speziell allen regionalen Arbeitsgemeinschaften Jugendzahnpflege besonders attraktive Sonderkonditionen für diesen Anlass im kommenden Jahr. Ausführliches Infomaterial zu beiden Programmen (Beschreibung zur Planung und Durchführung von Seminaren und Veranstaltungen) können wie folgt kostenlos bestellt werden:

„KINDERLIED-BÜHNE“ M-V  
Postfach 1122  
17116 Loitz b. Demmin,  
Telefon: 039998 - 12 5 44,  
Telefax: 039998 - 12 5 54 oder  
im Internet:  
www.kinderliedbuehne.de

## Mundgesundheitszustand von Migranten

Mit der Veröffentlichung des Handbuches Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten ist den Herausgebern Dr. T. Schneller, R. Salman und Dr. Ch. Goepel ein Neulingswerk auf dem deutschsprachigen Sektor gelungen. Die Autoren widmen sich dem Ziel, den Mundgesundheitszustand von Migranten zu verbessern. Dabei gilt es, Präventionskonzepte unter Einbezug kultureller Normen, sprachlicher und migrationsbedingter Hintergründe zu erstellen sowie gleichzeitig Verhaltensweisen von Migranten zu verstehen.

Fachleute verschiedenster Richtungen haben sich zusammengefunden und durch ihre multidisziplinäre und praxisorientierte Mitarbeit an dem Fachbuch sowie durch ihre Forschungsarbeiten, Praxisprojekte und die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Interkulturelle Zahnmedizin und Oralprophylaxe (BAIZO) dieser Sache in Deutschland einen entscheidenden Impuls gegeben.

Dabei stehen wir nicht erst am Anfang unserer Bemühungen, wie durch einen Vergleich in Deutschland und in anderen europäischen Ländern gezeigt werden konnte.

Für die Zukunft gilt es, die Zugangsbarrieren zwischen den Fachleuten der Gesundheitsversorgung und den Zielgruppen der Migranten zu senken bzw. langfristig abzubauen. Hierzu ist es notwendig, dass Intensiv-Prophylaxeprogramme im Rahmen der GP auch muttersprachlich und bikulturell gestaltet werden.

Das Handbuch (336 Seiten) ist zum Preis von 22,- DM (+ Versandkosten) bei der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege zu beziehen.

Kontakt:  
Deutsche Arbeitsgemeinschaft  
für Jugendzahn pflege e. V.  
Dr. Christiane Goepel  
Von-Sandt-Str. 9, 53225 Bonn  
Tel.: 0228/694677;  
Fax: 0228/694679  
e-mail: DAJ.Bonn@t-online.de



## Impressum

### Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

### Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Klaus-Günther Dürr

Lacheweg 42, 63303 Dreieich

Tel. (dienstl.) 06192/201-1121, klausduerr@planet-interkom.de

2. Vorsitzende: Dr. Gudrun Rojas

Bergstraße 18, 14770 Brandenburg

Tel.(dienstl.) 03381/585330, Fax. 03381/585304, G.Rojas@t-online.de

Geschäftsführerin: Dr. Claudia Sauerland

Uelzener Dorfstraße 9, 59425 Unna

Tel. (dienstl.) 02303/272653, Sauerland-unna@t-online.de

Schatzmeister: Bernd Schröder, Mozartstraße 50, 47226 Duisburg-

Rheinhausen, Tel./Fax.02065/9058579, BSKiel@aol.com

Beisitzer: Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,

Tel.(dienstl.) 02306/100550

### Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Michael Schäfer, MPH, Oberdorfstraße 31, 53343 Wachtberg

### Redaktion:

Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,

Tel.(dienstl.) 02306/100550, chri.hollinger@cityweb.de

### Beirat:

Dr. Gudrun Rojas, Bergstraße 18, 14770 Brandenburg a.d. Havel

Ellen Arlt, Parkstraße 22, 17235 Neustrelitz

Dr. Michael Schäfer, MPH, Oberdorfstraße 31, 53343 Wachtberg

### Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstraße 50, 47226 Duisburg-Rheinhausen

Tel./Fax.02065/9058579, BSKiel@aol.com

Bankverbindung: Sparkasse Kiel, KTO 1920 5558, BLZ210 501 70

### Verbandsorgan:

Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“, - Wissenschaftliche

Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens -

### Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“, erscheint vierteljährlich. Beitragszahlende Mitglieder des Bundesverbandes erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Einzelheft: 8,- DM, Jahres-Abonnement 30,- DM, inklusive Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.

Bestellungen werden vom Geschäftsführer entgegengenommen.

Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluss.

### Hinweise für die Autoren:

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur vollen oder teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.

Manuskripte sind an die Redaktionsanschrift zu senden.

Texte sollten nach Möglichkeit auf Diskette geliefert werden.

Bildmaterial oder Grafikszeichnungen bitte als Aufsichtsvorlage oder

Dia beilegen.

**Nachdruck**, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Heraus-

gebers. 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 Bundes-

verbandes nicht zu entsprechen braucht.

### Gestaltung:

www.GARDENERS.de

### Druck:

Gerhardts-Verlag, 64686 Lautertal/OT Beedenkirchen

Auflage: 750 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

## Vorankündigungen:

---

### Fortbildungsveranstaltungen der DAJ

#### Thema: „Gruppenprophylaxe für Jugendliche“

u.a. mit Workshops zu den Themen:

- kreative Unterrichtsmodule
- Unterrichtsstationen in kleinen Gruppen
- Arbeiten in Behinderteneinrichtungen

#### Orte und Termine:

Bonn am 5. u. 6. November 2001

Berlin-Erkner am 20. u. 21. November 2001

#### Weitere Informationen:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege

Von-Sandt-Str.9, 53225 Bonn

Tel: 0228/ 694677 Fax: 0228/ 694679 e-mail: DAJ.Bonn@t-online.de

---

### 52. Wissenschaftlicher Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

#### Thema: „Gesundheitsziele – eine Herausforderung für den ÖGD“

#### Ort und Termin:

23.- 25. Mai in Halle (Saale) im MARITIM Hotel Halle

---