

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

33. Jahrgang / Dezember 2003

3.03

3 EDITORIAL

KONGRESSBERICHT

- 4 Milchzahnkaries – ein Problem?
- 6 Neue Aspekte in der Kariesprophylaxe
- 8 Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen

AKTUELLES

- 9 Lehrstuhl für präventive Zahnheilkunde vor dem Aus?
- 13 Kinderzahnpaste-Erwachsenenzahnpaste – suum cuique?
- 18 10 Jahre Gruppenprophylaxe in Brandenburg – eine Erfolgsstory
- 19 Tag der Zahngesundheit 2003 – Das geht: Naschen ohne Reue!
- 20 DAJ legt Maßnahmen-Dokumentation 2001/2002 vor
- 20 Dr. Wahl Preis 2003 in Erfurt verliehen
- 21 Kaugummi mit Mikrogranulaten: Spürbare Zahnpflege!
- 22 Cochrane-Studie zu elektrischen Zahnbürsten
- 22 Häufige gestellte Fragen
- 22 Erste „Kinder-Presskonferenz“

FORTBILDUNG

- 11 Evaluation der Mundpflege in Theorie und Praxis – Ein Forschungsprojekt aus der Pflege

EHRUNGEN

- 10 Tholuck-Medaille posthum an Frau Prof. Dr. Almuth Künkel verliehen

NACHVERÖFFENTLICHUNG

- 13 Mythos Schweiz – Meinungen und Fakten zur Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland

AUSSCHREIBUNG

- 21 Ausschreibung des Wrigley Prophylaxe Preises 2004

23 KONGRESSPROGRAMM

24 IMPRESSUM



Bild: Magdalena Götze

BZÖG

ANZEIGE GABA WIE 2/03



Dr. Gisela Winter-Borucki

Das Jahr 2003 neigt sich dem Ende zu, die Vorbereitungen für den 54. Wissenschaftlichen Kongress des Bundesverbandes der Ärzte und Zahnärzte in der alten Universitätsstadt Marburg, mitten in Hessen, sind in vollem Gange. Es wird dort, wie schon in den Vorjahren, wieder eine Vielzahl von interessanten Vorträgen vor allem aus dem breiten Spektrum der Prävention geben.

Nach wie vor ist es unsere originäre Aufgabe positiv Einfluss zu nehmen auf die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die orale Gesundheit ist ein wichtiger Baustein der Lebensqualität und des gesamten Wohlbefindens. Immer noch konzentrieren sich die Probleme auf eine kleine Gruppe, die bekanntermaßen auch einen hohen Anteil anderer gesundheitlicher Beeinträchtigungen aufweist. Hier ist weiterhin hohes Engagement gefragt, eine Cooperation mit Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten ist wünschenswert.

Verfolgt man die aktuelle gesamtwirtschaftliche Entwicklung, muss man derzeit zu dem Schluss kommen, dass die sozialen Ungleichheiten sich in den nächsten Jahren verstärken werden. Um so mehr sind wir gefordert, alle Kinder bei ihrem Bemühen um die Gesunderhaltung ihrer Zähne zu unterstützen. Dies ist möglich, wenn wir die aufsuchende Betreuung in den Einrichtungen aufrechterhalten (können). Ein Ziel muss sein, der heranwachsenden Generation einfache Kulturtechniken und verständliche Informationen zu vermitteln, um damit Hilfestellung zur Entwicklung eigenverantwortlichen Handelns zu geben. Ein weiteres Ziel ist es, junge Eltern über die Ursachen und Folgen früher Milchzahnkaries aufzuklären, dies wird ein Thema des Kongresses sein. Zu vermeiden ist bei all diesem Bemühen, als allwissender Gesundheitsexperte aufzutreten, der tief in jegliche Art von Lebensplanung und -gestaltung eingreift, das erzeugt erneut Abhängigkeiten.

Zahnersatz soll in Zukunft aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen ausgegliedert werden. Argumentiert wird unter anderem, dies führe zu besserer Zahnpflege. Mundgesundheit ist per se ein erstrebenswertes Ziel, ob eine Steuerung „über den Geldbeutel“ erreicht werden kann, darf angezweifelt werden. Der Artikel „Mythos Schweiz“ legt zudem nahe, dass dieser Zusammenhang bisher nicht ausreichend untersucht worden ist.

Auch hierüber werden wir in Marburg Gelegenheit zur Diskussion haben. Hessen freut sich auf Ihr Kommen, Marburg mit seinem ganz speziellen Flair und seine Umgebung sind sehenswert.

Dr. Gisela Winter-Borucki

Milchzahnkaries – ein Problem?

Dr. G. Viergutz

Die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland verbesserte sich im letzten Jahrzehnt deutlich. Die Ergebnisse der DAJ-Studien von 1994 bis zum Jahre 2000 belegen diesen Fakt sehr eindrucksvoll vor allem in der Altersgruppe der 12-Jährigen. Hier kam es zu einer Reduktion des mittleren DMFT-Wertes von 2,89 (1994) auf 1,21 (2000). Im gleichen Zeitraum erhöhte sich bei den 12-Jährigen in der Stadt Dresden der Anteil naturgesunder Gebisse von 23,1% (1993) auf 53,2% (2001). Diese Beobachtung gilt nicht uneingeschränkt für das Milchgebiss. Insbesondere bei Vorschulkindern stagniert der Kariesrückgang. Einige regionale Untersuchungen deuten sogar auf einen Wiederanstieg des Kariesbefalls [6]. Außerdem bleibt nach wie vor ein hoher Anteil kariöser Milchzähne unbehandelt. Während der Sanierungsgrad bei 12-jährigen sächsischen Schulkindern über viele Jahre unverändert hoch ist (1994: 86%; 2000: 83%), verringerte er sich bei den Vorschulkindern im gleichen Zeitraum von 47,1% auf 29,9%. Die sächsischen Daten widerspiegeln die Situation in allen Bundesländern, stellen also keine Ausnahme dar.

Kinder mit unsanierten Milchgebissen haben einen signifikant höheren Karieszuwachs im bleibenden Gebiss als Kinder mit sanierten Milchgebissen. Bei einer retrospektiven Untersuchung der Ergebnisse der jährlichen zahnärztlichen Reihenuntersuchungen von 272 Grundschulern im Landkreis Dresden fand sich nach einem Kontrollzeitraum von drei Jahren ein signifikant höherer DMFT (DMFT= 1,1) in der Gruppe der Kinder mit unbehandelten Milchzähnen als in der Gruppe der Kinder mit behandelten Milchzähnen (DMFT= 0,8) [1]. Ebenso erfordern solche Folgen unbehandelter Milchzahnkaries wie apikale Parodontitiden, Zahnkeimschädigungen (TURNER – Zähne), vorzeitiger dystoper Durchbruch der bleibenden Zähne oder Platzmangel im bleibenden Gebiss einen nicht unerheblichen therapeutischen Aufwand.

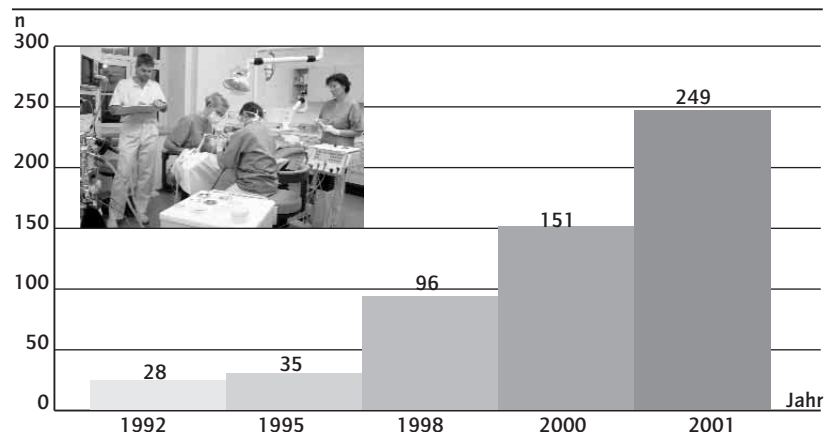


Abb.1: Anzahl der jährlichen Neuaufnahmen von Kleinkindern mit frühkindlicher Karies in der Abteilung Kinderzahnheilkunde am Universitätsklinikum Dresden (1992 bis 2001)

Für ein- bis dreijährige Kleinkinder sind aktuelle Daten zum Kariesbefall rar. Die Ergebnisse zahnärztlicher Reihenuntersuchungen ein- bis dreijähriger Kleinkinder aus Dresden belegen jedoch, dass auch bei den Jüngsten der Anteil naturgesunder Gebisse rückläufig ist. Während bis zum Anfang der 90iger Jahre in der Regel 97 bis 98% der Gebisse in dieser Altersgruppe naturgesund waren, verringerte sich der Anteil in den Folgejahren auf 93% (1995) bzw. auf 87% (2002). Etwa zeitgleich wird in der Abteilung Kinderzahnheilkunde des Universitätsklinikums in Dresden eine Zunahme von Kleinkindern mit frühkindlicher Karies beobachtet. Während 1991 nur sechs Kinder mit einem tief zerstörten Milchgebiss behandelt werden mussten, stieg diese Zahl auf 249 Neuaufnahmen im Jahr 2001 an (Abb. 1). Regionale Untersuchungen an Vorschulkindern belegen eine Prävalenz dieser Erkrankung von 9,2% bei 2- bis 6-Jährigen in Halle [5] bzw. von 13,6% bei 3- bis 6-jährigen Kindern in Hannover [10]. Die frühkindliche Karies ist folglich ein nicht zu unterschätzendes Problem in dieser Altersgruppe. Trotz intensiver jahrzehntelanger Bemühungen konnte die Erkrankung nicht zurückgedrängt werden. Das Leid der betroffenen Kinder ist groß. Die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen sind aufwändig und langwierig. Sie sind in der Regel nur unter Sedierung oder Narkose durchführbar und somit kostenintensiv und mit hohem Zeitaufwand verbunden. Bei einer Nachkontrolle der von uns behandelten Kleinkinder zeigte sich, dass diejenigen, die zu ihrem Hauszahnarzt zur weiteren Betreuung überwiesen wurden, einen insgesamt schlechteren Mundgesundheitszustand

aufwiesen. Kleinkinder, die weiterhin intensiv prophylaktisch in unserer Abteilung behandelt wurden, hatten öfter ein saniertes Gebiss und kaum Karieszuwachs. In vielen Familien gelingt es nach wie vor nicht oder nur unzureichend, die Zahngesundheit fördernde Verhaltensweisen umzusetzen. Vergleicht man zahngesundheitsbezogene Merkmale von Kleinkindern mit bzw. ohne Karies, so finden sich signifikante Unterschiede in der Anzahl „süßer Impulse“ pro Tag. Kinder mit Karies trinken zudem häufiger nachts kariogene Getränke und länger aus der Saugerflasche. Außerdem bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Vorhandenseins sichtbarer Plaque an den oberen Schneidezähnen [2, 4]. Die „modernen“ Ernährungspraktiken (Dauermuckeln kariogener Getränke, Flasche zur Beruhigung statt zum Durststillen, Einschlafen mit der Flasche und nächtliches Nuckeln) sind dafür verantwortlich, dass sich Mutans Streptokokken schon frühzeitig in der kindlichen Mundhöhle etablieren können [3, 8]. Die frühe Kolonisation wiederum führt bei kontinuierlicher Substratzufuhr, wie es durch die oben beschriebenen Praktiken der Fall ist, sehr früh zu kariösen Läsionen. Unterstützt wird diese Entwicklung durch eine fehlende oder nur unzureichende Zahnpflege beim Kleinkind [7, 9]. Die für die Kariesprävention beim Kleinkind wesentlichen Ansatzpunkte: Einschränkung der Häufigkeit des Zuckerverzehrs und die regelmäßige Zahnpflege vom ersten Milchzahn an sind demnach gleichzeitig ein gangbarer Weg zur Vermeidung der Kolonisation von Mutans Streptokokken.

Eine jüngste Untersuchung zum Gesundheitsverhalten in 178 norddeutschen Familien mit einjährigen

Kleinkindern ergab, dass lediglich bei 63% der Kleinkinder eine regelmäßige Zahnpflege durchgeführt wurde (Abb.2). Fluoridierte Zahnpaste verwendeten 33% der Kinder.

45% der Eltern beschrieben das Zähneputzen als Kraftakt, da sich das Kind nur widerstrebend die Zähne putzen ließ. Der Beginn der Zahnpflege beim Kleinkind vom ersten Milchzahn an hat sich somit noch nicht durchgesetzt. Während der frühen Kindheit wird aber die Grundlage für eine ungestörte Entwicklung eines gesunden Gebisses gelegt. Die Eltern brauchen folglich durch rechtzeitige und gezielte Information und praktische Demonstration wirksame Hilfe und Unterstützung. Der Effekt einer zahnärztlichen Beratung auf zahngesundheitsbezogene Verhaltensweisen in Familien mit 30 Monate alten Kleinkindern wurde in einer Vergleichsstudie zwischen Dresden und Erfurt überprüft (Tab.1). Die Eltern der Kleinkinder aus Dresden wurden ein Jahr zuvor hinsichtlich Ernährung, Zahnpflege und Fluoridanwendung beim Kleinkind beraten. Die Ergebnisse zeigten, dass in den Dresdner Familien vor allem regelmäßiger die Zähne der Kinder nachgeputzt wurden und die Saugerflasche tagsüber seltener benutzt wurde. Trotzdem gab es Defizite im Zahngesundheitsverhalten in allen Familien (kariogene Getränke nachts, unzureichende Zahnreinigung). Der Effekt einer einmaligen Untersuchung und Beratung ist demnach begrenzt. Außerdem kommen zahnärztliche „Früherkennungsuntersuchungen“ im Alter zwischen dem 30. und 42. Lebensmonat zu spät. Zu diesem Zeitpunkt haben sich Ernährungsgewohnheiten etabliert und die Schäden im Gebiss durch die Saugerflasche sind offensichtlich. Untersuchungen belegen auch die Tatsache, dass vor allem Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Niveau und Kinder aus Migrantenfamilien deutlich häufiger an frühkindlicher Karies erkranken. Ebenso gehören zur Risikogruppe sehr junge Eltern, insbesondere Mütter, die jünger als 20 Jahre sind. In der Problemhierarchie dieser Familien rangiert die Zahngesundheit weit hinten. So bleibt es nicht aus, dass es trotz intensiver Bemühungen zu Fehlschlägen kommt, wie z.B. Neukaries im Milchgebiss, Karies im bleibenden Gebiss (Abb. 3 a bis c) sowie an frühkindlicher

Karies erkrankte jüngere Geschwisterkinder. Kleinkinder haben also nur dort eine Chance mit gesunden Zähnen aufzuwachsen, wenn sich die Eltern darum kümmern. Dort, wo es die Eltern allein nicht schaffen, ist Unterstützung notwendig. Unter diesen Bedingungen ist und bleibt die Milchzahnkaries ein (epidemiologisches) Problem.

Die bisherige Erfassung von Kleinkindern bei der Prävention der frühkindlichen Karies ist lückenhaft und wenig effizient. Insbesondere innerhalb der Gruppenprophylaxe muss dem Problem frühkindlicher Karies größere Aufmerksamkeit zuteil werden als bisher. Dort, wo Kinder in Gruppen zusammengefasst sind, kann mit den Eltern gesprochen werden. Die Kopplung an andere Vorsorgeuntersuchungen könnte ein gangbarer Weg sein, erfordert aber die fachgerechte Anleitung der Beratenden (Gynäkologen, Geburtshelfer, Kinderärzte).

Kontaktadresse:
Dr. Gabriele Viergutz
Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
Abteilung Kinderzahnheilkunde
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

- Literatur bei der Redaktion -

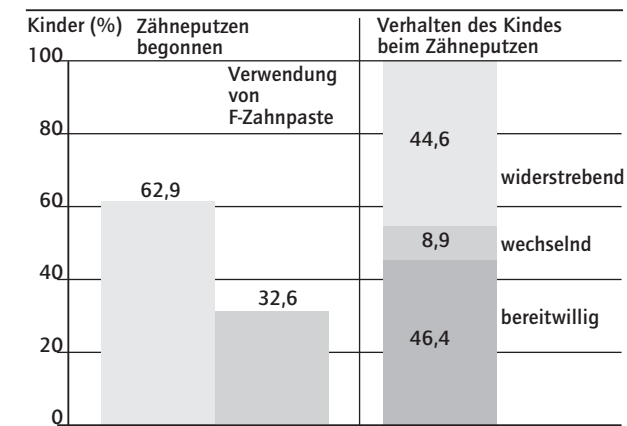


Abb. 2: Zähneputzen bei deutschen Kleinkindern (2001); n = 178; Alter: 11,6 ± 0,7 Monate

„Tab. 1: Vergleich zahngesundheitsbezogener Verhaltensweisen zwischen Familien mit Kleinkindern in Dresden (D) und Erfurt (E); Alter: D = 29,3 ± 1,5 Monate; E = 30,7 ± 2,0 Monate (in Dresden Zahngesundheitsberatung der Eltern ein Jahr zuvor)“

Variablen	Dresden n = 264	Erfurt n = 231
Kariesbefall (dmft)	0,12 ± 0,73	0,58 ± 2,00
Flaschengebrauch >3x tgl.	4,2 %	43,1 %
nachts kariogene Getränke	8,3 %	10,8 %
regelmäßiges Zähneputzen	84,2 %	76,6 %
regelmäßiges Nachputzen	81,8 %	31,8 %
sichtbare Plaque	39,8 %	42,0 %

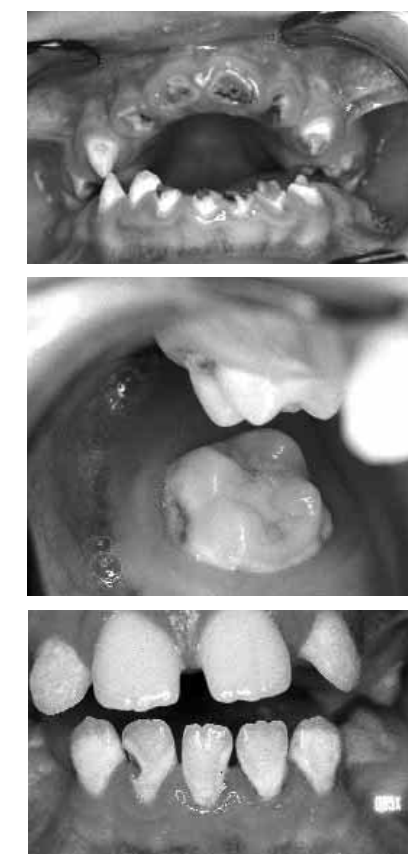


Abb. 3 a bis c: Fehlschläge bei der Betreuung von Kleinkindern mit frühkindlicher Karies
a: Sandro, 3 Jahre, schwere Form der frühkindlichen Karies, Sanierung in Narkose, danach Betreuung beim Hauszahnarzt
b und c: Wiedervorstellung in unserer Abteilung nach 6 Jahren: Karies im bleibenden Gebiss.

Neue Aspekte in der Kariesprophylaxe

M. Hannig

Effiziente Mundhygiene, zahn- gesunde Ernährung und regelmäßige Fluoridierungsmaßnahmen sind die Eckpfeiler der bewährten traditionellen Kariesprophylaxe. Neben diesen bewährten Strategien werden seit vielen Jahren auch neue Konzepte verfolgt, die darauf abzielen, die Kolonisation der Zahnoberfläche mit den Karies verursachenden Mutans-Streptokokken (*S. mutans*) selektiv zu verhindern. Hierzu zählen die passive Immunisierung durch lokale intraorale Applikation von Antikörpern gegen *S. mutans*, die mukosale Immunisierung gegen *S. mutans* sowie die „replacement therapy“, d.h. die Substitution durch einen gentechnisch veränderten, nicht pathogenen Bakterienstamm.

Passive Immunisierung gegen *S. mutans*

Die Fähigkeit von *S. mutans*, an der Schmelzoberfläche zu adhären und so das Biotop Zahn zu kolonisieren, stellt die entscheidende Voraussetzung für die Etablierung eines pathogenen Biofilms auf der Zahnoberfläche und die anschließende Entstehung der kariösen Läsion dar. *S. mutans* Bakterienzellen sind von einem Besatz aus Fimbrien überzogen, an denen sich spezifische Oberflächenproteine, die sog. Adhäsine befinden. Mit diesen Adhäsinen können Mutans-Streptokokken an Rezeptoren, die entweder in der Pellikelschicht auf der Zahnoberfläche oder an der Oberfläche anderer, bereits adhärenter Mikroorganismen lokalisiert sind, irreversibel anhaften.

Das Verfahren der lokalen passiven Immunisierung gegen *S. mutans* basiert auf der Überlegung, dass Antikörper, die mit den molekularen Mechanismen der Adhärenz von *mutans* interferieren, nach der Applikation auf den gereinigten Zahnschmelz in der Pellikelschicht angereichert werden und dadurch der bakteriellen Anhaftung und Kolonisation direkt entgegenwirken können (1, 2). Um das Verfahren der lokalen passiven Immunisierung in

der menschlichen Mundhöhle zu realisieren, bedarf es jedoch vergleichsweise großer Mengen von Antikörpern, die spezifisch gegen die Oberflächenadhäsine von *S. mutans* gerichtet sein müssen. Erst durch die Nutzung moderner biotechnologischer Methoden ist es in den letzten Jahren gelungen, die benötigten Antikörper in hinreichend großer Menge herzustellen. Dazu wurden Tabakpflanzen gentechnisch derart transformiert, dass sie sekretorische Ig A und G Antikörper produzieren, die gegen die Oberflächenadhäsine von *S. mutans* gerichtet sind (1). Die Eignung dieser slgA/G-Antikörper zur passiven topischen Immunisierung wurde bereits an menschlichen Probanden nachgewiesen (1). Die Lokalapplikation der Antikörper auf die Zahnoberfläche bewirkte einen viermonatigen Schutz der menschlichen Mundhöhle vor der Rekolonisation mit *S. mutans*, während in der Placebo-Gruppe innerhalb des viermonatigen Nachuntersuchungszeitraumes eine intraorale Wiederbesiedelung mit *S. mutans* Bakterien nachgewiesen werden konnte (1). Unerwünschte systemische Nebenwirkungen ließen sich nicht feststellen. Diese Ergebnisse zeigen, dass durch die topische Applikation von Antikörpern eine effektive passive Immunisierung gegen *S. mutans* erzielt werden kann. Derzeit wird nach Möglichkeiten gesucht, die Zulassung für dieses Verfahren der Kariesimmunisierung zu erlangen, so dass möglicherweise bereits in einigen Jahren eine entsprechende Karies-Vakzine für die Lokalapplikation in der Mundhöhle zur Verfügung stehen könnte.

Mukosale Immunisierung gegen *S. mutans*

Eine aktive Immunisierung gegen Karies, z. B. durch intramuskuläre Injektion von *S. mutans* Bakterienzellen, ist beim Menschen nicht möglich, da hierbei nicht nur Antikörper gegen *S. mutans*, sondern auch Serumantikörper gegen menschliches Herzmuskelgewebe gebildet werden. Die daraus resultierenden Kreuzreaktionen stellen nach wie vor ein gravierendes und ungelöstes Problem der aktiven Kariesimmunisierung gegen *S. mutans* dar.

Auf der Suche nach möglichen Alternativen zur aktiven Immunisierung machte man die Entdeckung,

dass sekretorische Antikörper (slgA) gegen *S. mutans*-Bakterien mit dem Speichel sezerniert werden, wenn eine entsprechende Stimulation des mukosalen Immunsystems in der Mundhöhle erfolgt. Das mukosale Immunsystem, zu dem u. a. der Waldeyische Rachenring zählt, ist in der Lage unabhängig von den im Blut zirkulierenden immunkompetenten Zellen Antikörper zu bilden. Die mit dem Speichel sezernierten slgA-Antikörper dienen zur spezifischen Immunabwehr von intraoralen Pathogenen. Zur Induktion der Antikörpersekretion über den Speichel wird das mukosale Immunsystem durch intranasale oder tonsilläre Applikation von Antigenen in Form eines Sprays angeregt.

Als Antigene zur mukosalen Immunisierung gegen *S. mutans* finden neben den bakteriellen Oberflächenadhäsinen auch Enzyme (Glukosyltransferasen) von *S. mutans* Verwendung. Glukosyltransferasen sind für die Produktion von extrazellulären Polysacchariden (Glukanpolymeren) verantwortlich und begünstigen dadurch die Etablierung von *S. mutans* im Biofilm an der Zahnoberfläche. Durch die mukosale Immunisierung lässt sich im menschlichen Speichel eine sekretorische Innenantwort gegen *S. mutans* induzieren, die auf die Blockade der Virulenzfaktoren von *S. mutans* (Adhäsine und Glukosyltransferasen), ausgerichtet ist (3). Die nasale oder tonsilläre Applikation von Antigenen bieten die Möglichkeit, die intraorale Kolonisation mit *S. mutans* auf immunologischem Weg zu verhindern, ohne Kreuzreaktionen mit dem menschlichen Herzmuskelgewebe hervorzurufen (4). Allerdings ist die bei der mukosalen Immunisierung erzielte Produktion sekretorischer Antikörper gegen *S. mutans* sehr variabel und oftmals nur gering ausgeprägt. Weitere Studien sind daher noch erforderlich, um die für eine mukosale Immunisierung gegen *S. mutans* optimal geeignete Vakzine zu entwickeln und den resultierenden kariespräventiven Effekt bei menschlichen Probanden abzusichern.

„Replacement therapy“ von *S. mutans*

Die „replacement therapy“ beinhaltet die Substitution des natürlich vorkommenden Wildtyps von *S. mutans* gegen eine gentechnisch modifizierte,

nicht pathogene Mutante von *S. mutans* (5). Der gentechnisch veränderte Austausch- oder Effektorbakterienstamm soll im bakteriellen Biofilm die ökologische Nische, die normalerweise von *S. mutans* besetzt wird, selektiv und dauerhaft kolonisieren. Als entscheidender Pathogenitätsfaktor von *S. mutans* gelten die azidogenen Eigenschaften des Bakteriums, denn diese führen zur Ausbildung kariöser Läsionen im Zahnschmelz. Verantwortlich für die Bildung von Milchsäure im bakteriellen Stoffwechsel ist das Enzym Laktatdehydrogenase. Um das pathogene Potential von *S. mutans* zu reduzieren, wurde im bakteriellen Genom des für die „replacement therapy“ konzipierten Stammes von *S. mutans* dasjenige Gen, das die Bildung des Enzyms Laktatdehydrogenase kodiert, gentechnisch entfernt und ersetzt durch ein neues Gen, das die Bildung des Enzyms Alkoholdehydrogenase kodiert. Die derart modifizierte Variante von *S. mutans* ist aufgrund des Fehlens des Enzyms Laktatdehydrogenase nicht mehr in der Lage, Milchsäure zu produzieren. Aufgrund der erhöhten Alkoholdehydrogenase-Aktivität bildet dieser Bakterienstamm hingegen vielmehr als Stoffwechselprodukt Äthanol, so dass die Gesamtmenge der sauren Stoffwechselmetaboliten reduziert ist. Um den natürlichen *S. mutans* Bakterienstamm aus dem Biofilm dauerhaft verdrängen zu können, wurde der zur Substitution von *S. mutans* konzipierte Effektorstamm außerdem mit der Fähigkeit ausgestattet, das antibakteriell wirksame Peptid Mutacin zu bilden. Mutacin bewirkt eine Inhibition des Wachstums aller anderen Mutans-Streptokokken und begünstigt dadurch die selektive Kolonisation der Zahnoberfläche mit dem Effektorstamm.

In Tierexperimenten mit gnotobiotischen Ratten konnte von Hillman et al. (5) gezeigt werden, dass dieser gentechnisch veränderte Effektorstamm tatsächlich in der Lage ist, *S. mutans* aus der mikrobiellen Plaque zu verdrängen, die Zahnoberfläche selektiv zu kolonisieren und das Auftreten von Karies signifikant zu reduzieren. Das reduzierte pathogene Potential dieses gentechnisch modifizierten Bakterienstammes, sein Potential die Zahnoberfläche zu kolonisieren und seine genetische Stabilität lassen diesen Stamm auch für die Anwendung

am Menschen im Rahmen der „replacement therapy“ von *S. mutans* zur Kariesprophylaxe geeignet erscheinen. Klinische Studien, mit denen das Potential der „replacement therapy“ zur Kariesprophylaxe beim Menschen bewiesen werden soll, befinden sich momentan in der Vorbereitung. Erst wenn die Ergebnisse dieser Studie vorliegen, wird eine endgültige Bewertung des Konzeptes der „replacement therapy“ zur Kariesprophylaxe beim Menschen möglich sein.

Schlussbetrachtung

Die mukosale Immunisierung und Sekretion von Antikörpern gegen *S. mutans* über den Speichel sowie der Austausch von *S. mutans* gegen eine weniger pathogene Mutante im Sinne der „replacement therapy“ bieten interessante Möglichkeiten, um in Zukunft die intraorale Etablierung von Mutans-Streptokokken im Biofilm bereits nach Durchbruch der Milchzähne zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Die Möglichkeit der passiven Immunisierung durch topische Applikation von Antikörpern gegen Mutans-Streptokokken könnte zukünftig eine ergänzende Methode der Kariesprophylaxe bei Patienten darstellen, die ein hohes Kariesrisiko aufweisen. Im Hinblick auf die Einschätzung des Stellenwertes der hier vorgestellten neuen Aspekte in der Kariesprophylaxe gilt es jedoch zu beachten, dass Karies durch eine heterogene Keimflora hervorgerufen wird. Diese wäre in vollem Umfang nur durch ein breites Spektrum von Antikörpern bzw. gentechnisch veränderten Austauschbakterienstämmen unterschiedlicher Spezifität zu beeinflussen. Die daraus resultierenden Verschiebungen in der Zusammensetzung der intraoralen Mikroflora und möglichen Störungen des ökologischen Gleichgewichtes in der Mundhöhle sind aktuell nicht abschätzbar.

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. M. Hannig
Universitätskliniken des Saarlandes
Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie
Gebäude 73
D - 66421 Homburg

- Literatur bei der Redaktion -

Neue Hörspiel-CD vom VfZ

Der Besuch beim Zahnarzt ist besonders für Kinder immer wieder mit Ängsten verbunden – da käme ein Freund, der einem den Gang in die Zahnarztpraxis vormacht gerade recht. Wenn dieser Freund dann noch ein kleiner Brumbär ist und im Zahnzauberland lebt, bestehen beste Aussichten, dass die Befürchtungen im Handumdrehen verfliegen. „Dr. Eisbär ist gut, der macht mir Mut!“ – mit dieser Formel traut sich der kleine zottige Held zur Prophylaxeuntersuchung und nimmt die Kinder mit auf seine Reise.

Die CD „Der kleine Brumbär im Zahnzauberland“ vom Verein für Zahnhygiene e.V. erlaubt es Eltern, Erzieherinnen und Praxisteams den Zahnarztbesuch von 3- bis 8-jährigen Kindern auf einfühlsame und altersgerechte Weise vorzubereiten. Mit den pädagogisch-therapeutischen Hörgeisterungen und der entspannungsfördernden Musik werden die Ängste der Kleinen abgebaut und gleichzeitig wichtige Grundkenntnisse für eine gute Prophylaxe vermittelt.

Die zwei Episoden „Doktor Eisbär und „Das Milchzahnerlebnis“ sowie die begleitenden „Zauberklänge“ wurden dabei in Zusammenarbeit mit zwei Experten aus Pädagogik und Zahnmedizin entwickelt. Komponist und Pädagoge Martin Buntrock und Zahnärztin und Pädagogin Hildegard Markwart bündelten ihr Know-how, um Themen wie Vorsorgeuntersuchung, Lackierung, gesunde Ernährung oder Zahnwechsel zu einem akustischen Erlebnis für die Kleinen zu machen. Da tritt der kleine Brumbär auf dem Zahnarztstuhl schon mal eine Reise als Raumschiffpilot an oder bekommt ein Milchzahn-Döschen geschenkt. Und ergänzt wird die kindgerechte Mischung aus Unterhaltung und Information durch das beschwingte „Dr. Eisbär-Lied“ und entspannender Hintergrundmusik – damit ist die CD eine wahrlich „runde Sache“.

„Der kleine Brumbär im Zahnzauberland“ ist über den Verein für Zahnhygiene e.V., Feldbergstraße 40, 64293 Darmstadt, zum Preis von 11,00 EUR zu beziehen.



Kontakt:
Tel.: 06151-894 814
Fax: 06151-895 198
www.zahnhygiene-ev.de
kontakt@zahnhygiene-ev.de



Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen

J. M. Diehl

Wenn Kinder essen und trinken, tun sie dies in der Regel nicht, um sich zu „ernähren“, sondern weil sie – häufig spontan – Lust auf bestimmte Speisen und Getränke haben und sich von deren Konsum Freude und Genuss erhoffen. Bei dieser primär durch Vorlieben und Abneigungen gesteuerten Nahrungsauswahl stehen die von der Gesundheitserziehung vorgebrachten Mahnungen – „Nur wenn du dich richtig ernährst, bleibst du gesund und leistungsfähig; falsche Ernährung macht krank und verkürzt das Leben“ – weitgehend im Hintergrund.

Bei Befragungen sind allerdings selbst jüngere Kinder recht gut in der Lage, die hauptsächlichen Attribute einer gesunden Ernährungsweise anzugeben: viel Obst und Gemüse, täglich Milch, abwechslungsreich, aber nicht zu viel, fettarm und wenig Süßes. Kaum ein Kind äußert ernsthaft die Ansicht, dass Fast Food wie Hamburger oder Pommes frites „gesund“ ist, fast alle Kinder stimmen der Aussage „Bonbons sind schlecht für die Zähne“ zu. Auch die Wichtigkeit einer gesunden Ernährung für Leistungsfähigkeit, Gesundheit und ein langes Leben wird von den meisten Kindern auf Befragen zugestanden [1, 2].

Abgesehen vom Obst, das sich bei Kindern und Jugendlichen hoher Wertschätzung erfreut, stehen die aktuellen Nahrungspräferenzen jedoch häufig im Widerspruch zum relativ guten Wissen um die richtige Ernährung. Höchste Beliebtheit weisen bestimmte Fast Food Gerichte auf. Pizza essen bei 9- bis 13-jährigen Jungen 94% ganz besonders gern oder gern, beim Hamburger sind es 78%, bei Pommes frites 88%. Bei Mädchen ist die Vorliebe für diese Speisen nicht wesentlich geringer (88%, 63%, 81%). Hohe Präferenzgrade werden weiterhin für Süßigkeiten und Knabbereien geäußert, während speziell gekochtes Gemüse sich meist nur geringer Beliebtheit erfreut [3, 4]. Eine Ausnahme bildet hier allerdings der Spinat. Entgegen

verbreiteter Ansicht wird er von den meisten Kindern nicht (mehr) abgelehnt, sondern von einer Mehrheit der Mädchen (66%) und Jungen (61%) sogar gern oder ganz besonders gern gegessen.

Konsumerhebungen zeigen, dass der tatsächliche Verzehr nur z.T. den geäußerten Vorlieben entspricht. Parallel zu seiner geringen Beliebtheit wird Gemüse meist zu wenig gegessen. Auch das eigentlich beliebte Obst weist häufig nur unzureichenden Verzehr auf. Nicht bestätigt werden allerdings Befürchtungen und Behauptungen, dass Gerichte wie Pizza und Hamburger auf Grund der (geäußerten) hohen Beliebtheit dann auch von Kindern und Jugendlichen ständig und ausschließlich gegessen werden. Nur 9% nehmen Pizza ein paar Mal in der Woche zu sich, 43% verzehren sie einmal in der Woche, bei 48% wird sie seltener konsumiert. Beim Hamburger sind die entsprechenden Verzehrshäufigkeiten 6%, 25% und 69% [5].

Für die Lenkung der Nahrungspräferenzen von Kindern und ihre u.U. notwendige Veränderung hin zu einer „gesunden“ Speisenauswahl würde es eine Erleichterung bedeuten, wenn sich weitgehend klären ließe, „warum“ bestimmte empfehlenswerte Nahrungsmittel wie z.B. Gemüse wenig beliebt sind oder abgelehnt werden. Als Determinanten für Konsumverweigerungen kommen allgemein in Betracht: (1) Unangenehmer, abstoßender Geschmack oder Geruch, (2) Befürchtete schädliche Wirkung beim Konsum, (3) erfahrene schädliche/unangenehme Wirkung, (3) Ekel, Abscheu und (4) weltanschauliche, politische oder ethische Gründe. Wirklich „hilfreiche“ Erklärungen stellen hier allerdings nur die Ursachen 2 bis 4 dar. Sie begründen z.B. den überwiegenden Teil der Ablehnungen von Fleisch und fleischhaltigen Gerichten. Von untergeordneter Bedeutung sind sie jedoch im Bereich der Gemüse- und Salat-Ablehnungen. Fragt man hier Kinder nach den Gründen für die Unbeliebtheit dieser Speisekomponenten, erhält man in der Regel nur Antworten vom Typ „schmeckt mir nicht“ oder „weiß ich nicht“. Ähnliches zeigt sich bei der Suche nach den Gründen für die große Beliebtheit bestimmter Speisen wie Pizza oder Hamburger. Kinder und Jugendliche mögen diese Dinge, weil sie ihnen „so gut schmecken“ – oder sie sehen

sich nicht in der Lage, eine Erklärung für ihre Vorliebe abzugeben [6].

In vielen Fällen erfolgt die Formung und Änderung von Nahrungspräferenzen und -gewohnheiten (allein) durch Kontakt und Erfahrung mit bestimmten Speisen und Geschmacksrichtungen. Dies wird als mere exposure effect bezeichnet: Ein durch äußere Faktoren veranlasster Konsum (bestimmte – neue – Speisen werden z.B. einem Kind in gewissen Zeitabständen mehrmals vorgesetzt) führt nach einer Weile zu einer mehr oder minder starken Präferenz für die Speise oder das Getränk. Was extern motiviert mehrfach gegessen wird, wird nach einiger Zeit auch gern gegessen (d.h. aus interner Motivation heraus). Ohne diesen Effekt namentlich zu kennen, dürften fast alle Eltern mit der Aufforderung „Nun probier‘ doch mal von dem leckeren Gemüse“ irgendwann einmal versucht haben, sich ihn zu Nutze zu machen. Die dabei gemachten Erfahrungen zeigen auch die Grenzen des Effekts auf: Er kann nur einsetzen, wenn das Kind überhaupt zum ein- und mehrmaligen Verzehr der empfohlenen Speise bereit ist. Bei der Mehrzahl der Nahrungsablehnungen verweigern Kinder jedoch jegliches auch noch so zaghafte Probieren.

Während die Ernährungsaufklärung und -erziehung von der Tatsache ausgeht, dass die Ernährungsgewohnheiten der meisten Kinder und Jugendlichen suboptimal und stark verbesserungsbedürftig sind, ist die Mehrheit der Angesprochenen der Überzeugung, sich bereits ausreichend „gesund“ zu ernähren. Aussagen wie „Ich achte darauf, dass die Sachen, die ich esse, (möglichst) gesund sind“ werden in der Regel von etwa 60% der Jungen und Mädchen bejaht. Dies entspricht dem Anteil in der erwachsenen Bevölkerung, der ebenfalls eine Veränderung seiner Essgewohnheiten für unnötig hält, weil man sich bereits (ausgesprochen) gesund ernähre [1].

Voraussetzung für die Ausbildung einer Intention, sich gesund (oder gesünder) zu ernähren, ist jedoch die Wahrnehmung eines mit der Ernährung verbundenen Risikos – die Erkenntnis, dass das eigene Ernährungsverhalten zum einen falsch ist und zum anderen mit einer gewissen Sicherheit zu einer nicht unerheblichen Schädigung des Wohlbefindens und der Gesundheit sowie möglicher-

weise zu einer Verkürzung der Lebenszeit führen wird. Da diese Voraussetzung bei der Mehrheit der Kinder und Jugendlichen nicht gegeben ist, fühlen sich diese von den Botschaften der Ernährungsaufklärung gar nicht angesprochen. Gemeint und betroffen sind in ihren Augen irgendwelche anderen, die sich falsch ernähren. Hinzu kommt, dass angedrohte negative Konsequenzen schlechter Ernährung, deren Eintreten außerhalb des relativ begrenzten Zeithorizonts von Kindern liegt („Herzinfarkt mit 45“, „Sterben mit 70 statt mit 80“), nicht als Gefahr empfunden werden, der durch (geändertes) Verhalten vorgebeugt werden müsste.

Für die meisten älteren Kinder und Jugendlichen dürfte es nur eine Form von »Fehlernährung« geben, die sie ernsthaft fürchten und zu verhindern trachten: das (mögliche) Zuviel essen und »(Zu-)Dickwerden«. Auf Grund strenger gesellschaftlicher Normen ist speziell für Mädchen eine schlanke Figur ein „Muss“, Übergewicht ein ästhetischer Makel und ein massives Hemmnis bei der erfolgreichen Suche nach andersgeschlechtlichen Partnern. Essen als potentieller Dickmacher ist bei einem nicht unerheblichen Teil weiblicher Jugendlichen stärker angstbesetzt und Anlass zu mehr oder minder ständiger kognitiver Kontrolle und „Zügelung“ der Nahrungszufuhr. Gesunde Ernährung und Kostformen haben damit nur eine Chance, von Jugendlichen angenommen und befolgt zu werden, wenn es gelingt, sie zu überzeugen, dass ihr Ernährungsverhalten verbesserungsbedürftig ist, dass positive Effekte in absehbarer Zeit eintreten und dass die empfohlene Ernährungsweise Übergewicht zuverlässig beseitigt oder zu verhindern hilft.

Prof. Dr. Joerg M. Diehl
Justus-Liebig-Universität Giessen
Fachbereich Psychologie
Otto-Behagel-Str. 10
35394 Giessen

Lehrstuhl für präventive Zahnheilkunde vor dem Aus?

Prävention im Bereich der Zahnheilkunde genießt vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform besondere Aktualität. Denn Zahnersatz – so sieht es der Gesetzesentwurf vor – soll ab 2005 aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestrichen werden. Umso erstaunlicher, dass das Bemühen um langfristigen Erhalt der Zahngesundheit nun vor einem für Experten aus zahnmedizinischer Forschung, Praxis und Industrie kaum nachzuvollziehenden Rückschlag steht: Betroffen ist der international renommierte und in Deutschland inzwischen einzige Lehrstuhl für Präventive Zahnheilkunde der Universität Jena. Der in Erfurt beheimateten Forschungseinrichtung droht auf Grund finanzieller Einsparungen sowie personeller Absenkung von 14 auf 3,8 Vollzeitkräfte das operative Aus. „Ein Weg in die falsche Richtung“, wie Privatdozent Dr. Norbert Krämer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK), findet. Denn: „Der zunehmende Verlust an Forschungs- sowie Ausbildungsqualität steht im klaren Widerspruch zu einer mehr an Prophylaxe als an Therapie orientierten Zahnheilkunde.“ Der von Krämer angesprochene Paradigmenwechsel – Zahnerhalt vor Zahnersatz – hat in Deutschland nachweislich zu einer signifikanten Verbesserung der Mundgesundheit geführt. So konnte beispielsweise durch prophylaktische Maßnahmen wie Gesundheitserziehung, Fluoridierung und Fissurenversiegelung bei Kindern und Jugendlichen seit Beginn der 90er Jahre ein Kariesrückgang um 30 bis 70 Prozent erzielt werden.

Konsequenzen für die zahnärztliche Patientenversorgung

„Ohne wissenschaftliche Unterstützung sind solche Fortschritte in der zahnärztlichen Patientenversorgung nicht möglich“, erläutert Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, das Zusammenspiel von Wissenschaft und Praxis. Einer der

Gründe liegt in der Polarisierung des oralen Erkrankungsrisikos: 22 Prozent der Heranwachsenden haben 61 Prozent der kariösen Zähne. Die Ermittlung und Bewertung von Methoden zur Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos, wissenschaftlich belegte und leitliniengestützte Therapiestrategien sowie die Erforschung biologischer Faktoren für die Entstehung oraler Erkrankungen gehört nach Ansicht Oesterreichs ebenso zum Aufgabenbereich der Präventionsforschung wie die Entwicklung spezifischer Behandlungsprogramme und deren Effizienzkontrolle. Veränderte Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden, wie sie die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) im Jahr 2000 ausgesprochen hat, finden nicht zuletzt darin ihren wissenschaftlichen Ursprung. „Gerade in der Prävention sind Wissenschaft und Praxis unmittelbar aufeinander angewiesen. Das Wegbrechen einer dieser Säulen besitzt somit unmittelbaren Einfluss auf die Patientenbehandlung“, so Oesterreich.

Kariesfrühdagnostik und Fluoridierung gehören zu den Forschungsschwerpunkten am Erfurter Lehrstuhl für Präventive Zahnheilkunde. Die in diesen Bereichen seit vielen Jahren erzielten Erkenntnisfortschritte haben die europäische Entwicklung mitbestimmt und dem C3-Lehrstuhl internationale Anerkennung eingebracht. So fungiert die Poliklinik seit 20 Jahren auch erfolgreich als einziges deutsches Kollaborationszentrum der Weltgesundheits-Organisation WHO auf dem Gebiet der Mundgesundheit. „Sollte der Lehr- und Forschungsbetrieb jetzt eingestellt werden, wäre dies eine erhebliche Reduktion des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns“, warnt Professor Dr. Ulrich Schiffner von der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf. Schiffner spricht aus Erfahrung, gab es doch an der Hamburger Klinik bis vor wenigen Jahren ebenfalls einen Lehrstuhl für Präventive Zahnheilkunde. Im Jahr 2000 wurde dieser jedoch anlässlich der Emeritierung ihres Leiters geschlossen. „Die Folgen einer solchen Entwicklung sind klar erkennbar: Der betroffene Hochschulstandort verliert an wissenschaftlichem Gewicht und Kompetenz.“

Konsequenzen für die Wirkstoff- und Produktentwicklung

Der Verlust von wissenschaftlichem Know-how erschwert nicht zuletzt die Entwicklung von Präparaten und Wirkstoffen mit prophylaktischer Wirkung. „Ohne den intensiven Dialog zwischen Wissenschaft und Unternehmen wäre die immense Verbesserung der Mundgesundheit in Deutschland und Europa undenkbar gewesen“, betont Diplom-Biochemikerin Bärbel Kiene, Leiterin der Medizinisch-Wissenschaftlichen Abteilung der GABA GmbH. Der Hersteller medizinischer Zahnpflegeprodukte (aronal, elmex, meridol) blickt auf eine 30-jährige Zusammenarbeit mit dem Erfurter Lehrstuhl für Präventive Zahnheilkunde zurück. Im Rahmen klinischer Untersuchungen konnte dort zum Beispiel nachgewiesen werden, dass die in meridol enthaltene Wirkstoffkombination Aminfluorid/ Zinnfluorid Plaque sowie Gingivitis (Zahnfleischentzündung) reduziert. „Die Verknüpfung von Klinik, Epidemiologie und chemischer bzw. biochemischer Grundlagenforschung ist europaweit einmalig“, erläutert Kiene das Erfolgsgeheimnis in der Zusammenarbeit mit dem Erfurter Lehrstuhl. Die Partnerschaft mit der Wissenschaft im Bereich der oralen Prävention lasse sich folglich bei einer Einstellung der dortigen Forschungstätigkeit zumindest in Deutschland nicht mehr auf gleichem Niveau fortsetzen.

In Gefahr sieht die Biochemikerin auch den Technologietransfer zwischen Hochschule und Unternehmen, d.h. die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in marktreife Produkte, sowie die gemeinsame Identifizierung forschungsrelevanter Themenfelder.

Konsequenzen für Forschung und Lehre

Viele Hochschulprojekte werden über Drittmittel aus der Industrie finanziert – angesichts immer knapper werdender Staatsmittel häufig die einzige Chance zur Realisierung wissenschaftlicher Vorhaben. Diese für das Überleben des Forschungs- und Entwicklungsstandortes Deutschland unverzichtbare Unterstützung gelinge aber nur, wenn an den Hochschulen eine gut funktionierende Infrastruktur mit ausreichender Fachkompetenz vorhanden sei, so Kiene.

Eine Ausdünnung und damit Lähmung des wissenschaftlichen Betriebes

belastet folglich auch die akademische Lehrtätigkeit. Im Falle der drohenden Schließung des Lehrstuhls für Präventive Zahnheilkunde wiegt das Problem besonders schwer. „Es muss kritisch hinterfragt werden, ob der abnehmende Anteil der Prophylaxe in der zahnärztlichen Ausbildung heutigen an Prävention und Vorbeugung orientierten Berufsstandards gerecht wird“, zweifelt DGK-Präsident Dr. Krämer und fordert daher die politisch Verantwortlichen auf, den Personalabbau am Erfurter Lehrstuhl zu stoppen sowie weiteren Kompetenzverlust am Forschungsstandort Deutschland zu verhindern.

Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK)
PD Dr. Norbert Krämer
c/o Universität Erlangen-Nürnberg
Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Glückstraße 11,
91054 Erlangen
T: 09131 / 8534251,
F: 09131 / 8533603
E-Mail:
kraemer@dent.uni-erlangen.de
Internet:
www.kinderzahnheilkunde-online.de
Pressekontakt:
Dorothea Küsters Life Science Communications GmbH,
Dirk Fischer,
Oberlindau 80-82,
60323 Frankfurt,
T: 069/61 998-21,
F: 069/61 998-10
E-Mail:
fischer@dkcommunications.de

Tholuck-Medaille posthum an Frau Prof. Dr. Almuth Künkel verliehen

Die Tholuck-Medaille des Vereins für Zahnhygiene e.V. (VfZ) ging in diesem Jahr posthum an die Psychologin und Publizistin Prof. Dr. Almuth Künkel. Die Preisträgerin unterstützte im Laufe ihrer langjährigen Tätigkeit als Psychologin sowie als Autorin zahlreicher Publikationen in erheblichem Maße die Zahngesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ihr Ehemann, Zahnarzt Dr. Klaus Künkel, nahm am 10. Oktober 2003 die Tholuck-Medaille, benannt nach dem Frankfurter Obermedizinalrat in Ruhe Dr. Hans-Joachim Tholuck, am Rande einer Fortbildungsveranstaltung im schwäbischen Kloster Irsee entgegen. Seit 1973 wird die Auszeichnung an Persönlichkeiten verliehen, die sich um die zahngesundheitliche Aufklärung und Erziehung verdient gemacht haben. Der Jury gehören Vertreter des Arbeitskreises Zahnmedizinische Information, der Bundeszahnärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege und des Vereins für Zahnhygiene e.V. an.

Verein für Zahnhygiene e.V.



Evaluation der Mundpflege in Theorie und Praxis – Ein Forschungsprojekt aus der Pflege

T. Gottschalck

Teil I

Vorbemerkungen

Zur Mundhygiene und Mundpflege als Handlungsfelder von Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern liegen nur wenige Informationen vor. Im Rahmen einer Forschungsarbeit wurden diese Handlungsfelder evaluiert. Der vorliegende Aufsatz beschreibt einen Teil des Projektes, das von Herrn Prof. Dr. Theo Dassen, Pflegewissenschaftler, und Herrn PD Dr. Stefan Zimmer vom Zentrum für Zahnmedizin an der Humboldt-Universität zu Berlin, begleitet wurde. Beiden sei an dieser Stelle für ihre wertvolle Hilfe herzlich gedankt.

Einleitung

Aus der allgemeinen Häufigkeit von Zahn- und Zahnfleischerkrankungen ist zu schließen, dass Menschen, die in eine Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung aufgenommen werden, begleitende Beeinträchtigungen der Mundgesundheit aufweisen.

Diese können durch die mit der Hospitalisation verbundene Immobilität und Nebenwirkungen der Therapie verstärkt werden.

Eine besondere Risikogruppe sind ältere und alte Menschen. Durch den zahlenmäßigen Anstieg dieser Bevölkerungsgruppe und der Ausweitung der häuslichen Pflege werden die in diesen Versorgungsbereichen Tätigen zunehmend mit Mundproblemen konfrontiert.

Erkrankungen der Mundhöhle beeinträchtigen nahezu alle Lebensaktivitäten. Zur Prävention und Behandlung ist eine professionelle, Evidenzbasierte Pflege notwendig.

Die Pflegekraft muss dabei vielfältige Entscheidungen treffen:

- Erkennen und Klassifizieren von Problemen
- Aufstellen von Pflegezielen
- Auswählen geeigneter und Erfolg

Stufe	Evidenztyp
I	stärkste Evidenz: wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger randomisierter kontrollierter Studien (RCTs)
II	wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
III	methodisch hochwertige Studien ohne Randomisierung (z.B. Kohorten-Studien) bzw. nicht prospektiv (z.B. Fall-Kontroll-Studien)
IV	mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
V	schwächste Evidenz: Meinungen und Überzeugungen von Autoritäten und Expertenkommissionen (ohne transparente Belege), beschreibende Studien

Abb.: Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenz [3]

versprechender Mittel und Methoden

- Bewerten der Pflegewirkung
- Entscheiden, wann ärztliche/ zahnärztliche Hilfe erforderlich ist

Pflegende müssen heute die Wirkung und den Nutzen ihrer Arbeit nachweisen. Erster Schritt zur Verbesserung eines Handlungsbereiches ist seine Evaluation. Pflegerische Routinehandlungen sowie Expertenmeinungen sind zu hinterfragen. In der Praxis ist der Anteil, den die Pflegenden erbringen, zu ermitteln und qualitativ sowie quantitativ zu untersuchen.

Forschungsfragen

In diesem Aufsatz werden zwei der insgesamt fünf Forschungsschwerpunkte bearbeitet:

- Welche Entscheidungsbefugnisse besitzen Pflegende in diesem Bereich ihres beruflichen Handelns und über welche Erfahrungen verfügen sie?
- Welche Pflegemittel, -instrumente und -methoden wenden Pflegende in ihrer beruflichen Tätigkeit derzeit an und welche Evidenz lässt sich für die verwendeten Pflegemittel und Instrumente in der Literatur nachweisen?

Methodik

Die Untersuchung bestand aus einem empirischen Teil und einer Literaturstudie.

a) Empirischer Teil

Die Informationen über die Praxis der Mundpflege wurden in einer anonymen schriftlichen Befragung von Pflegekräften gewonnen, die in den Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie, Geriatrie, Intensivpflege sowie der Onkologie und Palliativpflege tätig sind. Die Stichprobe und der Untersuchungsablauf sind bei Gottschalck et al. detailliert [23] beschrieben.

b) Literaturstudie

Nachdem im empirischen Teil ausgewertet worden war, welche Mittel,

Instrumente und Methoden Pflegende anwenden, wurde dann überprüft, welche Wirksamkeitsnachweise für diese Interventionen vorliegen. Dies erfolgte durch Suche nach Publikationen in Datenbanken der Pflege und Medizin: CINAHL, MEDLINE, CARELIT, CANCERLIT. Suchbegriffe waren die Bezeichnungen der jeweiligen Wirkstoffe. Verknüpft wurde mit oral care sowie mouth care.

Zur Bewertung der Publikationen diente die fünfstufige Hierarchie der Aussagekraft von Publikationen (Abbildung).

Ergänzend wurden Informationen aus der Roten Liste sowie aus Veröffentlichungen der Hersteller herangezogen.

Die Recherche wurde auf die von Pflegenden am häufigsten eingesetzten Mittel und Instrumente begrenzt.

Ergebnisse

a) Empirischer Teil

Zur Stichprobengewinnung wurden die Pflegedienstleitungen von 44 Krankenhäusern angeschrieben. Die Zustimmung zur Teilnahme an der Untersuchung gaben 21 Häuser aus zehn Bundesländern. Insgesamt konnten 521 Fragebögen in die vorgesehenen Fachbereiche verschickt werden, die in 75 Fachabteilungen (Kliniken) ausgegeben wurden. Der Rücklauf war mit 303 Fragebögen (58%) zufriedenstellend.

Häufigkeit

Die Unterstützung von Patienten bei der täglichen Mundhygiene sowie der speziellen Mundpflege werden von nahezu allen Pflegenden mehrmals täglich durchgeführt und können demzufolge als alltägliche Pflegehandlungen bezeichnet werden. In allen Fachdisziplinen wird die spezielle Mundpflege häufiger als die allgemeine Mundpflege durchgeführt, von 53% der Pflegenden mindestens fünf Mal während eines Dienstes.

Entscheidungsbefugnisse

Pflegende entscheiden zu ca. 90% weitgehend selbstständig über die Notwendigkeit einer speziellen Mundpflege, treffen meistens die Wahl des Pflegemittels und überprüfen den Erfolg der Maßnahmen. Diese Aufgaben werden nur in geringem Umfang von den Ärzten übernommen. In der Onkologie und der Palliativpflege werden zu ca. 30% häufiger als in den anderen untersuchten Fachdisziplinen die Pflegenden durch ärztliche Entscheidungen unterstützt und die Wirkung der Pflege durch einen Arzt beurteilt.

Zusammenarbeit

Ungefähr ein Drittel aller Befragten bewertet die Zusammenarbeit mit den Ärzten als weniger gut bis unzureichend. Die geringste Zufriedenheit lag in der Intensivpflege vor.

Obwohl von der überwiegenden Mehrheit der Pflegenden als notwendig erachtet, scheint das zu Rate ziehen eines Zahnarztes oder einer zahnmedizinischen Fachhelferin bei schweren Mundproblemen in allen befragten Disziplinen eher unüblich.

Pflegestandards

Für zwei Drittel der Pflegenden sind im Arbeitsbereich Pflegestandards zur Mundhygiene oder speziellen Mundpflege vorhanden. Trotzdem werden zu ca. 50% andere als die darin festgelegten Pflegemittel verwendet. Dies kann daran liegen, dass die Standards nicht dem Bedarf entsprechen oder dass mangelnde Akzeptanz seitens der Pflegenden vorliegt. Die Anmerkungen in den Fragebögen lassen diese Schlussfolgerungen zu.

Beratung der Patienten

Bei Mundproblemen werden Patienten weitaus häufiger von den Pflegenden als von den Ärzten informiert und beraten. Wenig Beratung erfolgt jedoch über die Durchführung der Maßnahmen.

Assessment

Vor pflegerischen Interventionen ist es notwendig, den Zustand der Mundhöhle möglichst genau zu erfassen. Ebenso wichtig ist es, den Erfolg dieser Interventionen zu überprüfen.

Überwiegend wird der Zustand des Mundes augenscheinlich, das heißt durch kurze Sichtkontrolle beurteilt.

Jedoch gibt eine beachtliche Anzahl Pflegenden außerdem an, durch gründliche Untersuchung den Mundzustand zu beurteilen. Der in diesem Ergebnis enthaltene Widerspruch kann mit einem unterschiedlichen Verständnis über den Inhalt einer gründlichen Einschätzung des Mundzustandes zusammenhängen. Die Auffassung der Pflegepraktiker, was eine gründliche Untersuchung des Mundes beinhaltet, weicht von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ab.

Die vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten werden nicht ausgeschöpft. Auf Grund der geringen Häufigkeit der Verwendung eines Spatels (57%) sowie einer geeigneten Lichtquelle (40%) ist davon auszugehen, dass in der Praxis nicht mehr als ein allgemeiner Eindruck vom Zustand des Mundes erzielt wird. Die erwähnten Instrumente werden auch während der Durchführung der Pflegehandlungen wenig benutzt.

Aus der seltenen Anwendung von Checklisten oder Assessment-Instrumenten (< 5%) kann geschlossen werden, dass die Beurteilung des Mundes subjektiv ist und zudem nach unterschiedlichen Kriterien erfolgt. Der Schweregrad der Veränderungen und die Wirkung der Pflege können somit nicht sicher beurteilt werden.

Instrumente und Pflegemittel

Die Untersuchung hinsichtlich verwendeter Instrumente ergab, dass eine elektrische Zahnbürste, Zahnseide und Munddusche sowohl zur Mundhygiene als auch zur speziellen Mundpflege kaum eine Rolle spielen. Diese Instrumente werden von den Institutionen nicht bereit gestellt und gehören eher selten zu den persönlichen Hygieneartikeln der Patienten. Dagegen werden Zahnbürste und Zahnpasta sehr häufig verwendet.

Obwohl die mechanische Reinigung des Mundes mit der Zahnbürste wohl von jedem Pflegenden selbst zu den täglichen Gewohnheiten zählt, sind der Gebrauch weiterer Mittel wie Wattestäbchen sowie Klemme und Tupfer übliche Methoden zur Mundhygiene wie auch zur speziellen Mundpflege bei Pflegebedürftigen. Je nach Fragestellung werden diese Instrumente von 23 bis 38% (Wattestäbchen) bzw. 40 bis 70% (Klemme und Tupfer) immer bzw. meistens sowohl bei Patienten mit natürlichen Zähnen

als auch bei Trägern von Zahnprothesen verwendet.

In einer offenen Frage wurde ermittelt, welche Pflegemittel und wie häufig diese bei vorgegebenen Mundproblemen eingesetzt werden. In der Auswertung ergab sich, dass einige Produkte (Kamille, Salbei) bei fast allen vorgegebenen Mundproblemen eingesetzt werden. Andererseits werden bei gleichen Mundproblemen mitunter sehr unterschiedliche Wirkstoffe verwendet. Die Angaben der Pflegenden, wie häufig sie diese Mittel einsetzen, gehen stark auseinander und lassen kein regelgeleitetes Handeln erkennen.

Zusammengefasst ergaben sich als am häufigsten verwendete Mittel:

Dexpanthenol, Kamille, Glycerin-Lemon Sticks/Citroglycerin, Nystatin (Moronal, Candio-Hermal), Salbei, Butter.

Korrespondenzadresse:
Dipl.-Med.-Päd. Thomas Gottschalck
Schlossgarten 12
39387 Oschersleben/OT Neindorf

- Literatur bei der Redaktion -

Der Artikel wird in der nächsten Ausgabe fortgesetzt

Tab. 1:

	2. Klasse	3. Klasse	4. Klasse
Schüler	653	700	982
Kinderzahnpaste	52%	40%	28%
Erwachsenenzahnpaste	44%	56%	69%
Aussage nicht verwertbar	4%	4%	3%

**Kinderzahnpaste-
Erwachsenenzahn-
paste
– suum cuique?**

In allen Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden steht zu lesen: Ab dem Schuleintritt sollten die Zähne mit einer Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 1000 bis 1500 ppm geputzt werden. Also „Kinderzahnpaste“ für Kindergartenkinder, „Erwachsenenzahnpaste“ für Schulkinder.

Wissen Eltern, dass ihre Kinder zwar Kinder bleiben, wenn sie in die Schule gehen, dass die Zähne aber sozusagen schon das Reifezeugnis beanspruchen können? Haben sich diese Empfehlungen durchsetzen können?

Um das zu erfahren wurde eine Befragung in Zusammenhang mit der Reihenuntersuchung von 2335 Schülern der 2., 3. und 4. Klasse durchgeführt. „Nimmst Du die gleiche Zahnpasta wie Mama und Papa oder hast du deine eigene Kinderzahncreme?“

Der Versuch, in den ersten Klassen ebenfalls eine Abfrage zu starten, wurde von uns aufgegeben, da es offensichtlich doch Verständigungsschwierigkeiten gab und damit eine Validität der Ergebnisse angezweifelt werden könnte. (Beispiel: „.....heute morgen habe ich zuerst die kleine Zahnbürste von der Mama genommen und dann aber die ganz große vom Papa und fest geputzt“ hm??)

Die Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der Abfrage im Schuljahr 2002/2003.

In einer Schule wurde schon eine zweite Befragung durchgeführt, dieselben Kinder in 6/2002 als Drittklässler, in 6/2003 als Viertklässler. Das Ergebnis gibt Anlass zur Hoffnung, dass ein Gespräch mit den Kindern zur Verhaltensänderung beiträgt. Waren es bei der ersten Befragung lediglich 65% der Kinder, die Zahnpasta mit höherem Fluoridgehalt benutzten, zeigte sich in der zweiten Befragung ein Anstieg auf 77%. Geplant ist, die Umfrage fortzuführen um zu sehen, ob gezielte Information eine Verhaltensänderung nach sich zieht.

In jedem Fall ist allen Prophylaxeassistentinnen anzuraten, in ihren Unterrichtseinheiten das Thema anzusprechen.

Dr. Gisela Winter-Borrucki

**Mythos Schweiz –
Meinungen und
Fakten zur Mund-
gesundheit
in der Schweiz
im Vergleich zu
Deutschland**

H. J. Staehle , Th. Kerschbaum

Einleitung

Die Schweiz gilt seit vielen Jahren als eine Art zahnmedizinisches „Musterland“. Als Begründung für den angeblich durchweg hohen Mundgesundheitsstandard in der Schweizer Bevölkerung dient dabei der Hinweis, dass dort der weitaus größte Teil von Zahnbehandlungen von den einzelnen Patienten selbst zu bezahlen ist. Es wird behauptet, dass in jenen Ländern, in denen zahnmedizinische Leistungen „privatisiert“ wurden, die Eigenverantwortung und nachfolgend auch die orale Gesundheit eine erhebliche Förderung erfahren habe.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion werden diese Thesen vermehrt verbreitet. So war zum Beispiel jüngst in dem deutschen Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ folgendes zu lesen: „Beispiel Zahnersatz: Während in Deutschland die Krankenkasse noch etwa die Hälfte der Kosten erstattet, gibt sie in Italien einen Zuschuss von weniger als 20 Prozent. In den Niederlanden beteiligt sie sich nur noch an den Kosten von Vollprothesen. In Spanien, Portugal und in der Schweiz ist Zahnersatz ganz Privatsache. Die harte Tour zeigt erstaunliche Wirkung: Die Zahngesundheit der Schweizer etwa hat sich merklich verbessert“ [6]. Die deutsche Illustrierte Stern sekundierte kurze Zeit später, dass in der Schweiz wesentlich bessere Mundgesundheitsverhältnisse als in Deutschland vorliegen würden und begründete dies folgendermaßen:

„Der finanzielle Druck hat die Schweizer zu Weltmeistern im Zähneputzen gemacht“ [41]. In der Rheinischen Post wurden Überlegungen zur Streichung von Zahnbehandlungen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen mit folgender Begründung begrüßt: „Schweiz und Norwegen haben damit gute Erfahrungen gemacht. Hier

gibt es kariesfreie Jahrgänge“ [15]. In der Zahntechnik Zeitung (ZT) wurde der Vorsitzende einer Reform-Kommission der deutschen Bundesregierung, der Wirtschaftswissenschaftler B. Rürup, zur Streichung von Zahnersatz aus der Gesetzlichen Krankenversicherung wie folgt zitiert: „Das würde zwar nur 0, 4 Beitragspunkte bringen. Die Schweizer haben das gemacht, seither haben sie gute Zähne. Warum? Weil Zahnersatz in hohem Maße prophylaxeabhängig ist“ [34].

Solche Vorstellungen werden von einem Großteil der deutschen Zahnärzteschaft, insbesondere vom hierzu-landes größten Zahnärzterverband, dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte, nachhaltig unterstützt. Die Abkoppelung der Zahnmedizin von der Medizin und die damit verbundene Ausgliederung zahnmedizinischer Leistungen aus dem allgemeinmedizinischen System der Gesetzlichen Krankenversicherung sei in erster Linie als „Chance zu begreifen“, so W. Beckmann, der Vorsitzende des Verbandes in einer Presseinformation [4]. K.-H. Sundmacher, sein Stellvertreter, bekräftigte dies in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung mit dem Argument, dass es in der Zahnmedizin ohnehin nur um die Behandlung vermeidbarer, nicht vital bedrohlicher Schäden gehe. Die Prävention oraler Erkrankungen reduzierte er dabei ausdrücklich auf Mundhygienemaßnahmen: „Prophylaxe – auf deutsch: Zähneputzen“ [37].

Diesen und zahlreichen weiteren ähnlichen Verlautbarungen in den Massenmedien zufolge wird der in Deutschland lebenden Bevölkerung zum Teil mit Unterstützung der Zahnärzteschaft zur Zeit folgendes Bild vermittelt:

- Die Mundgesundheit ist in der Schweiz (und anderen Ländern mit Ausgliederung zahnmedizinischer Leistungen aus öffentlichen Krankenversicherungen) wesentlich besser als in Deutschland.
- Wenn die Zahnmedizin dem freien Kräftespiel des Marktes überlassen wird und zahnmedizinische Leistungen – so wie dies in der Schweiz der Fall ist – privat zu bezahlen sind, fördert dies nachhaltig die medizinische Eigenverantwortung der Bevölkerung (medizinische Verhaltenssteuerung „über den Geldbeutel“).
- Die Prävention oraler Erkrankungen lässt sich nach dem aktuellen wis-

senschaftlichen Erkenntnisstand auf „Zähneputzen“ reduzieren.

Vor dem Hintergrund, dass solche Behauptungen – von wenigen Ausnahmen abgesehen [12] – bislang weitgehend unwidersprochen geblieben sind, muss die Bevölkerung davon ausgehen, dass sie zutreffen. Wie die folgenden Ausführungen jedoch belegen, sind alle drei oben aufgeführten Thesen in dieser vereinfachten Form falsch oder zumindest nicht hinreichend belegt.

Ähnlicher Mundgesundheitszustand in der Schweiz und in Deutschland

In Deutschland und der Schweiz ist es, so wie in zahlreichen anderen Ländern auch, in den letzten Jahren zu einem deutlichen Rückgang der Prävalenz von Karies und teilweise auch von parodontalen Erkrankungen gekommen. Während sich der Mundgesundheitszustand von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen spürbar verbesserte, haben sich die Verhältnisse im mittleren und höheren Lebensalter bislang nicht wesentlich verändert.

Die Ursachen für die Verbesserung der Mundgesundheit in jüngeren Altersgruppen sind nicht genau bekannt. Da der Kariesrückgang umso früher eintrat, je konsequenter kollektiv wirksame Fluoridierungsmaßnahmen realisiert wurden, nimmt man an, dass dabei ein adäquates Fluoridangebot eine wichtige Rolle spielte [20, 21, 23, 38]. Die schon vor Jahrzehnten eingeführte Trinkwasserfluoridierung (in Basel) sowie der hohe Marktanteil von fluoridiertem Speisesalz in den übrigen Regionen (weit über 80 %) gelten in der Schweiz neben den frühzeitigen Aktivitäten von Jugendzahnkliniken mit einer aufsuchenden Betreuung von Kindergärten und Schulen als Meilensteine der Präven-

tion oraler Erkrankungen [23]. Sie haben dazu geführt, dass in der Schweiz zu einem früheren Zeitpunkt als in Deutschland ein Kariesrückgang zu verzeichnen war. Neuere epidemiologische Untersuchungen haben aber ergeben, dass es in der Zwischenzeit hinsichtlich der Mundgesundheit in verschiedenen Altersstufen keine gravierenden Unterschiede zwischen Deutschland und der Schweiz mehr gibt (Tab. 1).

Der Mundgesundheitszustand eines Menschen kann in unterschiedlichem Umfang evaluiert werden. Das Spektrum reicht vom Feststellen von Zahnschmerzen über kau- und sprachfunktionelle Aspekte, Erfassung von Entzündungszuständen oder sonstigen Gewebsveränderungen bis hin zu Fragen über das Aussehen des Gebisses. Die Dokumentation von Karies, Zahnverlust und zahnärztlichen Restaurationen (DMF-Index für bleibende Zähne, dmft-Index für Milchzähne) kann aus diesem umfangreichen Spektrum nur einen Teilaspekt der Mundgesundheit erfassen. Hinzu kommt, dass methodische Unterschiede bei der Datenerhebung (z.B. mit oder ohne Berücksichtigung von Röntgenbefunden) die Interpretation erschweren können. Dennoch wird der DMFT-bzw. dmft-Index (bezogen auf die Zahnzahl) wegen seiner einfachen Handhabbarkeit in vergleichenden Erhebungen weltweit eingesetzt.

Unter dem Vorbehalt der oben genannten Einschränkungen stellt sich die Gebissgesundheit in Deutschland und der Schweiz wie folgt dar:

Der dmft-Wert (bezogen auf Milchzähne) betrug im Jahr 2000 bei 7-jährigen Kindern im Kanton Zürich 2,5 [27]. Dieser ausschließlich auf den Kanton Zürich bezogene Wert kann nicht ohne weiteres auf die Gesamtschweiz mit ihren italienischen, fran-

zösischen und deutschen Regionen extrapolieren werden. Bemerkenswert erscheint, dass er im Jahr 2000 höher als in den Vorjahren lag, vermutlich aufgrund von Wanderungsbewegungen in der Bevölkerung [27]. Obwohl auch in der wiedervereinigten Bundesrepublik Deutschland starke Wanderungsbewegungen mit großen sozioökonomischen Unterschieden in der Bevölkerung zu verzeichnen sind, besteht hier noch ein Trend der Kariesreduktion in dieser Altersgruppe. Im Jahr 2000 wurde bei 6-7-jährigen Kindern ein dmft-Wert von nur noch 2,2 ermittelt [33].

Der DMFT-Wert (bezogen auf bleibende Zähne von 12-jährigen Jugendlichen) lag in Deutschland im Jahr 2000 bei 1,2 [33, 43], in einigen Regionen wurde 2001 sogar ein Wert von nur ca. 0,5 ermittelt [38].

Für die Schweiz liegen gemäß WHO-Angaben bezogen auf die Zeit nach 1988 keine überregionalen Daten vor. 1988 betrug der DMFT-Wert für die Gesamtschweiz noch 2,0 [43]. Im Jahr 2000 wurde für den Kanton Zürich ein DMFT-Wert von 0,9 ermittelt [27].

Nach der aktuellen Datenlage dürfte sich die Zahngesundheit von Jugendlichen, die in Deutschland und in der Schweiz leben, inzwischen deutlich angenähert haben (DMFT-Werte in beiden Ländern <1,2).

Bei jüngeren Erwachsenen profitiert die Schweiz zur Zeit noch von den früher eingetretenen Prophylaxeerfolgen, wie aus einer Gegenüberstellung von Erhebungen zur Mundgesundheit an Rekruten hervorgeht [18, 25].

Aber auch hier zeigen neuere Daten, dass Deutschland erheblich aufgeholt und sich dem Trend der Kariesreduktion in dieser Altersgruppe angeschlossen hat [18, 25].

In den mittleren Erwachsenen-Jahrgängen stellt sich die Zahngesundheit der in der Schweiz lebenden Bevölkerung nicht besser dar als in Deutschland. So wurde bei der Altersgruppe der 35-44-Jährigen in Deutschland 1997 ein DMFT-Wert von 16,1 ermittelt [29]. In der Schweiz lag er 1988 bei 18,8 [42], einer Erhebung an Patienten zufolge sogar bei 22,3 [13]. Selbst wenn man neuere Daten, die sich allerdings wiederum nur auf den Kanton Zürich beziehen, berücksichtigt, finden sich mit einem Züricher DMFT-Wert von 16,3 (bezogen auf

1999) keine gravierenden Unterschiede zu Gesamt-Deutschland mit 16,1 (bezogen auf 1997) [26].

Auch die orale Gesundheit von Senioren bedarf einer differenzierten Betrachtung. Einer repräsentativen Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zufolge lag 1997 bei den 65-74-jährigen Senioren der Anteil von vollständiger Zahnlosigkeit bei knapp 25 % [29]. Für die Gesamtschweiz gibt es unterschiedliche, teils widersprüchliche Aussagen, je nachdem, ob repräsentative Bevölkerungstichproben oder Patienten in Zahnarztpraxen zugrundegelegt werden. Einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe aus den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zufolge waren 30 % der Frauen und 22 % der Männer dieser Altersgruppe zahnlos [44]. Bei einer Erhebung an Patienten, die regelmäßig Zahnarztpraxen aufsuchten, wurde 1988 hingegen bei nur 15,3% der untersuchten 65-74-Jährigen eine vollständige Zahnlosigkeit registriert [13]. In einer Untersuchung, die sich nur auf den Kanton Zürich bezieht, wurde für die Altersgruppe der 60-79-Jährigen sogar ein Anteil vollständiger Zahnlosigkeit von nur rund 10 % ermittelt. Die Autoren bezeichneten diesen Wert allerdings aufgrund methodisch-epidemiologischer Unzulänglichkeiten und Verzerrungen bei einer selektierten Bevölkerungsgruppe als „Unterschätzung“ und verwiesen darauf, dass bei einer Befragung mit einem größeren Bevölkerungsanteil selbst 1999 noch 27 % der 60-79-jährigen Züricher angegeben habe, zahnlos zu sein [26]. Somit gibt es auch bei älteren Bevölkerungsgruppen keine Daten, die eine wesentlich bessere Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland nahe legen würden.

Fazit:

Die oben zitierten Behauptungen über die in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland angeblich bessere Mundgesundheit müssen in dem jeweils aufgeführten Kontext als unzutreffend bzw. nicht hinreichend belegt bezeichnet werden.

Kaum Einfluss ökonomischer Selbstverantwortung auf medizinische Eigenverantwortung

Die Klage über mangelndes Verantwortungs-bewusstsein der Bevölke-

rung hat in Deutschland eine lange Tradition, die schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Kritik auf die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung formuliert wurde. So wurde zum Beispiel in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts von dem damals weithin bekannten Kritiker der Sozialversicherung Erwin Liek (zit. nach [5]) behauptet, die Sozialgesetzgebung lähme die Eigenverantwortung des Einzelnen und trage so zu einer „Krise der Medizin“ bei. Trotz des damals noch recht geringen Leistungsumfanges gesetzlicher Krankenkassen und der großen wirtschaftlichen Not weiter Bevölkerungskreise wurde der Gedanke einer solidarischen Finanzierung von gesundheitlichen Basisleistungen als schwerwiegende Fehlentwicklung, die letztlich den „natürlichen Gesundheitswillen“ erkrankter Versicherter verhindere und das Sozialschmarotertum fördere, gebrandmarkt. In den 30er Jahren wurden diese Vorstellungen weitergeführt. Eigenverantwortung wurde zum Teil zur Gesundheitspflicht erhoben, wobei „Verantwortungslosen“ und „Charakterschwächlingen“ beim Auftreten „selbstverschuldeter“ Erkrankungen mit entsprechenden Sanktionen gedroht wurde [5]. Die Nichterfüllung von Forderungen nach naturgemäßer, den völkischen Ur-Instinkten Rechnung tragender Lebensführung wurde sogar als eine Art Landesverrat, der die Wehrfähigkeit des Staates reduziere, betrachtet.

Nach dem Ende des 2. Weltkriegs trat diese Argumentation zunächst in den Hintergrund. Aufgrund der zumindest im Westen guten wirtschaftlichen Entwicklung durch den Wiederaufbau des durch den Krieg zerstörten Landes wurde vorübergehend ein Ausbau von Sozialleistungen betrieben. Es wurde nun vermehrt die Auffassung zugelassen, dass es für die Gesundheit der Bevölkerung günstig wäre, zunächst die allgemeinen Rahmenbedingungen (Bildung, gesundheitliche Aufklärung, breitenwirksame Prophylaxe, soziale Mindestsicherung, niedrigschwelliger Zugang zu medizinischen Leistungen) zu verbessern, damit der Einzelne

überhaupt erst die Chance erhalte, für seine Gesundheit kompetent vorzusorgen. Diesbezügliche Aktivitäten wurden somit nicht als Hindernis, sondern geradezu als Voraussetzung zur Förderung von Selbstbestimmung und -verantwortung betrachtet. Bis vor kurzem existierte für diese Sichtweise, die in der Literatur gut belegt ist [7], ein breiter Konsens – auch im Hinblick auf die Mundgesundheitsverhältnisse in Deutschland und der Schweiz. Neuerdings wird allerdings wieder vermehrt das Selbstverschuldungsprinzip ins Spiel gebracht [30, 39, 40].

In der Schweiz gibt es – ähnlich wie in Deutschland und vielen anderen Ländern – eine Polarisierung im Auftreten oraler Erkrankungen. Sozioökonomisch schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen haben auch in der Schweiz eine geringere Zahngesundheit als Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen [26, 44]. Auch für die Schweiz ist belegt, dass sozial schlechter Gestellte seltener den Zahnarzt aufsuchen [22] und einen wesentlich niedrigeren zahnärztlichen Versorgungsgrad haben als Gutsituierte. Dies betrifft insbesondere die prothetische Versorgung von Menschen im mittleren und höheren Lebensabschnitt [44].

Obwohl sich die Versicherungssysteme zwischen Deutschland (gesetzliche Krankenversicherung) und der Schweiz (private Finanzierung) stark unterscheiden, liegen in beiden Ländern die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben (in Kaufkraftparitäten) für zahnärztliche Leistungen nicht weit auseinander (Tab. 2). Je nach Erhebungsquelle und Berechnungsgrundlage liegt entweder Deutschland [32] oder die Schweiz [2, 17] tendenziell etwas höher. Sowohl die Zahlenangaben des BASYS-Instituts wie auch aktuelle Health Data der OECD zeigen jedoch einhellig, dass sich Deutschland und die Schweiz (zusammen mit den USA) die weltweit kostspieligsten zahnärztlichen Versorgungsleistungen leisten [2, 17, 32].

Auch auf die medizinische Eigenverantwortung scheint das Versicherungssystem keinen großen Einfluss

Tab. 2: Zahnärztliche Leistungen pro Kopf und Jahr in DM (Kaufkraftparitäten – KKP) in der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz. Quellen: [2, 17]

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Mittelwert 1991-1997
Bundesrepublik Deutschland	325	401	362	390	386	416	434	388
Schweiz	331	360	375	386	408	434	461	393

Tab. 1: Daten (Mittelwerte) zu Karies, Zahnverlust und Restaurationen in der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland. Erläuterungen zur eingeschränkten Aussagekraft von Einzeldaten siehe Text

	Schweiz	Bundesrepublik Deutschland
Kinder	2,5 dmft Milchzähne, nur Kanton Zürich, Jahr 2000, 7-Jährige, Quelle: [27].	2,2 dmft Milchzähne, gesamte BRD, Jahr 2000, 6-7-Jährige, Quelle: [33].
Jugendliche	0,9 DMFT Bleibende Zähne, nur Kanton Zürich, Jahr 2000, 12-Jährige, Quelle: [27].	1,2 DMFT Bleibende Zähne, gesamte BRD, Jahr 2000, 12-Jährige, Quelle: [33].
Erwachsene	16,3 DMFT Bleibende Zähne, nur Kanton Zürich, Jahr 1999, 35 - 44-Jährige, Quelle: [26].	16,1 DMFT Bleibende Zähne, gesamte BRD, Jahr 1997, 35 - 44-Jährige, Quelle: [29].
Senioren	10 - 30 % Zahnlosigkeit Gesamt -Schweiz/Kanton-Zürich, 1990er Jahre, 60 - 79-Jährige, Quellen: [13, 26, 44].	24,8 % Zahnlosigkeit Gesamte BRD, Jahr 1997, 65 -74-Jährige, Quelle: [29].

auszuüben, was im übrigen auch Studien aus anderen Ländern ergeben haben [11, 16].

Es gibt keine Daten, die nahe legen, dass in der Schweiz aufgrund einer privaten Honorierung zahnärztlicher Leistungen z.B. der Süßigkeiten- oder Nikotinkonsum niedriger wäre als in Deutschland. Das Gesundheitsbewusstsein des Einzelnen ist – neben sozioökonomischen Einflussfaktoren – auch in der Schweiz unter anderem davon abhängig, ob breitenwirksame Gesundheitsförderungen bzw. Prophylaxeprogramme in Kindergärten und Schulen vorhanden sind oder nicht. So zeigten z.B. Schweizer Rekruten, die in ihrer Schulzeit in den Genuss einer organisierten kollektiven und semi-kollektiven Prophylaxe gekommen waren, einen niedrigeren DMFT-Wert und bessere parodontale Verhältnisse als solche mit fehlender oder nur sehr geringer Gesundheitsförderung und Prävention [24].

Insofern erscheint der inzwischen stark politisierte Begriff der individuellen „Eigenverantwortung“ nicht immer plausibel begründet. Auch die Entscheidung von Zahnpastenherstellern, ihren Produkten Fluorid zuzuführen, dürfte kaum in den Verantwortungsbereich des einzelnen Bürgers fallen. Ähnliches gilt für fluoridiertes Speisesalz, das unter anderem durch die Initiative einer großen Lebensmittelkette, nur noch solches Salz in ihr Sortiment aufzunehmen, in Deutschland einen Marktanteil von inzwischen über 50 % erreicht hat. Schließlich sind auch die Mundhygienegewohnheiten einer Population von sehr vielen äußeren Faktoren abhängig, wobei in westlichen Nationen Industrie und Medien eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Belege dafür sind allgegenwärtige Werbeslogans (z.B. von Zahnpastenherstellern) wie „damit Sie auch morgen noch kraftvoll zubeißen können“ bis hin zu der berühmten Szene in dem amerikanischen Film „Pretty Woman“, in der die Schauspielerin Julia Roberts bei der Anwendung von Zahnseide gezeigt wurde. Dies soll in den USA das Fädeln regelrecht zum Kult gemacht haben [31].

Die Frage, ob präventionsorientierte Beratungen und Instruktionen in den Zahnarztpraxen angeboten werden oder nicht, liegt ebenfalls nicht allein in der Selbstverantwortung einzelner Patienten. Hier muss in der Tat

konstatiert werden, dass in der Schweiz frühzeitiger und konsequenter qualifizierte Fachkräfte (z.B. Dental Hygienists) ausgebildet wurden als in Deutschland. Daraus lassen sich die eingangs genannten Behauptungen einer Steuerung des aktiven Mundgesundheitsverhaltens durch ökonomischen Druck jedoch ebenfalls nicht belegen. Vielmehr folgt daraus, dass bei der Umsetzung von gesundheitsförderndem Verhalten auch die Verantwortlichkeit und Qualifikation der Zahnärzteschaft und der sie unterstützenden Gesundheitsberufe in die Betrachtungen mit einbezogen werden müssen.

Verhaltenssteuerungen „über den Geldbeutel“ werden zwar immer wieder postuliert, sind aber hinsichtlich des Mundgesundheitsverhaltens nicht hinreichend nachgewiesen. Würden diese Vorstellungen zutreffen, so müssten sie bei sozial schlechter gestellten Menschen wirksamer sein als bei sozial besser gestellten Personen. In Wirklichkeit ist die Situation aber weltweit – unabhängig vom Sozialsystem – genau umgekehrt. Menschen, die in sozial ungünstigen Verhältnissen leben, haben ein niedrigeres Gesundheitsbewusstsein, ein erhöhtes Krankheitsrisiko und auch ein geringeres Selbsthilfepotential als sozial privilegierte Bevölkerungskreise [7, 28]. Die Vorstellung, dass sich ein sozial schlecht gestellter Bürger besonders gut die Zähne putzt, wenig Süßigkeiten isst oder auf das Rauchen verzichtet, weil er sich im Alter eine prothetische Versorgung eventuell nicht leisten kann, ist hingegen nicht abgesichert.

Fazit: Nach allem, was heute bekannt ist, führt finanzieller Druck entgegen anderslautenden Behauptungen nicht zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten, sondern in erster Linie zu einer geringeren Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen. Diese Aussage gilt auch für die Schweiz.

Reduktion der Prävention oraler Erkrankungen auf „Zähneputzen“ nicht sinnvoll

Es ist bei zahnärztlichen Standesvertretern sehr verbreitet, die Prävention oraler Erkrankungen auf „Zähneputzen“ zu reduzieren [37]. Obwohl die mechanische Plaquekontrolle – insbesondere in Verbindung mit fluoridhaltigen Zahnpasten – zweifellos

als eine wichtige individuelle Maßnahme gegen orale Erkrankungen anzusehen ist, ist es unzureichend, den Mundgesundheitszustand allein mit der Häufigkeit des Zähneputzens zu korrelieren. Endogene, genetisch determinierte und infektiologische Faktoren sowie Allgemeinerkrankungen spielen ebenso eine Rolle wie exogene Einflüsse, wobei hier dem Gesamt-Fluoridangebot und der Exposition von Nahrungs- und Genussmitteln (einschließlich Rauchen) eine besondere Rolle zuerkannt wird [38]. Marthaler, ein international anerkannter Experte auf dem Gebiet der Prävention, durch dessen Aktivitäten in der Schweiz kollektiv und semi-kollektiv-präventive Maßnahmen frühzeitig realisiert wurden, wies 2002 ausdrücklich darauf hin, dass eine Reduktion der Betrachtung auf die Verwendung von Zahnbürsten und Zahnpasten einer breitenwirksamen Vorbeugung nicht gerecht werde [23].

Während es keine Hinweise über Unterschiede im Süßigkeiten- und Nikotinkonsum gibt, scheint die Mundhygiene in der Schweizer Bevölkerung in den letzten Jahren größere Akzeptanz als in Deutschland zu finden [14, 22]. Bei näherer Betrachtung des vorhandenen Datenmaterials muss allerdings auch dies relativiert werden.

Zahnreinigungen sollen nach aktuellem Wissensstand hinsichtlich ihrer Frequenz und der eingesetzten Hilfsmittel risikoorientiert erfolgen. Für einen großen Teil der Bevölkerung gilt eine zweimal tägliche vorgenommene effektive Reinigung unter Verwendung fluoridhaltiger Zahnpaste als ausreichend [35]. Ein zu häufiges, aggressives Zähneputzen kann das Auftreten von nicht-kariesbedingten Zahnschäden, z.B. in Form von Abrasionen, begünstigen. Auch die American Dental Association (ADA) empfiehlt lediglich eine zweimalige tägliche Zahnpflege mit einer weichen Zahnbürste [1]. Veraltete Ratschläge und Behauptungen, die in unseren Regionen noch weit verbreitet sind (z.B. „nach jedem Essen Zähneputzen nicht vergessen“ oder „ein sauberer Zahn wird nicht krank“) sind in diesen Empfehlungen nicht zu finden.

Einer repräsentativen Befragung des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) aus dem Jahr 1997 zufolge putzen sich 74,3 % der 12-jährigen Jugendlichen, 70,8 % der 35–44-

jährigen Erwachsenen und 61,1 % der 65–74-jährigen Senioren täglich zweimal die Zähne [29]. Die Gesellschaft für Konsumforschung ermittelte 2001 in einer repräsentativen Umfrage einen Wert von 68,4 % für zweimaliges und 12,4 % für dreimaliges Zähneputzen. Danach reinigen sich 80,8 % der Deutschen mindestens zweimal oder häufiger täglich ihre Zähne [14]. Eine Patientenumfrage in der Schweiz aus dem Jahr 2000 – die sich allerdings in der Stichprobenauswahl und im methodischen Vorgehen von der deutschen Repräsentativbefragung erheblich unterscheidet – ergab folgendes Bild: 49 % reinigen zweimal täglich und 38 % häufiger ihre Zähne. Zusammen ergibt dies einen Wert von 87 % [22]. Die Autoren wiesen allerdings darauf hin, dass bei Umfragen unter Patienten mit einem gewissen Anteil von beschönigenden Prestigeantworten gerechnet werden müsse.

Ob durch ein mehr als zweimal täglich vorgenommenes Zähneputzen unter einer Nutzen-/Risiko-Abwägung langfristig ein relevanter Gesundheitsgewinn resultiert, ist nicht genau belegt. Geht man davon aus, dass ein zweimaliges Zähneputzen ausreicht, unterscheiden sich Deutschland und die Schweiz trotz der methodisch unterschiedlich vorgenommenen Befragungen (repräsentative Bevölkerungstichproben im Vergleich zu Patienten) nicht gravierend.

Bemerkenswert erscheinen Erhebungen zur Zahnzwischenraumreinigung, die besonders unter parodontologischem Aspekt von Bedeutung ist. Als Hilfsmittel stehen neben Zahnseide unter anderem medizinische Zahnhölzchen und Interdentalraumbürsten zur Verfügung. Interdentalraumbürsten gelten als besonders effektiv, da sie auch schwer zugängliche Oberflächenkonkavitäten (z.B. bei Wurzeinziehungen) reinigen, die von Zahnseide nicht erreicht werden können [8, 9, 10]. Einfache Zahnstocher sind hingegen als weniger effektive Hilfsmittel mit erhöhtem Verletzungspotential anzusehen.

Nach IDZ-Erhebungen aus dem Jahr 1997 gaben 8,4 % der Jugendlichen, 25,1 % der Erwachsenen und 5,5 % der Senioren an, Zahnseide zu verwenden [29]. Die Gesellschaft für Konsumforschung ermittelte 2001 für Deutschland einen Wert von 14,3 %, bezogen auf alle repräsentativ befrag-

ten Personen. Darüber hinaus verwendeten 6,1 % Zahnhölzchen und 2,2 % Interdentalraumbürsten. Zahnstocher wurden – unzulässigerweise – unter Zahnhölzchen subsummiert [14].

In der Schweiz behaupteten 44 % der befragten Patienten, Zahnseide zu verwenden. Zu medizinischen Zahnhölzchen und Interdentalraumbürsten gibt es in der Schweizer Erhebung keine Angaben. Zahnstocher wiederum, die für eine Interdentalraumreinigung als weniger geeignet oder sogar schädigend angesehen werden, verwendeten im Jahr 2000 immerhin 19 % der Schweizer Patienten [22].

Die Optionen einer effektiven Zahnzwischenraumreinigung, z.B. mittels individuell ausgesuchter Interdentalraumbürsten, scheinen somit weder in Deutschland noch in der Schweiz einer größeren Bevölkerungsgruppe bekannt zu sein.

Während in der deutschen Repräsentativbefragung sozioökonomische Faktoren nicht berücksichtigt wurden, wurden sie in der Schweizer Patientenumfrage einbezogen. Danach gaben Patienten mit höherem Bildungsniveau eine häufigere und differenziertere Zahnpflege an als Patienten mit niedriger Schulbildung. Auch der positive Einfluss von Dentalhygienikerinnen (DHs) auf eine bessere Mundhygiene wurde herausgearbeitet [22].

Alle Daten beziehen sich auf Selbsteinschätzungen von Befragten mit einem mehr oder weniger subjektiven Charakter. Objektive Daten, die einen Vergleich zum tatsächlichen Hygienestatus erlauben würden, liegen nicht vor.

Solange kein vergleichbares Datenmaterial existiert, muss die pauschale Behauptung, Schweizer putzten sich besser die Zähne als Deutsche, als nicht hinreichend belegt angesehen werden.

Betrachtet man Mundhygiene (nach den Empfehlungen der American Dental Association) und präventive Betreuung isoliert, so können nach einer Studie von Kressin et al. [19] diese beiden Faktoren zu einer Vermeidung von Zahnverlust beitragen. Werden hingegen multivariate Modelle (z.B. die zusätzliche Berücksichtigung von Faktoren wie Bildung bzw. berufliche Qualifikation oder Rauchen) zugrundegelegt, ergeben sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mehr. Die Autoren betonen, dass bei

einer Einbeziehung weiterer Kriterien wie z.B. Einkommen oder Fluoridexposition die Assoziationen noch geringer ausfallen dürften [19]. Geht man davon aus, dass Mundhygiene somit nur einen Einzelbaustein in einem großen Spektrum endogener und exogener Variabler umfasst, so dürfte sich ihr Gesamteinfluss auf die Notwendigkeit zahnärztlicher Leistungen relativieren.

Dennoch wird gerade dieser Aspekt in Deutschland tendenziös hervorgehoben. Man schreckt dabei auch nicht vor verunglimpfenden Äußerungen zurück und behauptet, das Auftreten von Karies und Parodontitis würde von „Oralschweinen“ schuldhaft provoziert. Der höchste Repräsentant der deutschen Vertragszahnärzte forderte deshalb im Jahr 2000, dass „Mundferkel“ die Solidargemeinschaft künftig nicht mehr länger mit ihrer Unvernunft belasten dürften [36]. Der Vorsitzende des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte verkleidete diese Forderung in einem im Jahr 2003 geführten Interview mit dem Bayerischen Rundfunk in folgende Worte, die „kluge Leute“ geäußert hätten: „Ich möchte nie in einem Solidarsystem mit denen sein, die sich nicht die Zähne putzen“ [3]. Unter Berücksichtigung der bekannten sozio-ökonomischen Korrelationen, die weltweit – auch für Deutschland und die Schweiz – gelten, heißt dies übersetzt: „Ich möchte nie in einem Solidarsystem mit denen sein, die weniger gebildet und weniger begütert sind“.

Fazit: Es ist inzwischen weithin akzeptiert, dass der Mundgesundheitszustand eines Menschen von zahlreichen endogenen und exogenen Faktoren abhängig ist. Nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand ist es nicht gerechtfertigt, die Prävention oraler Erkrankungen allein auf mechanisches Zähneputzen zu reduzieren. Selbst wenn man eine bessere Mundhygiene in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland unterstellt, schlägt sich dieser isolierte Faktor nicht in einer verbesserten oralen Gesundheit der Gesamtbevölkerung oder geringeren zahnärztlichen Pro-Kopf-Leistungen nieder.

Schlussfolgerungen

Der in Deutschland lebenden Bevölkerung wird in den Massenmedien mit tendenziellen Meldungen suggeriert, durch eine Privatisierung der

Zahnmedizin ließe sich die Mundgesundheit spürbar verbessern. Die Schweiz wird dabei als Paradebeispiel aufgeführt. Die von hohen Repräsentanten der Zahnärzteschaft in die Öffentlichkeit lancierten Behauptungen werden inzwischen weitgehend widerspruchsfrei akzeptiert. Tatsächlich bestehen jedoch zwischen der Schweiz und Deutschland hinsichtlich der Mundgesundheit der Bevölkerung keine so gravierenden Unterschiede, wie dies immer wieder behauptet wird. Es ist an der Zeit, den in Deutschland gepflegten „Mythos Schweiz“ als das zu entlarven, was er wirklich ist: Politische Propaganda auf der Grundlage einseitig interpretierter wissenschaftlicher Daten.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
der Mund-, Zahn- und Kieferklinik
des
Universitätsklinikums Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400
D-69120 Heidelberg

- Literatur bei der Redaktion -

Dieser Artikel erscheint als Nachdruck aus
„Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift“,
Ausgabe 6/2003, S. 325ff, mit freundlicher
Genehmigung des Verlages, der Redaktion
und der Autoren.

10 Jahre Gruppenprophylaxe in Brandenburg – eine Erfolgsstory



Anlässlich des 10jährigen Bestehens der Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg fand am 23.09.03 in Potsdam eine Festveranstaltung mit kleinen und großen Gästen statt.

Das Aktionsprogramm für die Kinder war sehr vielfältig und erlebnisorientiert. Neben Zahnputzbrunnen und Kariestunnel, einem Mal- und Bastelwettbewerb, einem „Gute-Laune-Frühstück“ und leckeren Milchshakes, hat das HOLZWURM THEATER den Kindern mit dem Stück „Kalle - die Show“ die Thematik Kariesprophylaxe geschickt verpackt und künstlerisch anspruchsvoll dargeboten.

Auch für alle an der Brandenburger Gruppenprophylaxe Beteiligten gab es Grund zur Freude. So wies der Gesundheitsminister Günter Baaske in seinem Festvortrag darauf hin, dass sich der Zustand der Zähne von brandenburgischen Kindern und Jugendlichen in den vergangenen zehn Jahren erheblich verbessert hat. Er stellte weiter fest, dass am Gebiss nicht der soziale Status erkennbar sein soll und dass gesunde Zähne für alle möglich sein müssen.

Frau Dr. Gudrun Rojas, Mitglied des Beirats für Zahngesundheit, ging anschließend auf die besonderen Strukturen im Land Brandenburg ein. So beruht die Gruppenprophylaxe in Brandenburg auf der im Juni 1993 unterzeichneten Vereinbarung zwischen Gesundheitsministerium, Landkreistag, Städte- und Gemeindebund, Landes Zahnärztekammer und den Landesverbänden der Krankenkassen, in der diese Partner die Gesundheitsämter mit der flächendeckenden Durchführung der Prophylaxemaßnahmen

beauftragen. In diesem Rahmen erfolgt seit 10 Jahren für Kinder und Jugendliche eine präventive Betreuung zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit durch die Teams der Zahnärztlichen Dienste.

Die Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung wurden vorgestellt, sie geben einen Überblick über den Betreuungsgrad und die Entwicklung der Zahn- und Mundgesundheit.

Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad hat sich von 69% (1993) auf inzwischen 85% aller 2-12-Jährigen erhöht und 96% aller Kindergärten, Grund- und Förderschulen werden erreicht. D.h. diese Kinder werden zahnärztlich untersucht und erhalten mindestens eine Prophylaxemaßnahme. Zielgruppenorientiert werden für einen Teil der Kinder weitere Prophylaxemaßnahmen durchgeführt.

In allen Altersgruppen wurde eine erhebliche Senkung des Kariesvorkommens erreicht. Hatten beispielsweise am Ende der Grundschulzeit 1993 – dem Beginn der Gruppenprophylaxe – 14% der Sechstklässler keine Karies, hat sich inzwischen der Anteil der Kinder mit kariesfreiem Gebiss fast vervierfacht und liegt jetzt bei 52%. Die Erstklässler waren 1993 zu 20% kariesfrei, heute liegt ihr Anteil bei 39%.

Dies war auch durch die gute Kooperation von Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), Krankenkassen und in der Gruppenprophylaxe tätigen Zahnärzten möglich. Die Untersuchungen in den Kitas und Schulen erfolgen durch den ÖGD der Kreise und kreisfreien Städte. Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen die Gruppenprophylaxe mit jährlich 500.000 bis 600.000 EUR.

Zukünftig sollen insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden, da hier das Kariesrisiko überdurchschnittlich hoch ist. Dies zeigt sich auch bei den Schultypen: Bezogen auf die 10. Klasse liegt das Kariesrisiko bei Förderschulen bei 54%, bei Gesamtschulen bei 43%, bei Realschulen bei 40% und bei Gymnasien bei 27%. Seit einem Jahr wurde daher begonnen die 12- bis 16-Jährigen in die Gruppenprophylaxe mit einzubeziehen.

Herr Jürgen Herbert, Präsident der Landes Zahnärztekammer, betonte, dass die Gruppenprophylaxe einen wichtigen Bestandteil der prophylaktischen Bemühungen der Zahnärzteschaft bil-

det. „Gemeinsam mit den Maßnahmen der Individual-Prophylaxe und der allgemeinen Gesundheitserziehung der Bevölkerung hat sie zu einer entscheidenden Verbesserung der Mundgesundheit bei den Kindern und Jugendlichen geführt. In der Zukunft sind weiterhin große Anstrengungen und der Einsatz finanzieller Mittel notwendig, um diesen Stand zu erhalten oder noch zu verbessern. Die Gruppenprophylaxe ist der ideale Einstieg in das lebensbegleitende Vorsorgeprogramm der Zahnärzte. Den Kindern und Jugendlichen wird dabei Wissen zur Gesundheit und Gesunderhaltung vermittelt; ihre Gewohnheiten und Verhaltensweisen werden geschult. Das stärkt ihre Kompetenz und sie entwickeln Eigenverantwortlichkeit. Was bei Kindern noch als Gesundheitsrisiko auftritt, entwickelt sich bei den Erwachsenen oft zur Krankheit. Und dem gilt es im gemeinsamen Bemühen aller Partner der Vereinbarung vorzubeugen – im wahrsten Sinne des Wortes „Prophylaxe“ zu betreiben.“

Lothar Bochat, Leiter der Landesvertretung Brandenburg der Ersatzkassenverbände VdAK und AEV wies darauf hin, dass die Verankerung der Gruppenprophylaxe in der Gesetzlichen Krankenversicherung richtig und wichtig ist für alle Kinder und kritisierte die Nichtbeteiligung der PKV an dieser Finanzierung.

Zum Abschluss sei an dieser Stelle noch ein Zitat von Herrn Niebuhr, Vorstandschef der märkischen AOK, wiedergegeben:

„Wir sind froh, dass unser langjähriges gemeinsames Engagement in Sachen Zahngesundheit der Kinder so gute Früchte getragen hat. In diesem Fall wurde der Brei nicht durch viele Köche verdorben, sondern durch viele Köchinnen und Köche angerührt. Wichtig ist, dass auch in Zukunft kein Koch abspringt, sondern alle gemeinsam weiter den Kochlöffel schwingen“.

Dr. Petra Haak



Tag der Zahngesundheit 2003 – Das geht: Naschen ohne Reue!

Große und kleine Besucher bei Veranstaltungen rund um den diesjährigen „Tag der Zahngesundheit“ trauten ihren Ohren und Augen kaum: Ausgerechnet unter den Augen der Zahnärzte, von denen sie normalerweise hören: „Bitte nicht so viel Süßes, denkt an eure Zähne!“, durften sie nach Herzenslust naschen.

„Dank der großzügigen Unterstützung unserer Mitgliedsfirmen hatten wir weit über 100 kg Bonbons, mehr als 25 kg Schokopräparaten, 3.000 Kaugummi-Proben, 2.500 Lutscher und noch mal so viele Gummier-Tütchen zur Verfügung“, freut sich das Team der Aktion zahnfreundlich. „Damit konnte landauf und landab nicht nur theoretisch vermittelt werden, was zahnfreundlich bedeutet, sondern auch praktisch bewiesen werden, dass Süßwaren mit dem beschrifteten Zahnmannchen lecker sind.“

Obwohl die meisten Kinder das Signet „Zahnmannchen mit Schirm“ schon seit dem Kindergarten kennen, stellten viele erst jetzt fest, wie viele unterschiedliche Bonbons und Lutscher, Karamellen und Kaugummis es inzwischen gibt, und wie gut die zahnfreundliche Schokolade schmeckt. Und ganz nebenbei haben sie gelernt, dass es keineswegs „verboten“ ist Süßes zu essen, es sich aber lohnt, mit süßen Sachen klug umzugehen.

Ernährungsberatung immer wichtiger

Erfreut stellt die Aktion zahnfreundlich fest, dass die Ernährungsberatung in der zahnmedizinischen Prophylaxe eine immer größere Rolle spielt. Das knallrote Signet hat ab jetzt übrigens Kult-Charakter, resümiert die Aktion zahnfreundlich: rund 5.000 Kids fanden es rund um den Tag der Zahngesundheit „total cool“ und präsentierten es als Gesichtsschmuck – mitten auf der Stirn.

Ist „zuckerfrei“ grundsätzlich auch „zahnfreundlich“?

Der Zahnmediziner Priv.-Doz. Dr. Stephan Zimmer, Vorsitzender der Aktion zahnfreundlich sagt „nein“ und

er bedauert, dass viele zahnbewusste Menschen den wichtigen Unterschied nicht kennen: „Zuckerfrei“ heißt zunächst nur „ohne Zusatz von Saccharose“. So genannte zuckerfreie Produkte können durchaus Glukose, Fruktose, Maltose oder Laktose enthalten, die letztendlich auch zu Kariesschäden führen. „Die Kennzeichnung „zuckerfrei“ oder „hergestellt unter Verwendung des Zuckeraustauschstoffes X“ sagt deshalb noch nichts über die Zahnfreundlichkeit aus! Wer auf gesunde und schöne Zähne Wert legt, sollte unbedingt auf das „Zahnmannchen mit Schirm“ achten. Denn dieses Signet darf nur verwandt werden, wenn das entsprechende Produkt seine Zahnfreundlichkeit in wissenschaftlichen Prüfungen bewiesen hat. „Für den Verbraucher bedeutet das Sicherheit und aus zahnärztlicher Sicht sind zahnfreundliche Süßwaren mit dem Signet „Zahnmannchen mit Schirm“ sozusagen die Elite unter den Zuckerfreien“, so Dr. Zimmer.

Aktion zahnfreundlich e.V.
Pressestelle: Hedi Peters
Danckelmannstr. 9, 14059 Berlin
Tel.: 030 – 30 12 78 81 und 85
Fax: 030 – 30 12 78 84
aktion-zahnfreundlich@t-online.de
www.zahnmaennchen.de

DAJ legt Maßnahmen-Dokumentation 2001/2002 vor

Die vielfältigen Bemühungen der Gruppenprophylaxe in Deutschland stellt die DAJ, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., in ihrer neuen Dokumentation vor. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mundhygiene in Kindergärten und Schulen vom Rhein bis an die Oder einen hohen Stellenwert hat. In den Einrichtungen wird zahngesundes Verhalten frühzeitig vermittelt und durch regelmäßiges Üben und Motivieren gefestigt.

Aus 16 Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege wurden Dokumentationen über den Umfang der Aktivitäten ausgewertet: Von den etwa 6,9 Mio. in diesen Ländern lebenden Kindern im Alter zwischen 3 und 12 Jahren wurden rund 70 Prozent in Kindergärten, 66 Prozent in Grundschulen (Klassen 1-4), 32 Prozent in den 5. und 6. Klassen und 44 Prozent in Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen von den Maßnahmen erreicht. In der Regel erhielt etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mehr als einen der theoretischen und praktischen Prophylaxeimpulse zu den Themen der altersgerechten Mundhygiene, der (zahn-)gesunden Ernährung und der optimalen Schutzwirkung der Fluoride für die Zähne. Knapp 16.000 Kinder und Jugendliche wurden in verschiedenen Pilotprojekten aufgrund ihres hohen Kariesrisikos mit spezifischen Programmen betreut.

Ein wichtiges Element der Gruppenprophylaxe ist die Einbeziehung der Eltern und der werdenden Mütter. Insgesamt fanden 28.000 Informationsveranstaltungen für diesen Personenkreis im Berichtszeitraum statt.

Rund 8.500 Kindergruppen, meist aus dem Bereich Kindergarten, besuchten Praxen niedergelassener Zahnärzte oder Zahnärztliche Dienste in den Gesundheitsämtern. Diese Besuche dienten der spielerischen Gewöhnung an regelmäßige Kontrolluntersuchungen bzw. einem Abbau eventueller Ängste vor der Situation beim Zahnarzt.

Die Gabe von Fluoriden in Form von Tabletten, Gelees, Lösungen oder Lacken ist über das tägliche Zähneputzen mit fluoridierter Zahnpasta hinaus ein

bewährtes Mittel zur Kariesprophylaxe. Diese Fluoride wurden im Rahmen der Gruppenprophylaxe bei ca. 11 Prozent der betreuten Kinder eingesetzt.

Rund 3,0 Mio. Kinder und Jugendliche nahmen im Berichtszeitraum an einer Reihenuntersuchung teil, wobei die Untersuchung der Mundhöhle und die Erhebung des Zahnstatus die Basis für weitere Motivationsarbeit stellt.

Ihre ganze Kreativität zeigten die Landes- und Kreisarbeitsgemeinschaften bei Veranstaltungen wie Tage der offenen Tür, Aktivitäten zum Tag der Zahngesundheit oder Jugendzahnpflegetagen. Zu diesen über 13.000 Veranstaltungen kamen etwa 1,3 Mio. Kinder. Außerdem erreichten die Veranstalter knapp 100.000 Multiplikatoren, vom Politiker bis zum Journalisten.

Getragen wurde die Arbeit in Kindergärten und Schulen von etwa 430 Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, knapp 11.000 niedergelassenen Zahnärzten und etwa 900 Prophylaxe-Fachkräften. Diese Personen wurden vor allem von Erzieherinnen und Lehrerinnen unterstützt, von denen knapp 9.000 an Fortbildungsveranstaltungen der Jugendzahnpflegeorganisationen im Berichtszeitraum teilnahmen.

Die Dokumentation ist zum Preis von 2 EUR (zzgl. Porto) bei der DAJ zu bestellen. Sie kann auch als pdf-Datei unter www.daj.de > Serviceleistungen > Dokumentation heruntergeladen werden.

Kontakt:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ)
Dr. Christiane Goepel
Von-Sandt-Str. 9
53225 Bonn
Tel.: 02 28 / 69 46 77
Fax: 02 28 / 69 46 79
info@daj.de

Dr. Wahl Preis 2003 in Erfurt verliehen

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) hat den Dr. Wahl-Preis 2003 im Rahmen ihrer Jahresfortbildung am 10. September 2003 in Erfurt verliehen. Der mit 1.500 dotierte 1. Preis ging an das Team Dr. Dietmar Pommer, Kreisgesundheitsamt Tuttingen, und Simone Bassi-Irion sowie Aleksia Braun, Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Tuttingen, für seine besondere Leistung zum ausgeschriebenen Thema „Stellenwert und Motivation zur Mundhygiene im Rahmen der Körperpflege von Jugendlichen“.

Das Thema berücksichtigt die Gruppe von Jugendlichen, deren Ansprache und Motivierbarkeit auf dem Prüfstand steht. Da in einigen schulischen Einrichtungen ein überproportional hohes Kariesvorkommen zu beobachten ist, hatte der Gesetzgeber vorgesehen, dass für diese Gruppe der 13- bis 16-Jährigen „spezifische Programme“ zu entwickeln sind.

Der Dr. Wahl-Preis wird in etwa dreijährigem Abstand in Erinnerung an den ersten Vorsitzenden der DAJ, Dr. Gotthold Wahl verliehen.

Der Preisträger, das Team Dr. Pommer, lieferte ein ausgereiftes didaktisches Konzept, das praktisch ausgerichtet und theoretisch fundiert begründet ist. Gut strukturierte Unterrichtseinheiten mit zielgruppenspezifischen Modulen für 7. bis 9. Klassen unter Einbindung von Fachlehrern und Bezugnahme zum Lehrplan für Haupt- und Förderschulen sind die besonderen Kennzeichen der Arbeit.

Den 2. Preis in Höhe von 1.000 EUR erhielt das Erfurter Team Ministerialdirektorin Dr. Kristina Rohmann, Amtsleiterin und Gesunde-Stadt-Koordinatorin Kathrin Sigusch, das in Zusammenarbeit mit dem Jugendzahnärztlichen Dienst der Stadt Erfurt ein überzeugendes Programm für die 9. Klasse einer Förderschule vorstellte. An den verschiedenen Stationen des dreitägigen Projektes geht es sehr praktisch zu: Gebissabdruck, selbst hergestellte Zahnpasta oder Test zur Härteprüfung des Zahnschmelzes. Der Angst vor dem Zahnarztbesuch lässt sich in einem Rollenspiel oder bei der Erstellung eines Comics im Computerkabinett zu Leibe rücken. Was hat Er-

nährung mit der Mundgesundheit zu tun? Dieser Frage wird mit einem 24-Stunden-Ernährungsprotokoll und bei einem gemeinsam geplanten und verzehrten Schulfrühstück nachgegangen.

Der 3. Preis in Höhe von 500 EUR ging an die Gruppe zahnaktiv aus Berlin. In ihrem seit 1998 bereits an über 1200 Schülerinnen und Schülern erprobten Konzept schildern die Initiatoren, Priv. Doz. Dr. Reinhard Pastille, Zahnarzt Dr. Klaus-Peter Jurkat und Hermann Bruhn, stellvertretender Direktor der Carl-von-Ossietzky Gesamtschule, den Ablauf einer Projektwoche in verschiedenen Settings: Schule, Museum, Dentallabor, Zahnarztpraxis. Die Bereiche Biologie, Chemie, Physik, Ästhetik, Kunst, Handwerk und Gesellschaft werden durch das Thema überzeugend miteinander verbunden. Der Aufbau steht für „Neugierde wecken“ und Abwechslung. Die Verbindung von Gruppen- und Individualprophylaxe in diesem Konzept für 10. Klassen zeigt den fließenden Übergang von gruppengeleiteter Prophylaxe hin zur eigenverantwortlichen Individualprophylaxe.

Einen Sonderpreis in Höhe von 1.000 EUR erhielt die Agentur KO2B, das Team Karin Osbelt und Britta Biegier aus Dortmund. Die Agentur reichte keine Unterrichtsmodule ein wie die übrigen Teilnehmer, sondern das Konzept einer Kampagne, die aufzeigt, in welchen Settings wir die Jugendlichen abholen müssen, um die Prophylaxe-Botschaften zu platzieren. Basierend auf der Idee, gesunde Zähne als Statussymbol darzustellen, kreierte das Dortmunder Team den Slogan „Be küsst“ – halb Deutsch, halb Englisch. Wie das erreicht werden kann, Design, Werbemaßnahmen sowie Layoutbeispiele runden dieses bemerkenswerte Konzept ab.

„Durch die vorgestellten Projekte können wesentliche Impulse gegeben werden, eine Verhaltensänderung bei Jugendlichen vor allem in Einrichtungen mit hohem Kariesaufkommen einzuleiten“, so der alternierende Vorsitzende der DAJ, Bernd Wiethardt.

Die Ideen der Dr. Wahl-Preisträger werden von der DAJ veröffentlicht.

DAJ

Ausschreibung des Wrigley Prophylaxe Preises 2004

Auch für das Jahr 2004 wird der Wrigley Prophylaxe Preis unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) wieder ausgeschrieben.

Um den mit 8.000,- EUR dotierten Preis können sich angehende und approbierte Ärzte und Zahnärzte sowie Wissenschaftler mit vergleichbarer Ausbildung bewerben, die durch ihre Arbeit zur Weiterentwicklung einer prophylaxeorientierten Zahnheilkunde beitragen. Darüber hinaus sollen Arbeiten und Programme unterstützt werden, die die Umsetzung der zahnmedizinischen Prophylaxe in der Praxis und im öffentlichen Gesundheitswesen vorantreiben.

Der Preis wird gestiftet von Wrigley Oral Healthcare Programs, dem wissenschaftlichen Informations- und Forschungsprogramm von Wrigley, das inzwischen in 36 Ländern weltweit etabliert ist. Zielsetzung des Programms ist es, durch entsprechende Aktivitäten einen Beitrag für den Erhalt und die Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung zu leisten. Die Bewertung erfolgt durch eine unabhängige Jury, der neben mehreren Ordinarien und international renommierten Wissenschaftlern auch der amtierende Präsident der DGZ sowie einer der alternierenden DAJ-Vorsitzenden angehören. Einsendeschluss der laufenden Ausschreibung ist der 01. März 2004. Die vollständigen Teilnahmebedingungen sind im Internet abrufbar unter: www.wrigley-dental.de oder können angefordert werden bei:

Agentur kommed
Dr. Bethcke,
Ainmillerstr. 34,
80801 München,
Fax: 089 / 33 03 64 03.
An diese Adresse sind auch die Arbeiten einzusenden. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:
Kommed
Dr. med. Barbara Bethcke
Ainmillerstraße 34
80801 München
Tel. 0 89 / 38 85 99 48
Fax 0 89 / 33 03 64 03
e-mail: bb@kommed-bethcke.de

Kaugummi mit Mikrogranulaten: Spürbare Zahnpflege!



Wie können gesundheitsbewusste Patienten unterwegs und zwischen durch Zahnpflege betreiben, deren Reinheitseffekt deutlich spürbar ist? Das Ergebnis mehrjähriger Forschungsarbeit von Wrigley Oral Healthcare Programs ist Wrigley's EXTRA® PROFESSIONAL mit Mikrogranulaten und Xylit.

Durch das Kaugummikauen wird – wie wissenschaftlich vielfach nachgewiesen ist – der Speichel um 300% stimuliert. Dadurch werden Nahrungsreste leichter entfernt, Säuren rasch neutralisiert und der Zahnschmelz remineralisiert. Alle Zahnpflegekaugummis der EXTRA-Reihe enthalten zudem den Zuckeraustauschstoff Xylit. Durch die neue Zahnpflege-Formel mit Mikrogranulaten werden die kariespräventiven Effekte des Kaugummikauens von einem ‚spürbaren‘ Reinheitsgefühl begleitet!

Die Mikrogranulate bestehen aus Hexametaphosphat. Studien konnten zeigen, dass dieser Inhaltsstoff den Reinigungseffekt unterstützt, indem er an die Zahnoberfläche adhärert. Dadurch erfolgt eine Inhibition von Plaque und verfärbenden Zahnbelägen, wie Untersuchungen mit Hexametaphosphat in Zahnpasten und Kaugummi nachweisen.

Abrasive Nebenwirkungen sind dabei praktisch nicht zu erwarten. Der Grund: Die Kügelchen sind im Speichel löslich.

Patientenfaltblatt „Zahnpflege unterwegs“ kostenlos.

Für die Prophylaxeberatung gibt es jetzt eine neue Ratgeberreihe „AKTIV FÜR GESUNDE ZÄHNE“. Das erste Patientenfaltblatt dieser Reihe (Mitherausgeber: AOK) enthält Tipps zur „Zahnpflege unterwegs“ und liegt dieser Ausgabe des ZAHNÄRZTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES bei.

Patientenfaltblatt (10 Exemplare kostenlos), weitere Informationen und Zahnpflegekaugummis erhältlich bei: Wrigley Oral Healthcare Programs, Biberger Straße 18, 82008 Unterhaching. (Bestellformular per Fax: 089/66510-457 www.wrigley-dental.de)

Cochrane-Studie zu elektrischen Zahnbürsten

Viele Zahnärzte raten ihren Patienten zur Anwendung einer elektrischen Zahnbürste. Mit der verständlichen Zusammenfassung und Bewertung der Cochrane-Metaanalyse unter dem Titel „Elektrische Zahnbürsten mit Dreh-schwingung entfernen Zahnbeläge und reduzieren Gingivitis effektiver als manuelle Zahnbürsten“ im Journal of Evidence-Based Dental Practice lässt sich diese Empfehlung für breite Bevölkerungsschichten nun noch fundierter begründen.

Dr. Robert Weyant, Wissenschaftler von der University of Pittsburgh, hebt in seinen Ausführungen wichtige Ergebnisse der Studie hervor und stellt bezüglich der Reduzierung von Zahnbelag und gingivalen Symptomen fest, dass Zahnbürsten mit oszillierend-rotierender Bewegung eine Überlegenheit gegenüber manuellen Zahnbürsten zeigten. Auch gebe es keine Anzeichen dafür, dass eine der untersuchten Bürsten Verletzungen an den Weichgeweben begünstigte. Die Arbeit des Cochrane-Instituts beurteilt der Autor insgesamt äußerst positiv. Abschließend lasse sich sagen, dass die zusammenfassende Analyse zahlreicher Einzelstudien eine willkommene Ergänzung der zahnmedizinischen Literatur darstelle. „Sie liefert wertvolle empirisch gewonnene Informationen für den Kliniker und den interessierten Laien, die dazu beitragen können, die Qualität klinischer Entscheidungen zu verbessern, und hoffentlich zu einer besseren Zahngesundheit führen.“

Interessenten können die Analyse ab sofort per Fax unter 06173/30-1588 schriftlich anfordern, bei Rückfragen:

Gillette Gruppe Deutschland GmbH & Co. oHG
Geschäftsbereich Oral-B
Jörg Scheffler
Frankfurter Str. 145
D-61476 Kronberg/Taunus
Tel.: +49-(0)6173-30-5154
Fax: +49-(0)6173-30-5042

Erste „Kinder-Presskonferenz“

Im Schöneberger Rathauses fand am 22. Oktober in Berlin die erste Kinder-Presskonferenz zum Thema Zahngesundheit statt. Eingeladen hatte die Firma Ivoclar Vivadent (Ellwangen) und die Aktion zahnfreundlich e.V. gemeinsam mit der Zahnärztekammer Berlin und der LAG Berlin.

Bezirksbürgermeister Ekkehard Band begrüßte die 20 neun- bis zwölfjährigen „Journalisten“ persönlich, die Gesprächspartner auf dem Podium waren Dr. Christian Bolstorff, Präsident der Zahnärztekammer Berlin, PD Dr. Stefan Zimmer, Vorsitzender der Aktion zahnfreundlich e.V., Dietrich Delecat und Elisabeth Müller-Heck aus der Senatsverwaltung. Sie blieben den „Klassen-Journalisten“ keine Antwort schuldig, z.B. auf Fragen, wie „Warum gibt es in Schulen keine Automaten für Zahnbürsten und Zahnpasten?“, „Wir essen zweimal in der Schule, können uns die Zähne nicht putzen und Kaugummi ist in der Schule verboten, was sollen wir dann machen?“, „Warum gibt es kein Gesetz für Vorsorge?“

„Die Jungs und Mädchen haben uns gezeigt, dass sie sehr wohl an ihrer Zahngesundheit interessiert sind und kritisch mit dem umgehen, was wir ihnen empfehlen. Und sie haben uns deutlich gemacht, dass wir für einige Probleme noch keine perfekten Lösungen haben“, so die einhellige Meinung der Zahnärzte und Gesundheitspolitiker nach der Kinderkonferenz.

Allerdings zeigten auch Fragen wie „warum wird an der Gesundheit gespart, kann man nicht an was anderem sparen?“ und „müssen wir Kinder jetzt auch 10 EUR in jeder Praxis bezahlen?“ auf, worüber in den Familien diskutiert wird, wenn es um Gesundheitspolitik geht: ums Sparen und ums fehlende Geld.

„Für mich hat die 1. Kinder-Presskonferenz nicht nur viele neue Denkanstöße gebracht, sondern auch eine ganze Portion Hausaufgaben“, so Dr. Stefan Zimmer.

Eine große Anzahl Kinder waren zudem aus Kindergärten, KITAs und Grundschulen im Schöneberger Rathaus zu Gast - und alle waren total begeistert.

Denn vor der Pressekonferenz gehörte der Vormittag u.a.

Zauberclown Daniel und seinem klugen Partner „Kroko“.

Mit dem Berliner Kinder-Event beschreitet das Dentalunternehmen Ivoclar Vivadent in Kooperation mit der Aktion zahnfreundlich e.V. völlig neue Wege, um mehr Zahnbewusstsein bei Kindern und Jugendlichen zu schaffen. Schöne, gesunde Zähne seien heute kein Zufall mehr und jeder könne etwas dafür tun. Wichtig sei jedoch, dieses Bewusstsein so früh wie möglich zu schaffen, so betonte Anton Abele, Mitglied der Geschäftsleitung des schwäbischen Dentalunternehmens. „Die vielfältigen Aktivitäten der Zahnärzte, der Landesarbeitsgemeinschaften und des ÖGD zeigen herausragende Erfolge. Dieses Engagement möchte Ivoclar Vivadent auch in Zeiten knapper Budgets unterstützend fördern und übernimmt damit ein hohes Maß an sozialer Verantwortung.“

Für weitere Informationen:
Anton Abele - Leiter PR und Kommunikation
Ivoclar Vivadent GmbH,
Dr. Adolf-Schneider-Str.2,
73479 Ellwangen, Jagst
Fon: 0 79 61 / 8 89 - 126
e-Mail:
anton.abele@ivoclarvivadent.de

Häufige gestellte Fragen

In dieser Sektion bietet die DGZMK fundierte Antworten sachkundiger Wissenschaftler auf allgemein interessierende Anfragen. Hier werden Themen aufgegriffen, für die die DGZMK keine ausführlichere wissenschaftliche Stellungnahme anbietet. Dieser Service soll rasche Antworten auf Fragen geben, die Sie vielleicht auch schon stellen wollten. Diese Sektion wird routinemäßig auf Aktualität der Texte geprüft. Es finden sich Links zu vielen interessanten Themen, wie z.B. der Elektroakupunktur nach Voll, zu Keramikinserts, metallfreien Kompositbrücken oder zu Vector und viele andere mehr.

cho

54. ÖGD-Kongress Marburg vom 6.-8. Mai 2004

Tagungsort : Cineplex Marburg, Filmtheater-AG
Biegenstraße 8

Referent	Thema	Termin
Donnerstag nachmittag, 6. Mai 2004		
Dr. Rojas, Dr. Dürr	Eröffnung d. zahnärztlichen Programms	16:30 Uhr
Landes Zahnärztekammer Hessen	Grußwort	
Dr. Winter-Borucki	Zahngesundheit in Hessen	17:00 Uhr
Prof. Dr. Wetzel	Frühe Milchzahnkaries im Konfliktfeld altersentsprechend unzureichender Kooperation	17:30 Uhr
	Diskussion	18:00 Uhr
BZÖG	Delegiertenversammlung	18:30 Uhr
Freitag vormittag, 7. Mai 2004		
Prof. Dr. Schiffner	Mundspüllösungen	09:00 Uhr
Prof. Dr. Klimek	Konzepte der primären Prävention.	
	Was ist Evidenz-basiert?	09:30 Uhr
	Diskussion	10:00 Uhr
	Pause	10:15-10:45
Dr. Ganß	Diagnostik und nicht invasive Therapie von säurebedingten Zahnhartsubstanzverlusten	10:45 Uhr
N.N	N.N	11:15 Uhr

Freitag nachmittag, 7. Mai 2004		
Prof. Dr. Pieper	N.N	14:00 Uhr
	Diskussion	
Dr. Mohmeni	N.N	N.N
	Pause	
Prof. Dr. Eickholz	N.N	N.N

Samstag vormittag, 8. Mai 2004		
Dr. Ansari-Sziegoleit	Aussagekraft von Speicheltests	09:00 Uhr
Dr. Hirsch	Zusammenarbeit der Universität Halle mit dem ÖGD	09:30 Uhr
	Diskussion	10:00 Uhr
	Pause	10:15-10:45
Constanze Schäfer	Unerwünschte Nebenwirkungen von Plaque-Anfärbemitteln	10:45 Uhr
Maria Stolz	Spielerische Vorbereitung von Vorschulkindern auf die zahnärztliche Behandlung	11:15 Uhr

Kongresskarten	Tageskarten	
Mitglieder 120,00 EUR	Donnerstag und Freitag	70,00 EUR
Nichtmitglieder 145,00 EUR	Samstag	45,00 EUR

Hotelvermittlung:
Marburg Tourismus & Marketing
Tagungs und Kongressbüro
Pilgrimstein 26
35037 Marburg
Frau Alice-Verena Rist
Telefon: 06421/991224
Fax 06421/991233
e-Mail: mtm@marburg.de
http://www.marburg.de

ACHTUNG:
Begrenzt
Zimmerkontingent.

Anmeldeschluß 17. März

Ein Anmeldeformular ist alsbald unter www.aerzte.dbb.de abrufbar

ANZEIGE EASYSOFT

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, klaus.duerr59@tiscali.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.02065/90585-79 Fax. -72, BSKiel@t-online.de

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

Tel. (dienstl.) 02306/100550, Fax 02331/4731341

Wissenschaftlicher Referent:

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

Redaktion:

Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,

Tel. (dienstl.) 02306/100550, Fax 02331/4731341

christoph.hollinger@t-online.de

Beirat:

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

Dr. Peter Noch, Am Hallenbad 3, 44534 Lünen

Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstraße 50, 47226 Duisburg-Rheinhausen

Tel.02065/9058579 Fax.02065/9058572, BSKiel@t-online.de

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: 5,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, 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 Grafikszenen 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.

ANZEIGE

KINDERLIEDBÜHNE

120/180MM

ABSTAND

RECHTS 5 mm

UNTEN 14mm