

3 Editorial

Aktuelles Thema

- 4 51. wissenschaftlicher Kongress
- 4 Methoden und Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen im Bereich zahnmedizinischer Präventionsmaßnahmen
- 6 Wurzelkanalbehandlung als zahn-erhaltende Maßnahme
- 8 Sind zahnärztliche Implantate ein vollwertiger Zahnersatz?
- 10 Subjektive Befindlichkeit von Grundschulkindern: Von der Motivation zum Verhalten

Berichte

- 12 10 Jahre Zahnärztlicher Dienst in Brandenburg - ein Resümee
- 15 Tag der Zahngesundheit 2001
- 15 TdZ in Duisburg
- 16 30 Jahre Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Verband

- 14 Gespräch mit der Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt
- 16 Frau Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann in den Ruhestand verabschiedet

Aktuelles

- 18 Wrigley-Prophylaxepreis – Ausschreibung 2001
- 17 Pressemeldung

Neue Medien

- 17 Ein Plus für die Zahngesundheit
- 18 Rock gegen Karies

Buchbesprechung

- 19 Chinesische Zungendiagnostik

14 Erratum

20 Impressum

Anzeige Kinderliedbühne

1/1 Anzeige
GABA



Dr. Heidrun Gemba

Sachsen-Anhalt ist im nächsten Jahr Gastgeberland für den wissenschaftlichen Kongress der Bundesverbände der Ärzte und der Zahnärzte des ÖGD. Tagungsort ist die über 1000-jährige Universitätsstadt Halle an der Saale, ein kulturelles und wissenschaftliches Zentrum mit Sitz der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und den Franckeschen Stiftungen als Zeugnis des Pietismus und sozialer Verantwortung.

Das Kongressmotto lautet diesmal:

„Gesundheitsziele- eine Herausforderung für den ÖGD“. Auch die Verbesserung der Zahngesundheit der Bürger unseres Bundeslandes ist schon 1998 auf der 1. Landesgesundheitskonferenz Sachsen-Anhalts als eines von sechs Gesundheitszielen verabschiedet worden. Diese Thematik, aber auch Vorträge zur modernen Kariesdiagnostik und zu epidemiologischen Fragestellungen werden u.a. Schwerpunkte für interessante Vorträge und sicher für anregende kollegiale Diskussionen sein.

Als zusätzlichen Anreiz, die Reise nach Sachsen-Anhalt anzutreten möchte ich die Gelegenheit nutzen, unser Bundesland vorzustellen. Zahlreiche Burgen, Schlösser, Klöster und Kirchen prägen die Kulturlandschaft an der Straße der Romanik von Magdeburg, der Hauptstadt des ersten deutschen Kaiserreiches unter Otto I. durch die Altmark, den Harz und die Kaiserpfalzen Tilleda, Memleben und Merseburg zur Domstadt Naumburg. Seit 1000 Jahren wird in der sonnigen Region an den Muschelkalkhängen der Saale und Unstrut Wein angebaut. Zum UNESCO-Weltkulturerbe gehören die Fachwerkstadt Quedlinburg, die Wirkungsstätten Luthers in Eisleben und Wittenberg, das Bauhaus und die Meisterhäuser in Dessau und das Wörlitzer klassizistische Gartenreich mit den Schlössern Wörlitz, Oranienbaum, Luisium und Mosigkau.

Als Korrespondenzregion der EXPO wurde in 34 Einzelprojekten ein Strukturwandel vollzogen. In ehemaligen Bergbaugebieten entstanden bei Groitzsche Landschaftskunstprojekte und Ferropolis, die Stadt aus Eisen.

Sie werden sehen, sowohl die Teilnahme am Kongress, als auch das Kennenlernen unserer Region wird zu einer Bereicherung für Sie werden. Überzeugen Sie sich selbst!

Dr. Heidrun Gemba



Methoden und Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen im Bereich zahnmedizinischer Präventionsmaßnahmen

Dr. F. Hessel

Einleitung

Gesundheitsökonomischen Betrachtungen kommt eine zunehmende Bedeutung auch im zahnmedizinischen Bereich zu. Der technische Fortschritt und damit verbunden, die wachsenden Möglichkeiten medizinischer Diagnose und Behandlung, die absehbare auch das Gesundheitswesen prägende demographische Mehrbelastung, die zu einer Zunahme der Anteile älterer – und meist auch kränkerer – Bevölkerungsgruppen führt, eine weitgehend stagnierende Einnahmehasis – Stichwort Beitragssatzstabilität – sowie die zwar vorhandenen, aber letztlich begrenzten Rationalisierungspotentiale lassen eine Prioritätensetzung und eine damit konsequenterweise verbundene, effektive und verteilungsgerechte Ressourcenallokation im Gesundheitswesen notwendig erscheinen (siehe z.B. auch 1, 2, 3, 4).

Gesundheitsökonomische Analysen und insbesondere ökonomische Evaluationen konkreter medizinischer Verfahren können wertvolle Informationen zur Kosteneffektivität liefern und sind als Chance zu sehen, den Ressourcenallokationsprozess im Gesundheitswesen auf eine rationalere Grundlage zu stellen. Betrachtet man die Themen gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien, so finden sich hauptsächlich Untersuchungen kurativer und therapeutischer Maßnahmen. Gerade aber im Bereich präventiver Maßnahmen liegen, wie neuere Schätzungen zeigen, einerseits große Einsparpotentiale und andererseits aber auch ein großer Handlungsbedarf. Durch langfristige Prävention lassen sich 25-30% der heutigen Gesundheitsausgaben vermeiden, Voraussetzung für eine Implementierung (oder das Beibehalten) einer Maßnahme ist jedoch

auch eine akzeptable Kosten-Wirkungs-Relation (4).

Präventionsmaßnahmen haben in der Zahnmedizin eine vergleichsweise lange Tradition und in den 90er Jahren wurde auch gesundheitspolitisch eine klare diesbezügliche Prioritätenverschiebung proklamiert. Als Meilenstein für die Prävention in der Kinderzahnpflege ist hier die gesetzliche Verankerung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen (§21 SGB V, 1989) zu sehen. Diese vielfach als Paradigmenwechsel bezeichnete Entwicklung hielt nur zögerlich Einzug in die Wirklichkeit der Gesundheitsversorgung, wobei nichtsdestotrotz seit Einführung ein Rückgang der Kariesprävalenz bei Kindern verzeichnet werden kann. Die solide wissenschaftliche Untersuchung der medizinischen Effektivität und insbesondere der ökonomischen Effizienz präventiver Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit steht weitgehend noch aus. Die Aussagekraft der wenigen bisher durchgeführten Untersuchungen ist aufgrund methodischer Schwierigkeiten vielfach begrenzt (vgl. z.B. 5).

In diesem kurzen Abriss sollen einerseits die derzeit zur Verfügung stehenden Konzepte zur Durchführung gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien vorgestellt werden und andererseits Themengebiete und Ergebnisse aus dem zahnmedizinischen Bereich mit einem Schwerpunkt auf präventive Maßnahmen angesprochen werden.

Gesundheitsökonomische Fragestellungen in der Zahnmedizin

Die Vermeidung der Verwendung fehlerhafter Materialien und der Anwendung unwirksamer bis schädlicher Verfahren ist auch im ökonomischen Sinne höchst effektiv. Auch aus gesundheitsökonomischer Sicht ist in der gesamten Zahnmedizin der Qualitätssicherung eine hohe Prioritätsstufe einzuräumen. Bei der Formulierung von Behandlungsrichtlinien sowie evidenzbasierten Empfehlungen sollten auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden.

Denkbare Felder der Gesundheitsökonomie in der Zahnmedizin sind einerseits betriebswirtschaftlich orientierte Fragestellungen z.B. nach der ökonomisch effektivsten Organisation der zahnärztlichen Praxis. Empfehlungen derartiger Kal-

kulationen können durchaus im Widerspruch zu volkswirtschaftlich orientierten Betrachtungen oder Public-Health-Empfehlungen stehen. An der Schnittstelle zwischen beiden Bereichen befinden sich Fragen nach für alle Akteure akzeptablen und gerechten Vergütungsverfahren und die Aufnahme (bzw. den Ausschluss) konkreter Verfahren in den Gegenstandskatalog der gesetzlichen und/oder privaten Krankenkassen. Gesundheitsökonomische Analysen thematisieren beispielsweise die gesundheitspolitische Umsetzung und die Auswirkungen der in Deutschland in den letzten Jahrzehnten proklamierten Prioritätenverschiebung zugunsten präventiver anstelle reparativer Maßnahmen.

Der dritte große Bereich der Gesundheitsökonomie neben dem betriebswirtschaftlich orientierten Management von Gesundheitseinrichtungen und der sich mit der Gesundheitssystemforschung überschneidenden Krankenversicherungslehre ist das Gebiet der gesundheitsökonomischen Evaluation in Form des Vergleiches konkreter diagnostischer und therapeutischer medizinischer Maßnahmen. Hierbei bietet sich einerseits der Vergleich verschiedener Behandlungsalternativen – beispielsweise Füllungsmaterialien, zahnprothetische Versorgungsverfahren oder kieferorthopädische Behandlungsstrategien – einschließlich damit in Zusammenhang stehender Technologien wie anästhetischer Verfahren, Akupunktur oder Hypnose, an, andererseits kommt gerade im Bereich der Zahnmedizin Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen eine große Bedeutung zu.

Arten der gesundheitsökonomischen Evaluation

Zentraler Punkt einer gesundheitsökonomischen Evaluation ist die Kalkulation und das Einbeziehen der mit einer Erkrankung oder einer Intervention in Zusammenhang stehenden Kosten. Dazu interessieren neben den reinen Kosten der Intervention selbst, z.B. die Durchführung einer Reihenuntersuchung, auch alle in Folge entstehenden Kosten und Ersparnisse, beispielsweise durch weitere Behandlung oder verhinderte Spätfolgen. Je nach eingenommener Perspektive werden auch die indirekten Kosten,

die durch Produktivitätsausfälle – Arbeitszeitausfälle, Berentung und vorzeitiger Tod – entstehen, berücksichtigt. Neben der isolierten Kalkulation der Kosten (Krankheitskostenstudie) bestehen vier sich grundsätzlich im methodischen Ansatz unterscheidende Arten der gesundheitsökonomischen Evaluation. Der Unterschied besteht hierbei in der so genannten Outcome-Größe, d.h. dem Nenner der Kosten-Outcome-Relation. Geht man davon aus, dass zwei alternative Interventionen exakt die gleiche Wirkung haben, können die beiden Kostenkalkulationen in Form einer Kosten-Minimierungs-Analyse gegenübergestellt werden. Dagegen werden in der wohl am häufigsten durchgeführten Studienform, der Kosten-Wirksamkeits-Analyse, verschiedene Interventionsalternativen auf der Basis der Kosten, die zur Erreichung einer Einheit eines adäquaten medizinischen Effektes benötigt werden, verglichen. Praktisch bedeutet dies die Kalkulation der Kosten pro Outcome-Einheit wie gewonnenes Lebensjahr, mmHg Blutdrucksenkung oder verhinderter Kariesbefall. In letzter Zeit eine rasant zunehmende Verbreitung finden Kosten-Nutzwert-Analysen. Hier werden die Kosten pro Lebensqualitätsgewinn verknüpft mit Zeitdauer, meist in Form der qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALYs) ermittelt. Diese Form der Analyse berücksichtigt das subjektive Empfinden der Patienten und bietet den Vorteil eines möglichen indikations- und bereichsübergreifenden Vergleiches. Eine weitere in anderen Bereichen häufig angewandte, im Gesundheitswesen jedoch (noch) nicht allgemein anerkannte Form der ökonomischen Evaluation sind Kosten-Nutzen-Analysen. Hier werden auch die medizinischen Effekte einer Intervention in Geldeinheiten ausgedrückt, meist über die Ermittlung der individuellen Zahlungsbereitschaft (weiterführend z.B. 6, 7, 8).

Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen im Bereich zahnärztlicher Präventionsmaßnahmen

a) Allgemein

Die Ergebnisse systematischer Literaturrecherchen zur vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz im

Bereich präventiver zahnmedizinischer Verfahren zeichnen ein eher ernüchterndes Bild. So schreibt beispielsweise Kay (5): „Es können sehr wenige definitive Schlussfolgerungen bzgl. Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit aus der derzeit verfügbaren Evidenz gezogen werden. Die Qualität der vorhandenen Evaluationsstudien muss verbessert werden.“

Zur weiter gehenden Fragestellung nach der gesundheitsökonomischen Effizienz zahnärztlicher Präventionsmaßnahmen finden sich, mit der Ausnahme des Bereichs der Fluoridierungsverfahren zur Kariesprävention, noch weniger aussagekräftige Studien. Dies liegt einerseits an der vergleichsweise hohen Komplexität ökonomischer Analysen von Screening- und Präventionsverfahren – beispielsweise ist hier ein längerer Zeithorizont erforderlich – andererseits liegen im Vergleich zu anderen Bereichen der Medizin nur sehr wenige abgeschlossene Studien vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch bei zahnmedizinischen Präventionsmaßnahmen eine kurzfristige Kosteneffektivität nicht gegeben ist, sich jedoch mittel- bis langfristig Investitionen zur Krankheitsverhütung auszahlen und oft im Vergleich therapeutischen Maßnahmen bei bereits bestehender Erkrankung überlegen sind.

b) Erziehungs- und Aufklärungsprogramme

Karies und Parodontitis können durch regelmäßige Zahnpflege mit fluoridierter Zahnpasta kontrolliert werden, aber der kosteneffektivste Weg ein derartiges Verhalten zu fördern hat sich (noch) nicht herauskristallisiert. Mit Hilfe von Aufklärungsmaßnahmen kann zwar das Wissensniveau und das Gesundheitsbewusstsein der jeweiligen Zielgruppen fast immer erhöht werden, aber ob dieser Effekt auch zu tatsächlichen Veränderungen des Verhaltens oder gar klinisch nachweisbaren Verbesserungen führt, ist unbewiesen. Insgesamt erscheinen jedoch zielgruppenorientierte Maßnahmen unter Aufsicht im Vergleich zu ein breites „Publikum“ ansprechenden Medienkampagnen aus gesundheitsökonomischer Sicht effektiver.

c) Mit Fluorid verbundene Maßnahmen

Während in Nordamerika die Fluoridierung des Trinkwassers als die „erfolgreichste Public-Health-Maßnahme aller Zeiten“ gerühmt wird (9), wird dieses Verfahren in Deutschland nicht eingesetzt. Vergleichende Studien ergaben, dass die individuell medizinisch wirksameren Fluortinkturen bzw. die regelmäßige Anwendung von spezieller Zahnpasta im Hinblick auf die Kosten pro verhinderter kariöser Zahnfläche der Trinkwasseranreicherung unterlegen sind (z.B. 10). Die konsequente Benutzung von fluoridiertem Kochsalz zeigt eine ähnliche medizinische Wirksamkeit wie die Trinkwasseranreicherung, die Kosten pro verhinderter kariöser Zahnfläche liegen jedoch niedriger. Somit ist in Deutschland aus gesundheitsökonomischer Sicht zur Kariesprophylaxe die Verwendung von fluoridiertem Kochsalz zu empfehlen.

Ausblick

Es besteht national wie auch international ein erhöhter Forschungsbedarf im Bereich gesundheitsökonomischer Analysen von Präventionsmaßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit. Gewisse bisher ungelöste methodische Probleme, aber auch das schlichte Fehlen aussagekräftiger Studien verhindern gegenwärtig, dass valide Ergebnisse zur Verfügung stehen. Die Möglichkeit zu gesundheitsökonomischen Untersuchungen auch im Bereich der Prävention ist jedoch gegeben. Die Bemühungen der letzten Jahrzehnte führten zur Entwicklung geeigneter Instrumente und die vorliegenden nationalen und internationalen Empfehlungen zur Durchführung gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien ermöglichen eine gewisse Standardisierung der Erhebungen. Die Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien liefern wertvolle Beiträge zu einer rationaleren Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Daraus abgeleitete Algorithmen zur Maximierung des ökonomischen Nutzens können den gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess unterstützen, sie können und dürfen ihn aber niemals ersetzen.

Dr. Franz Hessel M.P.H.
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Greifswald
Lehrstuhl
Gesundheitsmanagement
Rötgerberstraße 8
17487 Greifswald

- Literatur bei
der Redaktion -



Wurzelkanal- behandlung als zahnerhaltende Maßnahme

PD D. Pahncke und Prof. E. Beetke



Modernes endodontisches Instrumentarium und in den letzten Jahren sprunghaft gestiegenes Wissen sind die Grundlage dafür, dass die mechanische Erweiterung auch stark gekrümmter Wurzelkanäle heute in der überwiegenden Zahl der Behandlungen gelingt. Die Prognose für Vitalexstirpationen hat sich verbessert, aber besonders beim infizierten Wurzelkanal ist durch die Kombination von wirkungsvollen Desinfektionsmitteln, intensiven Spülungen und die biomechanische Aufbereitung eine Keimreduzierung und -vernichtung möglich. Legt man die in vielen Arbeiten nachgewiesene These der bakteriellen Besiedlung des Wurzelkanals als eigentliche Ursache periapikaler Prozesse zugrunde, so erklärt sich die auch auf konservativem Behandlungswege erreichbare hohe Erfolgsrate. Die Auswertung statistischer Erhebungen zeigt eine Zunahme endodontischer Behandlungen zu Lasten von Extraktionen und einen Therapie-wandel zugunsten der konservativen endodontischen Therapie. Das von uns geübte klinische Vorgehen und eigene Erfahrungen bei der Behandlung des infizierten Wurzelkanals werden vorgestellt.

Das gewachsene Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung korreliert aus der Sicht der Endodontie mit einer ständig steigenden Anzahl an Wurzelkanalbehandlungen zum Erhalt bereits stark geschädigter Zähne. Die Umsetzung von Forschungsergebnissen, modernes Instrumentarium und eine wesentlich verbesserte prä- und postgraduale Ausbildung der letzten Jahre haben zu einem Therapiewandel geführt, der sich auch aus dem Zahlenmaterial der KZV Mecklenburg- Vorpommern ablesen lässt. Insbesondere die Abkehr von den Mortalverfahren zur Vitalexstirpation ist gut erkennbar (Abb. 1). An der Klinik und den Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Rostock wurden im Jahre 1997 insgesamt nur noch 47 (!) Mortalex-

stirpationen bei Fehlschlägen oder Undurchführbarkeit der Lokalanästhesie durchgeführt. Auch der Anteil an Wurzelspitzenresektionen hat im Verhältnis zur konservativen Behandlung des infizierten Wurzelkanals deutlich abgenommen (Abb. 2).

Die biomechanische Aufbereitung des Wurzelkanals ist die Grundlage der endodontischen Therapie. Maßgeblichen Anteil am Erfolg der Behandlung hat der mechanische Abtrag der infizierten Dentinschichten. Wir fordern die Erweiterung des Wurzelkanals, ausgehend von der apikalen Initialfeile um mindestens fünf ISO- Größen. Bei der mechanischen Bearbeitung der Wurzelkanalwände ist eine Keimverschleppung in apikale Richtung zu vermeiden. Der entstandene Detritus sollte deshalb unabhängig von der Aufbereitungstechnik durch intensive Spülungen in Suspension gehalten und aus dem Kanal herausgespült werden. Als antibakteriell wirksame Lösungen zur Spülung des Wurzelkanals kommen heute nur noch Natrium-Hypochlorit in 0,5 bis 5,25%iger Konzentration und Chlorhexidin (0,2%) zur Anwendung. Die geringste Konzentration erfasst einige Staphylokokken nicht; bei hohen Konzentrationen steigt die Toxizität schneller an als der desinfizierende Effekt. An unserer Klinik verwenden wir deshalb eine 1% Lösung von NaOCl. Desinfektionsmittel entfalten ihre Wirksamkeit erst nach Ablauf einer bestimmten Einwirkdauer. Deshalb sollte auch bei der Spülung des Wurzelkanals das Präparat für die Dauer von

Konservative und chirurgische Wurzelbehandlung Polikliniken für ZMK der Universität Rostock

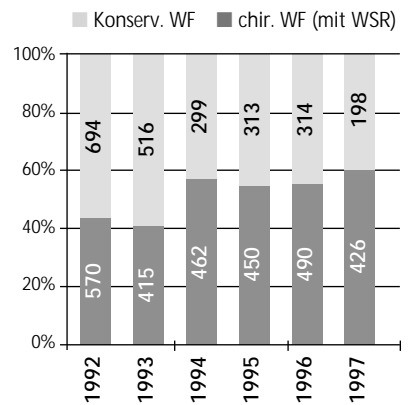


Abb. 2: Relative und absolute Anzahl konservativ und chirurgisch erbrachter Wurzelfüllungen an den Polikliniken für ZMK der Universität Rostock in den Jahren 1992 bis 1997

3 - 5 Minuten im Kanal verbleiben.

Bei der Aufbereitung des Wurzelkanals mit Ultraschall werden neben der kontinuierlichen Spülung während des Materialabtrags besonders große Flüssigkeitsmengen eingesetzt. Vorteilhaft ist bei diesem Verfahren auch, dass die ultraschall-aktivierte Feile einen Flüssigkeitsstrom erzeugt, der in Richtung der Instrumentenspitze gerichtet ist (acoustic streaming). Die Begrädigung des Kanals und die ungleichmäßige Bearbeitung der Kanalwände stellen Nachteile der Ultraschallanwendung dar.

Die einzeitige endodontische Behandlung ist nach der Vitalexstirpation fast in allen Fällen durchführbar. Aber auch beim infizierten Wurzelkanal ist vielfach der sofortige Verschluss des Zahnes möglich; hier sollte jedoch zunächst eine desinfizierende Zwischeneinlage appliziert und der Zahn mit einer bakteriendichten und dem Kaudruck widerstehenden temporären Füllung versorgt werden. Nach starkem Perkussionsbefund und/oder exzessiver Exsudat- oder Pusentleerung erscheint es empfehlenswert, die Behandlung sogar ohne Zwischeneinlage und -verschluss erst nach zwei bis drei Tagen fortzusetzen. Ist der Zahn vor der Wurzelkanalaufbereitung mit einer Aufbaufüllung zur Rekonstruktion der klinischen Krone versehen worden, erfolgt der okklusale Verschluss mit dem Präparat Cavit (W). Bei notwendigen umfangreicheren Aufbauten sollte ein GIZ oder Kompomer gewählt werden.

Endodontische Behandlungen Mecklenburg-Vorpommern (Quelle: KZV-MV)

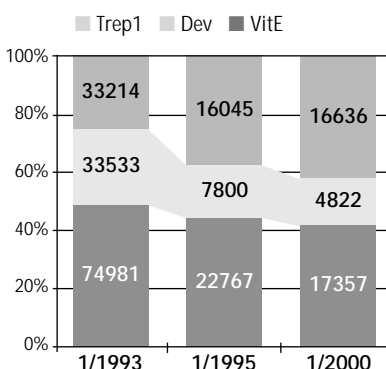


Abb. 1: Anzahl der Vital- (VitE) und Mortalexstirpationen (Dev) und der Behandlungen des infizierten Wurzelkanals (Trep1) jeweils im ersten Quartal der Jahre 1993, 1995 und 2000

Die Aufgabe der Zwischeneinlage besteht einerseits darin, im Wurzelkanal nach dem Abtrag der infizierten Dentinschichten und der desinfizierenden Spülung dennoch verbliebene Bakterien zu vernichten. Besonders bei gekrümmten Wurzelkanälen gelingt es nicht immer, den Bereich der großen Krümmung vollständig zu säubern. Verbliebene Bakterien können hier durch die Wirkung der Zwischeneinlage abgetötet und Gewebsreste zersetzt werden. So vorbehandelte Kanalabschnitte sind in der nachfolgenden Sitzung dann durch Spülung und mechanische Bearbeitung leichter zu reinigen. Als Material der Zwischeneinlage wird heute Kalziumhydroxid empfohlen. Seine Wirkung basiert auf dem hohen pH-Wert (11 - 13), der zur Kolliquationsnekrose führt. Durch den Abfall des pH-Wertes nach Applikation ist die desinfizierende Wirkung auf Stunden bis wenige Tage begrenzt. Einige Autoren empfehlen deshalb, eine Liegedauer von 7 Tagen nicht zu überschreiten. Nur bei hartnäckigen Infektionen kann auf ein Kombinationspräparat, in

der Regel bestehend aus Antibiotikum und Kortikoid, zurückgegriffen werden. Die Kortikoide bewirken hier ein Abklingen der Beschwerden, gleichzeitig jedoch auch eine Schwächung der körpereigenen Abwehr. Durch das ebenfalls im Präparat vorhandene Antibiotikum wird die Erregerausbreitung gebremst. Der Nachteil dieser Therapie besteht in der lokalen Anwendung eines Antibiotikums und der davon ausgehenden Sensibilisierung des Organismus und Schaffung von resistenten Bakterienstämmen. Aus diesem Grunde werden entsprechende Präparate an unserer Poliklinik nur in der „Notfallendodontie“ für zwei bis drei Tage eingesetzt. Untersuchungen verschiedener Autoren und langjährige eigene klinische Erfahrungen haben gezeigt, dass das Antibiotikum der Kombinationspräparate durch Chlorhexidin, welches ebenfalls über ein breites antibakterielles Spektrum verfügt, ersetzt werden kann. Wegen der geringeren Gefahr der Sensibilisierung und Resistenzbildung mit diesem Vorgehen würde eine effektive Methode zur Behandlung akuter Exa-

zervationen und therapieresistenter Prozesse zur Verfügung stehen; leider werden entsprechende Präparate zurzeit auf dem deutschen Markt jedoch nicht angeboten.

Jede endodontische Behandlung einschließlich ausgedehnter periapikaler Läsionen (Ausnahme: Zyste) sollte zunächst auf konservativem Wege vorgenommen werden, wenn angenommen werden kann, dass die Aufbereitung bis zur apikalen Konstriktion gelingt. Fast alle Autoren stimmen darin überein, dass durch die geringere Belastung des Patienten und die fehlende Funktionsminderung des Zahnes das nichtinvasive Verfahren vorzuziehen ist. Außerdem scheinen sich die Ergebnisse nach chirurgischer oder konservativer Behandlung des infizierten Wurzelkanals kaum zu unterscheiden. Bei notwendigen endodontischen Revisionen nach dem Scheitern der konservativen Behandlung steht dann die Wurzelspitzenresektion oder Hemisektion als zusätzliche Möglichkeit zum Erhalt des Zahnes zur Verfügung.

Ein bakteriendichter, den Wurzelkanal bis zur apikalen Konstriktion

Korrespondenz-
adresse:
PD Dr. D. Pahncke
Prof. Dr. E. Beetke

Poliklinik für
Zahnerhaltung der
Universität Rostock
Strempelstr. 13
18055 Rostock

tion wandständig ausfüllender Verschluss ist durch die Lateralkondensation in Kombination mit Diaket (Fa. ESPE) oder AH26 (Fa. DETREY DENTSPLEY) als Sealer am besten zu erreichen. Diese Erfahrung an unserer Klinik bestätigen viele Studien anderer Autoren. Außer in apikale Richtung muss der Wurzelkanal auch okklusal sofort nach der Wurzelfüllung definitiv abgedichtet werden. Nach der Entfernung der Guttapercha aus dem Wurzelkanaleingang wird dieser mit Phosphatzement in dünner Schicht verschlossen um eventuell ein späteres Wiederauffinden zu erleichtern. Die verbleibende Kavität kann dann mit GIZ, einem chemisch härtenden Komposit als Aufbaufüllung oder definitiv verschlossen werden. Drei bis sechs Monate nach der Wurzelfüllung wird der Heilungsverlauf klinisch und röntgenologisch ausgewertet, bei positivem Verlauf die Aufbaufüllung durch eine prothetische Versorgung ersetzt. Bei großen Hartschubstanzverlusten im Kronenbereich erproben wir zurzeit die adhäsive Verankerung der Aufbaufüllung durch Extension des Kompositmaterials bis in die Wurzelkanäle oder die kombinierte Anwendung von Stiften (Metall, Glasfaser) und Komposit direkt nach der Wurzelfüllung.

Zur Sicherung eines Therapieerfolges ist die Aufbereitung des Wurzelkanals bis zur apikalen Konstriktion unumgänglich. Moderne Verfahren dazu stehen heute zur Verfügung (Nickel-Titan-Instrumente, maschinelle Systeme). Sie erleichtern heute die Tätigkeit, bringen aber nur in wenigen Fällen Zeiteinsparungen mit sich. Zur Rekonstruktion der klinischen Krone vor der Aufbereitung des Wurzelkanals ist eine Aufbaufüllung zu legen, deren Anfertigung in der Gebühreordnung ebenso wenig vorgesehen ist, wie der aus definitivem Füllungsmaterial bestehende Verschluss des Zahnes bis zur prothetischen Endversorgung. Das klinische Vorgehen verlangt vom Behandler eine hohe Disziplin mit exakter Einhaltung der Reihenfolge und Durchführung der einzelnen Arbeitsschritte. Das erreichbare Ergebnis bestätigt dann jedoch, dass die Wurzelkanalbehandlung heute durchaus als zahnerhaltende Maßnahme anzusehen ist.

Sind Implantate ein vollwertiger Zahnersatz?

Prof. Dr. H. von Schwanewede

Werkstoffe für zahnärztliche Implantate

In der enossalen Implantologie werden weltweit überwiegend metallische Implantate auf der Basis von Titan hergestellt und eingegliedert. Es haben sich schrauben- und zylinderförmige Typen durchgesetzt. Prinzipiell bewährt hat sich die Beschichtung und/oder Konditionierung der Implantatoberfläche mittels Plasma-Flammenspritzverfahren bzw. Sandstrahlung und Ätzung. Diese Methoden können die Osseointegration der Implantate und deren Verankerung im Knochen begünstigen. Gegenwärtig gelten Sandstrahlung und Ätzung als besonders vorteilhaft. Nach BUSER (1) und WEINGART (2) ermöglichen grob sandgestrahlte und säuregeätzte (SLA) Implantate die kürzeste Einheilzeit für unverblokte Implantate.

Einheilzeit von Implantaten

Die Insertion von enossalen Implantaten ist ein- und zweiphasig möglich. Dementsprechend kommen ein- und mehrteilige Implantate zur Anwendung. Das Vorgehen wird vom gewollten Zeitpunkt der Belastung der Implantate bestimmt. Im Hinblick auf die Einheilzeit zeichnen sich eindeutig Tendenzen in Richtung auf deren Verkürzung ab. Bestimmte Systeme lassen auch die Sofortbelastung von Implantaten zu. Langzeitergebnisse fehlen allerdings noch.

Indikation von Implantaten

Die Indikation von Implantaten und implantatgestütztem Zahnersatz ist gegeben bei:

- Einzelzahnücken
- weitspannig unterbrochenen Zahnreihen
- verkürzten Zahnreihen
- reduziertem und stark reduziertem Restgebiss
- zahnlosen Kiefern

Der implantatgetragene Einzelzahnersatz ermöglicht im Vergleich zur konventionellen Brückenprothetik die Schonung der Hartschubstanz

benachbarter Zähne und den Erhalt ihrer Eigenbeweglichkeit sowie die Aufrechterhaltung von Knochen- und Weichgewebekontur im Implantationsgebiet. Bei verkürzten und weitspannig unterbrochenen Zahnreihen ist die Insertion von Implantaten letztlich die einzige Möglichkeit, die Eingliederung abnehmbarer Teilprothesen zu vermeiden. Im reduzierten und stark reduzierten Lückengebiss ist die Implantation deswegen von Bedeutung, weil durch das Inserieren von Implantaten im Bereich strategisch wichtiger Lokalisationspunkte nicht nur abnehmbare Teilprothesen, sondern darüber hinaus auch der Einsatz bedingt festsitzender implantatgetragener Restaurationen erfolgen kann. Im zahnlosen Kiefer können sich Implantate als besonders hilfreich erweisen. Hier reicht die Palette der prothetischen Behandlungsmöglichkeiten, in Abhängigkeit von der Anzahl der Implantate, von einfachen Stegkonstruktionen bis hin zu bedingt abnehmbar verschraubten Extensionsbrücken.

Planung der Implantation und des implantatverankerten Zahnersatzes

Die Implantation einschließlich der Versorgung mit prothetischen Suprakonstruktionen bedarf einer individuell ausgerichteten Planung. Die Beschaffenheit der Restbeziehung, die Resilienz und Keratinisierung der Mukosa sowie die orovestibuläre Knochenbreite und das Knochenprofil sind besonders exakt zu überprüfen. Darüber hinaus muss eine klinische Funktionsanalyse Aufschluss über die Kieferrelation, die Okklusion, die Muskulatur und die Kiefergelenke geben.

Von besonderem Interesse sind die ästhetischen Voraussetzungen. Daher muss den Konfigurationen des Weichgewebes und den korrespondierenden Bereichen besondere Beachtung geschenkt werden. Besonders bewährt hat sich ein diagnostisches Wax up unter Einbeziehung der zunächst in Wachs gefertigten prothetischen Suprastruktur. Diese kann eine wesentliche Hilfe für die Festlegung der Implantatposition, der Okklusion und der Ästhetik sein. Nach der Umsetzung von Wachs in transparenten Kunststoff wird sie anschließend als Röntgen- und Operationsschablone nutzbar (3). Dabei

können zahnbezogene Metallkugeln in die Schablone eingearbeitet werden, so daß individuell das vertikale und horizontale Knochenangebot und damit die Position der Implantate bestimmt werden kann. Bei der röntgenologischen Untersuchung sind Zahnfilm- und Computertomographieaufnahmen mit Millimeterraster und Panoramaübersichtsaufnahmen mit einer Messschablone unverzichtbar. Sie ermöglichen die Beurteilung des Restgebisses, des vertikalen Knochenangebots, des Abstands zu anatomisch wichtigen Strukturen und pathologischen Veränderungen (4).

Implantatverankerte Suprakonstruktionen in den einzelnen Indikationsgebieten

a) Einzelzahnücke im Frontzahnbereich

Sind Implantationen im Frontzahnbereich geplant, dominiert neben der knöchernen Integration des Implantats die ästhetische Funktion. Bei ungünstigen anatomischen Voraussetzungen, d. h. wenn transversale und vertikale Gewebsdefekte vorliegen, macht sich eine hart- und weichgewebliche Rekonstruktion erforderlich. Sichtbare Metallanteile lassen sich durch eine inframarginale Lage der Implantatoberkante vermeiden. Die Implantatachse sollte wurzelanalog zu den Nachbarzähnen orientiert sein. Nach unseren Erfahrungen haben sich Einzelzahnimplantationen insbesondere auch bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten als sinnvoll und Erfolg versprechend erwiesen. In Verbindung mit einer Osteoplastik im Spaltbereich und bei zweizeitigem Vorgehen konnten sowohl bei ein- als auch doppelseitigen Spaltbildungen günstige Ergebnisse erreicht werden. Individualisierbare Aufbauteile der Implantate und moderne vollkeramische Systeme sowie die Galvanotechnik bieten für die Kronenherstellung und -eingliederung heute günstige Voraussetzungen. Die Befestigung der Kronen kann sowohl durch Zementierung als auch durch transversale Verschraubung erfolgen.

b) Weitspannig unterbrochene Zahnreihen

Weitspannige Lücken mit bogenförmigem Verlauf lassen aufgrund

ungünstiger statischer Verhältnisse die Eingliederung konventioneller Brückenkonstruktionen nicht zu. Daher haben sich implantatverankerte prothetische Konstruktionen bei entsprechender Indikation durchaus als eine günstige Alternative erwiesen. Von entscheidender Bedeutung für die Wiedergabe der Mundsituation nach der Implantation ist eine präzise Abformung. Grundsätzlich sind folgende Methoden in der Implantologie möglich:

- konventionelle Abformtechnik - ohne Hilfsteile
- Repositionsabformung - Hilfsteil: Übertragungskappen
- Abformung mit individuellem offenen Löffel - Hilfsteil: Halteschrauben
- Semikonfektionierte Technik - Hilfsteil: Positionszylinder und -schrauben

Die beiden zuletzt genannten Methoden sind zwar aufwendiger, doch erscheint dieser Aufwand in Anbetracht der Sicherung einer hohen Qualität durchaus angebracht. Diese Methoden werden heute allgemein favorisiert. Nach der Art der Verankerung der Suprastruktur kann zwischen rein implantatgetragenen und zahn-implantatgetragenen Konstruktionen unterschieden werden. Neben der verkürzten Zahnreihe besteht auch bei weitspannig unterbrochenen Zahnreihen die Indikation für die Einbeziehung natürlicher Zähne zur Abstützung der prothetischen Suprakonstruktion. Dabei stellen die Implantate zusätzliche Pfeiler für die Brückenkonstruktion dar. Die Vorteile solcher Verbundbrücken bestehen darin, dass eine Belastungsverteilung auf natürliche Zähne, eine Reduktion der Implantatanzahl und Ankopplung des Implantats an den natürlichen Pfeilerzahn möglich ist. Hinzu kommt, dass sich gewisse Schutzmechanismen gegen eine Überbelastung einstellen. Die Indikation von Verbundbrücken-Konstruktionen besteht vor allem dann, wenn ein eingeschränktes Knochenangebot und/oder ohnehin die Notwendigkeit der Restauration benachbarter Zähne vorliegt. Rein implantatgetragene Konstruktionen bieten den Vorteil, dass die Spannweite und der Aufwand der Konstruktionen reduziert sind. Zudem ist vorteilhaft, dass Partner gleichen kinetischen Ver-

haltens einbezogen werden. Allerdings resultiert daraus eine höhere Anzahl von Implantaten.

c) Verkürzte Zahnreihen

Ein- aber auch doppelseitig verkürzte Zahnreihen zählen zu den Hauptindikationsgebieten von Implantaten. Die Notwendigkeit von therapeutischen Maßnahmen resultiert neben der eingeschränkten mastikatorischen Funktion vor allem aus der Gefahr der Vertikalwanderung der Zähne im Gegenkiefer. Diese können zu Gleithindernissen für den Unterkiefer und somit die Ursache für kranio-mandibuläre Dysfunktionen werden. Die Argumente sprechen daher eindeutig für die Indikation von Implantaten. Nach RICHTER UND SPIEKER-MANN (5) sowie GUNNE et al. (6) ergibt eine klinische Erfolgsbewertung keine wesentlichen Unterschiede zwischen rein implantatgetragenen und Verbundbrücken-Konstruktionen. Günstig einzuschätzen sind bei verkürzten Zahnreihen benachbart angeordnete und mit Einzelkronen versorgte Implantate.

d) Reduziertes und stark reduziertes Lückengebiss

Bei erheblich reduzierter Anzahl von Zähnen (1 – 3 Zähne pro Kiefer) besteht das Ziel der Behandlung vor allem darin, mit der Implantation die Abstützung und die Lagestabilität einer abnehmbaren Teilprothese zu verbessern und durch eine günstigere Belastung die Lebensdauer der restlichen Zähne zu verlängern. Als Suprakonstruktionen bieten sich Teleskop- und bedingt abnehmbare Brückenkonstruktionen an. Die Abnehmbarkeit der Suprakonstruktion gestattet es darüber hinaus im Bedarfsfall, Pfeilerzähne kariestherapeutisch und/oder endodontisch zu versorgen.

e) Zahnlose Kiefer

Zahnlose, atrophierte Kiefer gelten als klassisches Indikationsgebiet für den implantatverankerten Zahnersatz, insbesondere im Unterkiefer. Dabei stellt die Insertion von zwei Implantaten im interforaminalen Bereich und deren Verbindung über einen im Querschnitt ovalären oder runden Steg die Standardmethode dar. Die Prothese ist sowohl auf dem Steg als auch tegumental ab-

Prof. Dr.
H. v. Schwanewede

Poliklinik für
Zahnärztliche
Prothetik und
Werkstoffkunde
der Medizinischen
Fakultät der
Universität Rostock
Strempelstraße 13
18057 Rostock

gestützt. Vermehrt im Blickpunkt des Interesses stehen heute bedingt abnehmbare, implantatverankerte Brückenkonstruktionen oder Prothesen mit reduzierter Basis, die auf einem nach distal extendierten Steg befestigt werden. Diese Konstruktionen setzen aber vier bis sechs Implantate zur Verankerung voraus. Sie werden auf den Implantatextensionen verschraubt. Die Verankerung ist zweifellos sicherer als bei Steg-Verbindungen und erhöht das Kauvermögen. Sie stellt allerdings wesentlich höhere Anforderungen in Bezug auf den Aufwand und die Hygienisierung der Mundhöhle. Bei Insertion von vier bis sechs Implantaten und bei Vorliegen einer kleinen Vertikaldistanz zwischen beiden Kiefern sind im Oberkiefer auch festsitzende implantatverankerte Konstruktionen (Extensionssteg, Brückengerüst) indiziert (5).

Erfolgsbewertung, Perspektiven

Die durch eine Reihe von anspruchsvollen Studien (7, 8, 9, 10) belegte hohe prognostische Sicherheit moderner enossaler Implantat-Systeme hat dazu geführt, dass sich das Indikationsspektrum deutlich erweitert hat. So bietet beim Einzelzahnersatz das Implantat Vorteile in ästhetischer und parodontalhygienischer aber auch strukturerhaltender Sicht. Bei weitspannigen - und Frendlücken sowie bei reduzierten Lückengebissen, die aufgrund der Anzahl und Verteilung der Zähne keine konventionelle festsitzende prothetische Versorgung mehr zulassen, wird durch die Implantation der Indikationsbereich festsitzender und damit hochwertiger Konstruktionen wesentlich erweitert, wie auch zum Strukturerhalt oraler Gewebe beigetragen wird. Im zahnlosen atrophierten Unterkiefer gilt die Implantatverankerung als absolute Indikation und stellt die implantatgetragene Deckprothese heute eine Mindestversorgung dar (5). Strukturerhaltung und Funktionsverbesserung sind also die Vorteile der implantatverankerten prothetischen Therapie. Unter diesen Aspekten darf man davon ausgehen, dass zahnärztliche Implantate einen vollwertigen Zahnersatz darstellen, und dass ihr Bedarf kontinuierlich zunehmen wird, auch wenn die Implantologie immer noch ein sozialpolitisches Spannungsfeld darstellt.

Subjektive Befindlichkeit von Grundschulkindern: Von der Motivation zum Verhalten

Dr. U. Wiesmann,
Prof. H.-J. Hannich,
Prof. Ch. Krause

In vier Greifswalder und vier Göttinger Grundschulen wurde ein längsschnittlich angelegtes Forschungsprojekt zur Erprobung eines Programms zur Gesundheitsförderung durchgeführt. Im Mittelpunkt stand die Selbstwertstärkung und damit die psychische Gesundheit. Das Projekt orientierte sich am salutogenetischen Konzept von ANTONOVSKY (1993), in welchem biopsychosoziale Ressourcen und das subjektive Bewältigungshandeln für die Gesundheitserhaltung und -förderung eine entscheidende Rolle spielen. Eine dieser wichtigen Ressourcen ist ein positives Selbstwertgefühl.

Das Selbstwertgefühl als gesundheitliche Ressource

Selbstwertgefühl ist das Erleben des eigenen Wertes. Es ist jenes Gefühl, das aus dem Erleben des Angenommenwerdens, des Erlebens von Kompetenz und Anerkennung entsteht. Es ist jene Grunderfahrung des Kindes, die Erikson „Urvertrauen“ nennt. Das Selbstwertgefühl entsteht aus den Generalisierungen erfahrungsabhängiger Selbstbewertungen und bestimmt die Befindlichkeit des Menschen, die sich unter anderem ausdrückt in Wohlbefinden und Zufriedenheit, Selbstakzeptanz und Selbstachtung. Es stellt den Gegenpol zum so genannten Minderwertigkeitsgefühl dar, welches eine geringe Selbsteinschätzung meint und sich in Unzufriedenheit, Unsicherheit und Selbstablehnung äußert.

Das Gefühl des eigenen Wertes ist einerseits die Voraussetzung für das Vertrauen auf die eigenen Kräfte („Kohärenzsinn“ nach Antonovsky). Andererseits schafft das Erleben der eigenen Kompetenzen Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten und erhöht das Selbstwertgefühl. Wer sich seines Wertes bewusst ist, fühlt sich



Dr. U. Wiesmann

von Anforderungen weniger bedroht, hält deren Bewältigung grundsätzlich für machbar, ist also risikobereiter und empfindet auch den Umgang mit schwierigen Situationen eher als Herausforderung denn als Belastung. Ein positives Selbstwertgefühl von Grundschulkindern ist vor diesem Hintergrund eine wichtige Voraussetzung für die Erhaltung der Zahngesundheit.

Selbstwertgefühl und kognitive Entwicklung

Die Wirksamkeit des Selbstwertgefühls im Grundschulalter muss auf dem Hintergrund der kognitiven Entwicklung betrachtet werden. Nach Piaget befindet sich das Grundschulkind im Stadium konkret-operatorischer Strukturen. Das Denken des Kindes ist in hohem Maße abhängig von gegebenen Informationen, seien sie konkretanschaulich (z.B. in Bildform) oder sprachlich repräsentiert. Untersuchungen zur Gedächtnisentwicklung zeigen, dass Grundschulkindern bereits ein autobiografisches Gedächtnis besitzen, in welchem Erinnerungen an vielschichtige Erlebnisse mit starkem Selbstbezug enthalten sind. Diese episodischen Inhalte aus dem Langzeitgedächtnis (LZG) sind mit dem semantischen LZG-Teil assoziiert, in welchem konzeptuelle Wissensinhalte gespeichert sind, wie z.B. Sprache, Regeln, Begriffe. Kinder erwerben zwischen dem fünften und achten Lebensjahr eine metalinguistische Bewusstheit für Sprachkategorien und -regulartäten. Diese Kompetenzen wirken sich auf die Differenzierung autobiografischer Gedächtnisinhalte mit zunehmendem Alter aus. Für die Förderung der Zahngesundheit bedeutet dies, dass die subjektive Sichtweise von Kindern über Zahnpflegeverhalten, Ernährungsgewohnheiten und die Kenntnis über Befindlichkeiten sehr aufschlussreich sein können.

Methode und Fragestellung

Im Rahmen des Förderungsprogramms wurden jeweils am Ende der ersten drei Schuljahre mündliche Interviews durchgeführt. In diesem „Gesundheitsprofil“ wurde u.a. die Befindlichkeit, Zahngesundheit, das Zahnpflege- und Ernährungsverhalten erfasst. Es nahmen ns = 366, 329, 309 Grundschul Kinder in den Klassen 1 bis 3 teil. Für den Bereich der Zahngesundheit wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- 1) Wie stellt sich die psychische Befindlichkeit von Grundschulkindern über die ersten drei Grundschuljahre dar?
- 2) Wie lässt sich die subjektive Zahngesundheit, das subjektive Zahnpflege- und Ernährungsverhalten in der Entwicklung beschreiben?
- 3) Zeigen sich Zusammenhänge zwischen
 - a) einem subjektiv negativen Zahnstatus und „ungesunder“ Ernährungsweise,
 - b) dem subjektiv positiven Zahnstatus und regelmäßigem Zahnpflegeverhalten und
 - c) der subjektiv positiven Befindlichkeit und Zahnpflegeverhalten?

Ergebnisse und Diskussion

1. Psychische Befindlichkeit:

Die psychische Befindlichkeit – erfasst über das Item „Wie fühlst du dich meistens? – ist mehrheitlich positiv: 81,5%, 76,6% und 79,8% fühlten sich in den Klassen 1 bis 3 „froh“. Nur ein geringer Teil fühlte sich habituell „müde“ (11,7%, 14,5% und 15,3% in den Klassen 1 bis 3). Andere erfragte Befindlichkeiten spielten statistisch keine bedeutende Rolle („traurig“, „sauer“, „wütend“: $f < 4\%$ pro Messzeitpunkt).

Die Kinder wurden ebenfalls danach gefragt, wie es ihnen in der Schule, in der Klasse und auf dem Schulhof gefällt („sehr gut“, „gut“, „nicht so gut“, „schlecht“). Den Kindern gefällt es in den drei genannten Bereichen mehrheitlich „gut“, allerdings sinkt mit zunehmender Schuldauer die Attraktivität der Schule. Es ist zu vermuten, dass am Ende der dritten Klasse die Leistungsdimension in den Vordergrund rückt und die Einrichtung „Schule“ als bedrohlich erlebt wird.

2. Zahnstatus, Zahnpflegeverhalten, Ernährungsweisen:

Der subjektive Zahnstatus (siehe Tabelle 1) und das subjektive Zahnpflegeverhalten (siehe Tabelle 2) bleiben in den ersten drei Schuljahren konstant. Beachtenswert ist, dass etwas mehr als ein Drittel in den Klassen 1 bis 3 „ein paar Löcher“ zugeben. Die morgendliche und abendliche Zahnpflege hat sich als Routineverhalten etabliert; allerdings gilt dies für ca. ein Zehntel der befragten Kinder nicht. Das Zähneputzen tagsüber – nur jeweils 20-25% üben dies bereits regelmäßig aus – ist ausbaufähig und bedarf der besonderen zahnärztlichen Motivierung.

Bezüglich ihrer Ernährungsweise wurden die Kinder danach gefragt, was sie jeden Tag essen/trinken. Sie konnten aus 14 vorgegebenen Speisen/Getränke auswählen. Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder eine konkrete kognitive Repräsentation über habituell gesunde/ungesunde Ernährungsweisen entwickeln: „Gesunde“ Nahrungsmittel werden nach den Angaben der Kinder häufiger konsumiert als „ungesunde“. Mit zunehmenden Alter geben sie an, seltener „ungesunde“ Speisen/Getränke zu sich zu nehmen. Das gilt insbesondere für „Cola/Sprudel“, „Pommes frites“, „Süßigkeiten“ und „Kuchen“.

3. Zusammenhänge:

In der Tabelle 3 ist der systematische Zusammenhang zwischen habituell „ungesunder“ Ernährungsweise und dem subjektiven Zahnstatus dargelegt. Kinder, die täglich ungesunde Speisen konsumieren, geben häufiger an, schlechte Zähne

Tabelle 1: Subjektiver Zahnstatus

Zahnstatus	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3
sehr gut	63,1%	60,2%	62,1%
ein paar Löcher	35,8%	38,3%	37,5%
Schlecht	1,1%	1,5%	0,3%

Anmerkung. Der Friedman-Test war nicht signifikant, $\chi^2(2, n = 289) = 1,73, n.s.$

Tabelle 2: Subjektives Zahnpflegeverhalten

Zähneputzen	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	p
morgens	82,7%	84,8%	87,5%	ns
am Tage	24,6%	26,6%	24,6%	ns
abends	90,2%	92,9%	95,0%	.065
nicht jeden Tag	11,2%	7,8%	3,0%	.000

Anmerkung. $295 \leq n \leq 297$. ps ergeben sich aus Cochrans Q-Tests für d.f. = 2 (zweiseitig).

und/oder Löcher zu haben (via χ^2 -Tests, einseitige Testung). Anders ausgedrückt, eine selbstberichtete ungesunde Ernährung reflektiert sich in einem subjektiv negativen Zahnstatus. Dies ist besonders in der dritten Klasse ausgeprägt, d.h. bei fortgeschrittener kognitiver Entwicklung.

Die Tabelle 4 (folgende Seite) enthält Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Zahnpflege und Zahnstatus (via χ^2 -Tests, einseitige Testung). Es wird deutlich, dass die subjektive Zahngesundheit aus dem Wissen um regelmäßige Zahnpflege resultiert. Dies lässt sich für alle drei Altersgruppen (Klasse 1 bis 3) zeigen (die Insignifikanz für „abends“ bzw. „nicht täglich“ in der Klasse 3 stellt einen Decken- bzw. Bodeneffekt dar).

In der Tabelle 5 ist der Zusammenhang zwischen Befindlichkeit und Zahnstatus (via χ^2 -Test bzw. Fisher-Statistik, einseitige Testung) dargestellt. Eine positive habituelle

Tabelle 3:

Zusammenhang zwischen „ungesunder“ Ernährungsweise und subjektivem Zahnstatus

	Täglicher Konsum	Wie sind deine Zähne?		p (einseitig)
		sehr gut	Löcher/schlecht	
Klasse 1	Cola	37,2%	46,7%	.038
	Pommes	22,5%	28,1%	ns
	Kuchen	20,8%	21,5%	ns
	Süßigkeiten	34,6%	44,4%	.031
Klasse 2	Cola	40,9%	48,1%	ns
	Pommes	23,2%	40,8%	.000
	Kuchen	32,3%	38,9%	ns
	Süßigkeiten	46,0%	42,7%	ns
Klasse 3	Cola	22,4%	35,9%	.005
	Pommes	9,4%	14,5%	.085
	Kuchen	16,7%	25,6%	.028
	Süßigkeiten	31,8%	41,0%	.049

Anmerkung. $366 \leq n \leq 309$. ps ergeben sich aus χ^2 -Tests für d.f. = 1 (einseitig).

Befindlichkeit ist mit einem positiven Zahnstatus und eine negative habituelle Befindlichkeit mit einem negativen Zahnstatus assoziiert. Wiederum ist dieser Zusammenhang für kognitiv höher entwickelte Kinder (Klasse 3) besonders deutlich.

Zusammenfassung

Die psychische Befindlichkeit von Grundschulkindern ist mehrheitlich positiv und bleibt während der ersten drei Schuljahre konstant. Die Einschätzung des subjektiven Zahnstatus und des subjektiven Zahnpflegeverhaltens bleiben ebenfalls gleich. Das Zähneputzen tagsüber ist ausbaufähig und bedarf der gezielten zahnärztlichen Motivierung. Kinder entwickeln zudem eine adäquate Vorstellung über gesunde/ungesunde Ernährungsweisen.

Folgende für die zahnärztliche Praxis wichtige Zusammenhänge konnten aufgewiesen werden:

- Eine selbstberichtete tägliche ungesunde Ernährung reflektiert sich in einem subjektiven negativen Zahnstatus.
- Subjektive Zahngesundheit resultiert aus dem Wissen um

das eigene regelmäßige Zahnpflegeverhalten.

- Je positiver die Befindlichkeit, umso häufiger das Zahnpflegeverhalten.

Die subjektiven Sichtweisen von Kindern über Zahnpflegeverhalten, Ernährungsgewohnheiten und die Kenntnis über Befindlichkeiten sind sehr aufschlussreich. Durch gezielte Gesprächsführung können mögliche Defizite identifiziert und geeignete Schritte eingeleitet werden.

Dr. U. Wiesmann, Prof. H.-J. Hannich, Prof. Ch. Krause
EMAU Greifswald
Institut für Medizinische Psychologie
W.-Rathenau-Straße
17487 Greifswald

10 Jahre Zahnärztlicher Bramdenburg Dienst - ein Resümee

Die Verordnung über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und die „Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten“ vom 08.08.1990 war auch im Land Brandenburg die Grundlage für die Entstehung kommunaler Gesundheitsämter in ursprünglich 36 Landkreisen und 6 kreisfreien Städten. Unterstützt wurde der ÖGD damals u.a. auch von der Bundeszahnärztekammer, die erklärte, dass die Konstituierung eines öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienstes nach dem Vorbild der alten Bundesländer unverzichtbar sei. Nach Inkrafttreten der Kreisgebietsreform 1994 wurden 14 Landkreise und 4 kreisfreie Städte gebildet und in allen Verwaltungseinheiten nehmen hauptamtliche Teams die Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste wahr.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst organisiert sich

Anfangs organisierten sich einige Zahnärzte in der Arbeitsgruppe Jugendzahnpflege des Landesverbandes der Ärzte des ÖGD. Im Juni 1991 wurde die Landesstelle Brandenburg des BZÖG gegründet. Insbesondere Frau Dr. Dohnke-Hohrmann unterstützte in den Anfangsjahren den Aufbau der ZÄD in Brandenburg und war Ansprechpartnerin für vielfältige Fragen, die sich dabei ergaben. 1993 wurden in Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Ärzte des ÖGD Empfehlungen zu Aufgaben, Struktur und personeller Besetzung eines Modellgesundheitsamtes für den Großkreis im Land Brandenburg erarbeitet. Für 150.000 EW sollen 1 Fachzahnarzt/Fachzahnärztin, 2 Zahnärzte/Zahnärztinnen, 3 Zahnarthelferinnen und 2 Prophylaxehelferinnen im ZÄD tätig sein.

Die Organisation jährlicher Fortbildungsveranstaltungen, Kontakte zu Ministerien, Politik, Verbänden der Krankenkassen und den Verwaltungen gehörten in den letzten Jahren ebenso zum ehrenamtlichen

Tabelle 4: Zusammenhang zwischen selbstberichtetem Zahnpflegeverhalten und subjektivem Zahnstatus

	Zähneputzen	Wie sind deine Zähne?		p (einseitig)
		sehr gut	Löcher/schlecht	
Klasse 1	Morgens	84,4%	80,0%	Ns
	am Tage	27,3%	18,5%	.029
	Abends	91,3%	83,0%	.008
	nicht täglich	8,7%	16,3%	.019
Klasse 2	Morgens	88,2%	82,3%	.068
	am Tage	31,0%	20,8%	.021
	Abends	95,9%	87,7%	.003
	nicht täglich	4,1%	12,3%	.003
Klasse 3	Morgens	89,6%	82,1%	.029
	am Tage	27,1%	19,7%	.070
	Abends	94,8%	92,3%	Ns
	nicht täglich	2,6%	3,4%	Ns

Anmerkung. $366 \leq n \leq 309$. ps ergeben sich aus Chi²-Tests für d.f. = 1 (einseitig).

Tabelle 5: Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und subjektivem Zahnstatus

	Ich fühle mich meistens	Wie sind deine Zähne?		p (einseitig)
		sehr gut	Löcher/schlecht	
Klasse 1	froh	82,7	75,6	.05
	traurig	0,9	5,9	.006
	müde	10,0	14,0	ns
Klasse 2	froh	81,3	70,2	.010
	traurig	4,0	4,6	ns
	müde	11,6	20,6	.020
Klasse 3	froh	85,4	70,1	.001
	traurig	1,0	6,0	.017
	müde	11,5	23,1	.006

Anmerkung. $366 \leq n \leq 309$. ps ergeben sich aus Chi²-Tests für d.f. = 1 (einseitig).

Engagement in der Landesstelle, wie die Mitarbeit in der Kammerversammlung, im Prophylaxeausschuss und Ausschuss für Satzung und Ordnung der Landeszahnärztekammer.

Gesetze und Verwaltungsvorschriften

Rechtliche Rahmenbedingungen, die die Arbeit des ÖGD festlegen, wurden geschaffen und auch hierbei war Mitwirkung erforderlich.

- 1992 Kindertagesstättengesetz, Novellierung 1996 und 2000
- 1994 Gesundheitsdienstgesetz
- 1996 Schulgesetz, Novellierung 2001
- 1997 Verwaltungsvorschriften über die Organisation der Schulen in inneren und äußeren Schulangelegenheiten
- 1997 Verordnung über die Weiterbildung und Prüfung von Zahnärztinnen und Zahnärzten auf dem Gebiet des ÖGW
- 1998 Rundschreiben des MASGF zu den Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte
- 1999 Richtlinie des MASGF für eine kommunale GBE

Neue Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Das Gesundheitsministerium verständigte sich 1996 mit den Gesundheitsdezernenten darauf, Aufgaben der unterschiedlichen Sachgebiete eines Gesundheitsamtes unter dem Aspekt der Neuorientierung des ÖGD zu entwickeln. Mit dem Modellprojekt „Regiekompetenz kommunaler Gesundheitsämter“ konnte auch für die ZÄD gezeigt werden, dass auf kommunaler Ebene planendes, koordinierendes und steuerndes Agieren in der Zusammenarbeit der Partner im Gesundheitswesen möglich und erforderlich ist.

- Mit dem 1. Gesundheitsreport „Gesundheitswesen im Umbruch“ wurde 1994 die themenorientierte Gesundheitsberichterstattung aufgebaut und folgende Berichte enthalten Arbeitsergebnisse aus den ZÄD:
- 1995 Bericht „Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg“
- 1997 Aktionsprogramm des Landes Brandenburg – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Maßnahmen

zur Verbesserung der Mundgesundheit

- 1999 Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit
- 2001 Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg

Vertreter aus dem Gesundheitsministerium, den kommunalen Gesundheitsämtern und dem Landesgesundheitsamt begleiten und koordinieren seit 1995 im Fachausschuss ZÄD den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung und haben mit einem Leitfaden zur standardisierten Befunderhebung und Dokumentation zahnmedizinischer Angaben im ÖGD einen Beitrag zur Qualitätssicherung in diesem Bereich geleistet. Seit dem Schuljahr 1997/98 erfolgt im Landesgesundheitsamt die jährliche Analyse zur gruppenprophylaktischen Betreuung und zur Situation der Mundgesundheit.

Umsetzung des § 21 SGB V

Mit dem Aktionsprogramm der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Sicherstellung des Fortbestandes der kinderzahnärztlichen Betreuung in den neuen Bundesländern hat die GKV 1991 mit dazu beigetragen, dass die gruppenprophylaktische Betreuung aufgebaut wurde. 1993 wurde die Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V, insbesondere in Kindergärten und Schulen des Landes Brandenburg, abgeschlossen. Darin geregelt sind Organisation, Finanzierung und Verantwortlichkeiten. Die Organisation und Durchführung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen einschließlich Dokumentation wurde den Gesundheitsämtern der Landkreise und kreisfreien Städte übertragen.

Die Krankenkassen tragen die Kosten für die notwendigen Sachmittel, die von einer Koordinierungsstelle bereit gestellt werden. Weiterhin erfolgt für das Personal der Gesundheitsämter, das die Prophylaxemaßnahmen durchführt, eine anteilige Personalkostenförderung.

Ein Beirat, für den die Landeszahnärztekammer Zahnärztinnen/ Zahnärzte benennt, berät die Partner der Rahmenvereinbarung zu inhaltlichen Fragen und gibt Empfehlungen zur Weiterentwicklung der

Gruppenprophylaxe in unserem Land.

Betreuungsgrad und Mundgesundheit

Aktuelle Ergebnisse aus den 18 Landkreisen und kreisfreien Städten zeigen, dass im Schuljahr 1999/2000 in 96 % der Kindertagesstätten, Grund- und Förderschulen Gruppenprophylaxe stattgefunden hat. In Zahlen heißt das, 203.632 Kinder vom 3. Lebensjahr bis zur 6. Klasse wurden in den Kindertagesstätten und Schulen



zahnärztlich untersucht und nahmen an Prophylaxemaßnahmen teil. In Betreuungskonzepten, die Fluoridierungsmaßnahmen beinhalten, wurden 43.623 Kinder (21 %) einbezogen. Weiterhin wurden Aktionen und Projektstage veranstaltet sowie Fortbildungen und Informationsveranstaltungen für Eltern, Erzieher und Lehrer durchgeführt. Gruppenprophylaxe ist in der Praxis vielschichtig und lebendig. Kinder zu erreichen, verlangt psychologisches Einfühlungsvermögen und reicht bis hin zur Schulsozialarbeit.

Es stellt sich die Frage, ob diese Leistungen mehr Mundgesundheit gebracht haben.

Vergleichszahlen des Landesgesundheitsamtes zeigen, dass 1992/93 landesweit nur 20 % der Kinder in den 1. Klassen kariesfreie Gebisse hatten. 1996/97 waren es 28 % und 1999/2000 bereits 37 %. Eine positive Entwicklung, an der die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe in den Kindertagesstätten einen Anteil haben. Der DMF-T-Index der 11- bis 12-jährigen Sechstklässler verringerte sich in diesem Zeitraum von 3,4 auf 1,6.

Diese positiven Ergebnisse weiter zu entwickeln, ist keine leichte Aufgabe und gerade in Zeiten von Haushaltskonsolidierungsmaßnahmen werden die Aufgaben des ÖGD

und auch der ZÄD immer wieder kritisch hinterfragt. In einem Positionspapier zur Situation der ZÄD hat die Landesstelle im März 2000 Probleme benannt und an die Gesundheitspolitik herangetragen. Es gilt zukünftig, sich für Kontinuität und inhaltliche Weiterentwicklung einzusetzen. Dem Landesstellenvorstand unter Leitung von Frau Dr. Petra Haak wird dabei viel Erfolg gewünscht. Gleichzeitig ist es eine Gelegenheit allen Kolleginnen, die sich für diese gelungene Entwicklung in den zurückliegenden 10 Jahren engagiert haben, herzlich zu danken. ...

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

Erratum

In der ersten Ausgabe 2000 ist bedauerlicherweise ein Fehler unterlaufen. Im Artikel von Herrn Prof. Harzer auf Seite heißt es im Text, dass über 70 Prozent aller Kinder kieferorthopädisch behandelt würden. Diese Aussage ist nicht zutreffend. Sie steht auch im Gegensatz zur Abbildung im selben Artikel. Der tatsächliche Anteil behandelter Kinder ist erheblich geringer. Herr Prof. Harzer verweist in diesem Zusammenhang auch auf seine Publikation mit dem Titel: „So optimieren Sie den Beginn der kieferorthopädischen Behandlung“ Harzer, W.; Wiesner, R.; Schubert, J. zm 89 (1999) 38-42.

Gespräch mit der Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt

Am 17. Oktober empfing die Bundesgesundheitsministerin Vorstandsmitglieder des Bundesverbandes der Ärzte des ÖGD und unseres Verbandes in ihrem Berliner Dienst-sitz, um aktuelle Probleme des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu erörtern. Bereits zu Gesprächsbeginn unterstrich Frau Schmidt, dass der ÖGD aus der Sicht der Bundesregierung eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen spielt und sie diese Struktur für wichtig hält, gerade auch im Hinblick auf die Vorhaben der Gesundheitspolitik.

Sie interessierte sich insbesondere auf Grund der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Gefährdungen für den Themenbereich der Katastrophenmedizin. Weitere Gesprächspunkte waren die Gesundheitsförderung und die Prävention, die zukünftig ein eigenständiger Bereich werden sollte und den ÖGD mit einschließt. Als Beispiel hierfür wurden die in vielen Bundesländern bestehenden Regelungen zum Impfen genannt, wobei durch aktive Einbeziehung der Gesundheitsämter der Durchimpfungsgrad in der Bevölkerung erhöht werden konnte. Es ist ein Aspekt der gerade für die Kindergesundheit bedeutsam ist und der Ministerin besonders am Herzen liegt, wie sie betonte.

Auf ähnlich gute Erfahrungen und Ergebnisse kann im Bereich der Umsetzung des § 21 SGB V verwiesen werden. Dass die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen auch zukünftig einen hohen Stellenwert hat, macht die aktuelle Erweiterung des Gesetzes deutlich. Allerdings haben wir in diesem Zusammenhang auf die Probleme hinsichtlich der nicht ausreichenden Flächendeckung und der sehr unterschiedlichen finanziellen Ausstattung in den Ländern hingewiesen. Die zielgruppenorientierten sozialkompensatorischen Betreuungsmöglichkeiten der Gesundheitsämter haben für die bedarfsgerechte Umsetzung der Gruppenprophylaxe einen hohen Stellenwert und sollten



gefördert werden. Bestätigt sehen wir uns dabei durch die Ausführungen des Gutachtens des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion für das Gesundheitswesen, die in diesem Bereich verstärkte Anstrengungen fordern. Der § 21 SGB V verpflichtet die Krankenkassen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Zahnärzteschaft zum gemeinsamen einheitlichen Handeln, die Verantwortung für die Umsetzung liegt in den Ländern, hob die Gesundheitsministerin hervor und sagte zu, dies im Gesundheitsausschuss des Bundesrates darzulegen.

Mit der Option, auch unseren nächsten gemeinsamen Kongress in Halle zu eröffnen, beendete die Ministerin das konstruktive und angenehme Gespräch.

Dr. Klaus-Günther Dürr
Dr. Gudrun Rojas

Tag der Zahngesundheit 2001



In diesem Jahr war die Stadt Kassel Gastgeber für die bundesweite Auftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit. Umrahmt von der Medienaussstellung der DAJ und einer praktischen Unterrichtsstunde zur Mundgesundheit gaben Frau Dr. Rupp-Peter und ihr Team vom Gesundheitsamt in der Stadthalle den Gästen und Pressevertetern einen Einblick in ihre Tätigkeit. „Für uns ist jeder Tag ein Tag der Zahngesundheit wenn wir in Kindergärten und Schulen sind“, sagte sie stellvertretend für all diejenigen, die tagtäglich präventiv arbeiten und rund um den 25. September im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit gemeinsam mit Kooperationspartnern besondere Akzente setzen, um die Mundgesundheit in den Blickpunkt der Bevölkerung zu setzen.

Feste Zähne – fester Biss lautete das diesjährige Leitthema, das verdeutlichen sollte, dass ein gesunder Zahnhalteapparat für die Mundgesundheit eine große Bedeutung hat. Repräsentanten aus Wissenschaft, Zahnärzteschaft und Krankenkassen beleuchteten das Thema aus verschiedenen Blickrichtungen und waren sich einig darin, dass u.a. eine verstärkte Aufklärungsarbeit in diesem Bereich notwendig ist, um der weiten Verbreitung von Zahnbett-erkrankungen entgegen zu wirken. Einen Beitrag dazu können die beiden neuen Broschüren der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, die in Zusammenarbeit mit GABA entwickelt wurden, sein. Um zukünftig erfolgreich gegen Parodontopathien vorgehen zu können forderte Prof. Dr. Meyle, Präsident der DGP, mehr Prävention insbesondere für Jugendliche und jungen Erwachsenen, mehr qualifiziertes Praxispersonal, die Neubeschreibung der Zahnheilkunde und die überfällige Novellierung der Approbations-

ordnung, ebenso wie die bundesweite Einführung des Fachzahnarztes für Parodontologie und die Änderung der Richtlinien in der PAR-Behandlung.

Ein Höhepunkt der Veranstaltung war die Verleihung der Tholuck-Medaille des Vereins für Zahnhygiene. Der Vorsitzende des VfZ, Mario J. Perinelli, überreichte Frau PD Dr. med. habil. Dipl.-Psych. A. Makuch vom Universitätsklinikum Leipzig die Ehrung und würdigte damit ihre langjährigen Verdienste um die Förderung der Zahngesundheitsziehung. In seiner Laudatio hob er ihre einzigartige Verknüpfung von interdisziplinärer Forschung, Vermittlung zwischen Universität und Praxis sowie der nachgewiesenen Erfolge ihrer Prophylaxemethoden hervor.

gro



TdZ in Duisburg

Der „Arbeitskreis Zahnmedizinische Prophylaxe Duisburg“ führte zum diesjährigen Tag der Zahngesundheit Veranstaltung in zwei Einrichtungen durch.

Beide liegen im Duisburger Norden. Im Hamborner Kindergarten „Rote Strasse“ leben 80 behinderte und nicht-behinderte, deutsche und ausländische Kinder Tag für Tag zusammen. In beispielhafter Art und Weise führt dieser Kindergarten täglich - nach dem gemeinsamen Frühstück - in den vorhandenen Waschräumen die Zahnpflege durch.

Zum diesjährigen „Tag der Zahngesundheit“ war der Solinger „Clown Ötti“ in diesem Kindergarten zu Gast. Auf brillante Art und Weise führte er den Kindern ein Puppentheater vor. Hierbei standen die Themen „Ernährung“ und „Zahngesundheit“ im Mittelpunkt. Die Kinder waren restlos begeistert von Herrn Martin Wolff aus Solingen, der nicht nur ein geborener Clown, sondern auch ein begeisterter Puppenspieler ist.

An zwei weiteren Tagen trat „Ötti“ in der mit über 400 Kindern größten Duisburger Gemeinschaftsgrundschule „Am Röttgersbach“ auf. Auf faszinierende Art und Weise übermittelte er in einem selbstgeschriebenen Theaterstück die für die Zahngesundheit wesentlichen Inhalte. Es gelang ihm immer wieder mehr als 100 Kinder einer Jahrgangsstufe für sich und die Zahngesundheit zu begeistern staunend begleiteten die Kinder den von Zahnschmerzen geplagten Clown zur Zahnärztin Frau Dr. Wackelzahn, die von der Zahnärzthelferin Gisela Mäser gespielt wurde. Es war beeindruckend, mit welchem Ideenreichtum und welcher Kreativität Herr Wolff auf die Tipps und Einwände der begeisterten Schüler eingehen konnte. Mit stehenden Ovationen verabschiedeten sie ihren „Clown Ötti“ und hofften auf ein Wiedersehen am nächsten „Tag der Zahngesundheit“.

Dr. Dr. C. Grundmann

Frau Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann in den Ruhestand verabschiedet

Im Sommer diesen Jahres beendete Frau Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann ihre aktive Berufslaufbahn. Im Rahmen einer Feierstunde im November wurden ihre Verdienste in Anwesenheit reichlicher Prominenz angemessen gewürdigt.

Hinter ihr liegen viele arbeitsreiche Jahre voller Engagement für die Jugendzahnpflege und den Verband. Als gebürtige Berlinerin war sie ab 1974 als Zahnärztin im Bezirksamt Berlin-Neukölln tätig, schon bald auch als Leiterin des zahnärztlichen Referates. Als verbeamtete Zahnärztin zeigte sie eine große Kreativität, Kraft und Ausdauer, interessierte sich für Epidemiologie und ebnete Modellprojekten und neuen Methoden den Weg. Unter anderem war sie als Beraterin der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales in Berlin tätig. Ihr Aufgabengebiet war hier die Koordination der Jugendzahnpflege in Berlin, weiterhin war sie vor allem mit dem Management von Fortbildungsveranstaltungen betraut. Seit Jahren ist sie Dozentin der Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnkrankungen in Berlin im Rahmen des Schulungsprogramms zur Gruppenprophylaxe, außerdem gab sie Vorlesungen über Aufgaben, Strukturen, Arbeitsweisen des ÖGD an der Universität Greifswald sowie über das Neuköllner Basis- und Intensivprophylaxemodell innerhalb der LAG Berlin.

Ihren ganz persönlichen Beitrag zur Wiedervereinigung leistete Frau Dr. Dohnke-Hohrmann in der Organisation von Veranstaltungen für Ost- und Westberliner Zahnärzte und bereite so den Weg zu einem Dialog zwischen den Kollegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Besonders hervorzuheben ist das langjährige Engagement für unseren Verband. 1980 wurde sie zur 2. Vorsitzenden der Landesstelle Berlin gewählt, eine Funktion, die sie bis 1987 innehatte, bis 1992 war sie Vorsitzende dieser Landesstelle. 1992 übernahm sie den Vorsitz unseres



Verbandes in bewegter Zeit nach der Wiedervereinigung für 6 lange Jahre.

Als einzige Deutsche arbeitete sie mit im europäischen Committee of Childrens Dental Health. In der jüngsten Vergangenheit hat sie sich insbesondere in der Bundesarbeitsgemeinschaft für interkulturelle Zahnmedizin und Oralprophylaxe und in der European Association for Dental Public Health engagiert.

Für ihre außergewöhnlichen Aktivitäten wurde sie mehrfach ausgezeichnet, so mit dem silbernen Ehrenzeichen unseren Verbandes, der Tholuck-Medaille und vor allem mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande.

Neben all diesen Aktivitäten stand sie jederzeit für ihre Kolleginnen und Kollegen in Ost und West als bereitwillige Ansprechpartnerin und gute Ratgeberin zur Verfügung.

Wir wünschen Frau Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann weiterhin viel Schaffenskraft und Gesundheit im Ruhestand. Für Ihre zahlreichen Verdienste für unseren Verband möchten wir uns an dieser Stelle noch einmal ganz besonders bedanken.

Ellen Arlt

30 Jahre Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Qualifizierung öffentlicher Gesundheitsdienste und öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert

Im Vordergrund der Festvorträge und der Diskussionen stand der gemeinsame Ausblick auf künftige Entwicklungen öffentlicher Gesundheit. Das Themenspektrum der Fachbeiträge spannte sich von Qualifizierungsanforderungen und Beschäftigungsperspektiven für Gesundheitsberufe bis zu den Auswirkungen moderner molekulargenetischer Möglichkeiten auf öffentliche Gesundheitsdienste.

Am 24. Juni 1971 war das Abkommen über die Errichtung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen im Träger- und Sitzland Nordrhein-Westfalen bekannt gemacht worden. Kurz darauf nahm die neugegründete Akademie dann ihren Lehrbetrieb auf. Neben dem Kuratorium der obersten Landesgesundheitsbehörden der sechs Trägerländer waren die Bundesverbände der Berufe im ÖGD ebenso vertreten wie die wissenschaftlichen Kooperationspartner der Akademie. Besonders begrüßt wurde auch Professor Dr. Norbert Schmacke vom AOK-Bundesverband, der von 1994 bis 1999 Leiter der Akademie war.

Der Vorsitzende des Kuratoriums der Akademie, Senatsrat Dr. Matthias Gruhl aus Bremen, stellte Entstehung, Entwicklung und Perspektiven der Akademie eingangs anschaulich dar. Die Staatssekretärin im Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Cornelia Prüfer-Storcks, erläuterte in ihrem Fachbeitrag Qualifizierungsanforderungen und Beschäftigungsperspektiven für Gesundheitsberufe. Die Akademie freute sich hierbei ganz besonders über die Zusage der Unterstützung einer wirklich zeitgemäßen räumlichen Unterbringung und Ausstattung.

Den kommunalpolitischen Aspekt öffentlicher Gesundheit beleuchtete Dr. Johannes Nießen von der Behörde für Arbeit, Gesundheit



Der damalige Leiter der Akademie, Joachim Gardemann verteilt stellvertretend für den Förderverein der Freunde und Absolventen der Akademie Rosen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg. Soziale Ungleichheit und Gesundheit war das Thema von Professor Johannes Siegrist, Fakultätsbeauftragter für den Zusatzstudiengang Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. Über Veränderungen und Entwicklungen der Public-Health-Landschaft in Europa aus skandinavischer Perspektive referierte Professor Bengt Lindström von der Nordic School of Public Health in Göteborg.

Den Festvortrag hielt Professor Alfons Labisch, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zur Thematik von Natur und Gesellschaft, Individuum und Gemeinschaft in der öffentlichen Gesundheitssicherung angesichts der modernen molekularbiologischen Erkenntnisse. „Health is a crossroad“ – mit dieser von Julio Frenk (National Institute of Public Health, Mexico) getroffenen Feststellung untermauerte Labisch seine Kernaussage: Bis auf wenige (monogenetische) Krankheiten wird Gesundheit vielfältig durch Verhältnisse beziehungsweise Verhalten mitgestaltet. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden auch in Zukunft nichts von ihrer Bedeutung einbüßen.

Ein gelungenes Beispiel angewandter Gesundheitsförderung bei der Festveranstaltung schließlich war die musikalische Gestaltung durch den amerikanischen Gitarrenvirtuosen Eliot Fisk, der weltweit zu den Besten seines Faches zählt (u.a. Universitätsprofessor für Gitarre am Mozarteum in Salzburg) und darüber hinaus auch inhaltlich dem Gedanken der Gesundheitsförderung sehr nahe steht, wie er in der Kom-

mentierung zu seinen virtuosen Beiträgen erkennen ließ.

Insgesamt war der 27. Juni 2001 ein fröhliches und vorwärtsgewandtes festliches Arbeitstreffen, bei dem deutlich wurde, dass der ÖGD sich zuversichtlich und offen auf kommende Herausforderungen vorbereitet. Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ist dabei im Alter von dreißig Jahren sicherlich jünger als je zuvor.

Prof. J. Gardemann

Pressemeldung

Am 1. August ernannte das Kuratorium der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf Herrn Dr. med. Wolfgang Müller zum neuen Leiter für die sechsjährige Amtsperiode.

Die von den Ländern Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein getragene Bildungseinrichtung für die Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitswesen feierte im Juni ihr 30jähriges Bestehen. Herr Dr. Müller war bisher als wissenschaftlicher Abteilungsleiter an der Akademie tätig. Seit 1985 arbeitet er auf dem Gebiet öffentliche Gesundheit im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung.



Dr. Wolfgang Müller

Er tritt damit die Nachfolge von Herrn Prof. Dr. Joachim Gardemann an, der ein hochschulübergreifendes Lehrprojekt auf dem Gebiet der internationalen humanitären Hilfe in Münster übernimmt.

Medienempfehlung: Ein Plus für die Zahngesundheit

„Spiel mir das Lied vom Zahn!“ – heißt nicht nur die bekannte Zahngesundheitsshow der "KINDER-LIEDEBÜHNE" M-V, sondern auch die heiß begehrte Lern-CD für die Gruppenprophylaxe. Der Tonträger klingt so frisch und unverbraucht, dass es eine Freude ist, sich den Lernbotschaften zur Zahngesundheit zu öffnen. Er gibt original das wieder, was jeder auf jährlich ca. 200 Konzerten der Künstler live erleben kann: nämlich pure Spielfreude ohne Effekthascherei, mit Melodien die ins Ohr gehen und Rhythmen die zum Tanzen und Bewegen einladen. Kommentar „Mitteldeutsche Zeitung“ - 13.09.01 Jessen in Sachsen-Anhalt: „... Pflegelieder für die Zähne! ... Als es daran ging, sich mit einem flotten Liedchen die Angst vorm Zahnarztbesuch einfach wegzusingen, stand die Sporthalle Kopf. Selbst den Schulleiter und seine Kolleginnen hielt es nicht mehr auf den Turnbänken. Gemeinsam mit den Kindern wurde gesprungen, mit den Beinen gestampft, mit den Armen gewirbelt, der Boden der Turnhalle hatte mit Sicherheit Erdbebengefühle...“ Spiel mir das Lied vom Zahn - ist eine spannende musikalische Reise, mit dem erfolgreichen Bemühen, Wissen im Dienste der Zahngesundheit zu vermitteln. Besonders gelungen ist auch die Auswahl der Musikstücke, wie z.B. gesunde Ernährung in Verbindung mit einem „Ausflug“ auf einen Bauernhof. Oder das Lied vom Großwerden und dem Übernehmen von Pflichten, das nebenbei für mehr Bewegung wirbt und die Befindlichkeiten der Kinder auf sehr humorvolle Weise aufgreift. Bis auf wenige Exemplare sind bereits alle CDs geordert. Eine Neuauflage der Silberlinge ist für Januar 2002 geplant und kann dann für 15,00 DM (plus Porto und Nachnahme) bestellt werden.

Bestellschein anfordern über Telefon: (039998) 12 5 44

Rock gegen Karies



Es ist Musik für gesunde Zähne, die voll in die Beine geht. Keinesfalls langweilig, sondern richtig rockig, rappig und rhythmisch klingt die neue Audio-CD „Zahnhits“ vom Verein für Zahnhygiene e.V. Sie enthält sechs Songs für Kinder zu den Themen Ernährung, Zahngesundheit und Zähneputzen. Musik und Text bringen Schwung in die tägliche Routine und motivieren so zur Mundhygiene. Zum Mitsingen und Selbstmusizieren ist der CD ein Booklet mit Noten und Liedertexten beigelegt. Für die „Karaoke gegen Karies“ enthält die CD alle Songs auch in der Instrumentalversion.

Musik wirkt motivierend, auch bei der täglichen Mundhygiene. Das wurde kürzlich sogar wissenschaftlich bestätigt. So wies die Privatdozentin Dr. Almut Makuch¹ von der Universität Leipzig nach, dass ein Zahnputzlied im Kindergarten nicht nur für allgemeine Fröhlichkeit sorgt, sondern auch für mehr Zahngesundheit. „Selbst die jüngeren Kinder (3-4 Jahre) erreichen einen ähnlichen Entwicklungsstand bei den Fertigkeiten im Zähneputzen wie die Kinder mittleren und höheren Alters. Die stimulierende Wirkung der Musik auf die Entwicklung der Motorik und ihr förderlicher Beitrag für die Bewegungserziehung, speziell der feinmotorischen Leistungen beim Zähneputzen, ist damit deutlich zu erkennen. Diese entwicklungspsychologische Erkenntnis hat der Verein für Zahnhygiene e.V. aufgegriffen und die Topsix der Dentalschlager im deutschen Sprachraum zusammengetragen.

In sechs Liedern werden die Themen Zahngesundheit, Zähneputzen und Ernährung nicht nur fetzig umgesetzt, den Texten liegen außerdem unterschiedliche pädagogische

Ziele zur Mundhygieneerziehung zu Grunde. Bei dem rappigen „Zahnputzsong“ beispielsweise lernen die Kinder KAI, die richtige Zahnputztechnik (Kauflächen, Außenflächen, Innenflächen) kennen. Ein weiterer Titel soll den Kindern die Angst vor dem Zahnarzt nehmen. Auch die Körperwahrnehmung wird geschult, denn die Kinder erfahren etwas über die Namen und Funktionen der verschiedenen Zahntypen.

Zu beziehen sind die „Zahnhits“ ab sofort beim Verein für Zahnhygiene e.V. zu einem Preis von DM 19,80. Der Verein wurde bereits 1957 gegründet. Sein primäres Ziel ist es, die Öffentlichkeit über Mundgesundheit und Prophylaxe aufzuklären. Ein besonderer Stellenwert kommt dabei der Motivation junger Menschen zu. Die CD „Zahnhits“ ist nur einer der Artikel, die der Verein für Zahnhygiene e. V. entwickelt hat, um das Thema Oralprophylaxe Kindern und Jugendlichen näher zu bringen. Darüber informiert ein aktueller Produktkatalog, der ebenfalls unter der folgenden Anschrift angefordert werden kann:

Verein für Zahnhygiene e. V.,
Feldbergstraße 40, 64293
Darmstadt, Fax:
(061 51)8951 98 (E-Mail: kontakt@zahnhygiene-ev.de).

Für weitere Informationen:
Verein für Zahnhygiene e.V.
Dr. Matthias Lehr
Feldbergstraße 40
64293 Darmstadt
Tel.: (061 51)8948 14
Fax: (061 51)8951 98

1. A. Makuch, Der Einfluss eines Zahnputzliedes auf die Fertigkeitentwicklung des Zähneputzens, Oralprophylaxe 1/2000, S. 55-57

Wrigley-Prophylaxepreis – Ausschreibung 2001

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) wird der Wrigley Prophylaxe Preis auch für das Jahr 2001 wieder ausgeschrieben. Der Preis deckt das breite Spektrum von der Grundlagenforschung bis hin zur Umsetzung der zahnmedizinischen Prophylaxe in der Praxis und im Öffentlichen Gesundheitswesen ab. Er wird gestiftet von Wrigley Dental Programs, dem wissenschaftlichen Informations- und Forschungsprogramm von Wrigley, weltweit führender Hersteller kosmetischer Zahnpflegekaugummi.

Bewerben können sich angehende und approbierte Ärzte und Zahnärzte sowie Wissenschaftler mit vergleichbarer Ausbildung die durch wissenschaftliche Arbeit oder ihre Tätigkeit zur Weiterentwicklung einer prophylaxeorientierten Zahnheilkunde beitragen. Die Bewertung erfolgt durch eine unabhängige Jury aus mehreren Wissenschaftlern, der auch der amtierende Präsident der LAGZ angehört, sowie eines Vertreters der gesetzlichen Krankenkassen.

Einsendeschluss der laufenden Ausschreibung ist der 28.02.2002.

Die vollständigen Teilnahmebedingungen können angefordert werden bei:
Agentur kommed, Dr. Barbara Bethcke, Ainmillerstr. 34, 80801 München, Fax: 089/38859952
An diese Adresse sind auch die Arbeiten zu schicken

Chinesische Zungendiagnostik

Heping Yuan, 160 Seiten,
79,90 DM,
ISBN 3-437-56060-3

Die Mundhöhle ist für die Diagnostik zahlreicher Allgemeinerkrankungen von besonderer Bedeutung. In der chinesischen Medizin gilt die Zunge als Spiegelbild der inneren Organe. Die Zungendiagnose beruht auf einer jahrtausendealten Erfahrung, die wissenschaftlich begründet ist. Mit der Beurteilung der Zungenform, -farbe, -beschaffenheit oder des Zungenbelags ergeben sich daher wertvolle diagnostische Hinweise.

Das vorliegende Buch beschreibt in übersichtlicher und reichlich bebildeter Form die Zusammenhänge zwischen Zungenbild und Krankheitszeichen nach der Traditionellen

Chinesischen Medizin. Dies wird ergänzt durch differenzialdiagnostische Gedanken und Beispiele westlicher Diagnosen. Mit dem Buch gelingt es leicht, wesentliche Aspekte der Zungendiagnostik zu erlernen und diese als ergänzende klinische Parameter auch bei den Untersuchungen in den Einrichtungen anzuwenden. Es bietet einen guten Einstieg sich mit der chinesischen Medizin als Ganzes und mit diesem Fachgebiet weiter auseinander zu setzen.

kgd

Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
4/01

OCTO Anzeige

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,

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 Grafikschemen 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 Bundesverbandes 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.