

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

34. Jahrgang / Dezember 2004

3.04

3 EDITORIAL

KONGRESSBEITRAG

- 4 54. wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG 2004
- 4 Konzept der primären Prävention – Was ist Evidenz-basiert?
- 6 Der Jugendzahnärztliche Dienst in Hessen
- 6 Zur Aussagekraft mikrobieller Speicheltests
- 8 Unerwünschte Wirkungen von Plaqueanfärbemitteln
- 9 Angst vor der zahnärztlichen Behandlung – natürliche Reaktion oder psychische Störung?

AKTUELLES

- 11 Deutsches Grünes Kreuz e.V. gründet Sektion Zahngesundheit
- 12 Emnid-Umfrage zum Prophylaxe- und Mundpflegeverhalten der Deutschen vorgestellt
- 12 2. Oral-B Symposium „Orale Prophylaxe – ein ganzheitlicher Ansatz“
- 13 Tag der Zahngesundheit 2004
- 14 Neu: Wrigley's EXTRA Professional Herbal Mint
- 14 Neuausschreibung: Wrigley Prophylaxe Preis 2005
- 14 Elterntipps zur Kariesvorbeugung bei Kindern
- 16 Oral-B Kolibri – für den leichten Einstieg in die Zahnzwischenraumreinigung
- 19 Neues Poster für Kinder zur Karies-Prophylaxe!

BERICHTE

- 15 20 Jahre Arbeitskreis Zahngesundheit im Landkreis Northeim
- 16 „Kita mit Biss“ – eine Aktion zur Förderung der Mundgesundheit in den Kindertagesstätten der Stadt Frankfurt/Oder

VERBAND

- 17 In eigener Sache
- 17 Wer findet die Karies?

18 TAGUNGSKALENDER

20 IMPRESSUM



Bild: Linda

BZÖG

EDITORIAL



Bernd Schröder

Traditionell informieren wir Sie in der letzten Jahressausgabe unserer Zeitschrift darüber, wo der nächste wissenschaftliche Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stattfinden wird. Der 55. Kongress unserer Verbände wird uns vom 14. bis 16. April 2005 nach Bamberg führen. Das Motto lautet: „ÖGD – Investition in die Zukunft“.

Dies ist ein aktuelles Thema, auch für uns Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, stellen doch unsere „Arbeitsergebnisse“ für die Kinder und späteren Erwachsenen tatsächlich eine solche Investition dar.

Bei wachsenden Aufgabenfeldern werden Stellen in den Zahnärztlichen Diensten nicht aufgestockt. Kommunale Einsparungen machen auch vor unserem Bereich nicht halt, obwohl die Bandbreite unseres Tätigkeitsspektrums in den letzten Jahren gewachsen ist. Neben dem Problemfeld „gesunde Ernährung bei Kindern und Jugendlichen“ ergänzen weitere Aufgaben das „klassische“ Repertoire der Zahnärztlichen Dienste in den Kommunen. Hierzu gehören Alterszahnheilkunde in Senioreneinrichtungen, Zahngesundheit bei Migranten, Einrichtung von neutralen und unabhängigen Patientenberatungsstellen, um einige zu nennen.

Wir sind als Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst darüber hinaus regelmäßig aufsuchend in den Kommunen tätig, dies ist das „Pfund“, mit dem wir „wuchern“ können, um Investitionen in die Zukunft Realität werden zu lassen.

In Bayern ist die Investition in den kommunalen Zahnärztlichen Dienst nur in Augsburg, Nürnberg und München Realität. Die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e.V. versucht mit Arbeitskreisen eine Alternative für fehlende kommunale Strukturen zu sein. Man setzt dabei auf ehrenamtliches Engagement und die Aktionen Löwenzahn und Seelöwe. Eine kontinuierliche gruppenprophylaktische Betreuung der Kinder und Jugendlichen mit allen Facetten des § 21 SGB V gibt es so nicht. Der sozialkompensatorische Aspekt unserer präventiven Arbeit wird in Bayern leider nur punktuell umgesetzt, aber auch das gehört zu einem Land mit föderalen Strukturen.

Über einen engen Aufgabenbereich der bevölkerungsbezogenen Zahnmedizin, der „Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern“, kann man sich in Medien partiell informieren. Bedauerlich ist, dass die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Bayern noch keine zahnmedizinisch orientierten Fort- und Weiterbildungen anbietet, denn auch das wäre eine Investition in die Zukunft.

Lassen Sie uns in Bamberg bei einem anspruchsvollen Kongressprogramm mit interessanten, aktuellen und zukunftsweisenden Vorträgen zahlreich „Flagge“ zeigen! Das Kongressprogramm können Sie auf unserer Homepage (<http://www.bzoeg.de>) abrufen.

Übrigens, auch außerhalb des Kongressprogramms hat Bamberg mit einer Altstadt, die Weltkulturerbe der UNESCO ist, einer weltberühmten Philharmonie und vielen weiteren kulturellen Einrichtungen und Sehenswürdigkeiten eine Menge zu bieten.

Mit den besten Wünschen für ein gutes neues Jahr 2005,

Ihr Bernd Schröder



54. wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG 2004

Diesmal fand der traditionelle Jahreskongress der Bundesverbände der Ärzte und der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vom 6. bis 8. Mai in der wunderschönen alten Universitätsstadt Marburg statt. Nachdem der 1. Vorsitzende des BVÖGD, Dr. Klaus Walter, am Donnerstag die Gäste offiziell begrüßte, fand Prof. Stefan Winter, Ministerialdirektor aus dem BMGS, anerkennende Worte dafür, dass die aufsuchende Betreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe das Mundgesundheitsverhalten positiv beeinflussen konnte, wie es epidemiologische Daten eindeutig belegen. Heute sei das Risiko der Bevölkerung, an Karies zu erkranken geringer und der Anteil an kariesfreien Gebissen höher als früher, dazu hätten die Zahnärzte im ÖGD ihren wesentlichen Beitrag geleistet. Man dürfe sich nun ob der Erfolge im Hinblick auf die Polarisierung des Kariesrisikos nicht zurücklehnen und ausruhen, sondern müsse weiterhin flächendeckendes Engagement zeigen.

Auch die Sozialministerin des Landes Hessen, Silke Lautenschläger, hob die Bedeutung hervor, Kinder im Hinblick auf den Langzeiterfolg frühzeitig präventiv zu betreuen. Nach weiteren Grußworten, u.a. vom Landrat des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Robert Fischbach, hob der Präsident der Zahnärztekammer Hessen, Dr. Michael Frank, das berechtigte starke Selbstbewußtsein der Kolleginnen und Kollegen des ÖGD hervor. Er unterstrich die Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung für die Politikberatung und richtete ein herzliches Dankeschön aus für die jahrelangen Bemühungen um die Kinder und Jugendlichen, die Erfolge sprächen für sich.

Erneut war es dann die Aufgabe von Dr. Klaus Dürr, als 1. Vorsitzenden des BZÖG, den diesjährigen Kongress für eröffnet zu erklären und die Zuhörer in Ihre Fachrichtungen zu entlassen. In dieser und der nächsten Ausgabe können Sie wieder eine Vielzahl von Kurzfassungen der gehaltenen Vorträge aus dem zahnmedizinischen Bereich lesen.

Konzept der primären Prävention – Was ist Evidenz-basiert?

N. Schlüter, J. Klimek

„Evidenz-basierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der Evidenz-basierten Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der best verfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Definition nach Sackett et al., British Medical Journal 1996)

Als „Evidenz-basiert“ wird Medizin dann bezeichnet, wenn sie sich ausdrücklich und nachvollziehbar auf die Ergebnisse empirischer wissenschaftlicher Forschung stützt. Sie hat damit das Ziel, Lehrmeinung auf wissenschaftlicher Grundlage zu qualifizieren und mehr Transparenz über den tatsächlichen Kenntnisstand zu verschaffen. Die zu einem Zeitpunkt „gültige“ Lehrmeinung wird daher anhand von vorliegenden Studien zu dem jeweiligen Thema auf ihre Wertigkeit hin überprüft. Man unterscheidet dabei zwischen Fallstudien, nicht kontrollierten Studien, kontrollierten Studien sowie systematischen Reviews und Metaanalysen. Den einzelnen Studien wird dabei eine Wertigkeit zugeordnet, die in Form eines Evidenzlevels die Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenz ausdrückt, wobei Reviews und Metaanalysen die höchste Wertigkeit erhalten. Es gilt die Einteilung der Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (Tab.1). Daraus lassen sich die in Tab.2 dargestellten Empfehlungsklassen ableiten.

Um sich strukturiert Informationen bzw. Literatur zu beschaffen, kommen im wesentlichen drei Wege in Frage: der Rückgriff auf Primärliteratur (Originalartikel), auf Sekundärliteratur und auf Zusammenfassungen klinischer Studien (Reviews oder Metaanalysen).

Die beiden wichtigsten Datenbanken, um auf Primärliteratur zuzugreifen, sind „Medline“ (Herausgeber:

National Library of Medicine, USA) und deren europäisches Gegenstück „Embase“. Medline ist, im Gegensatz zu Embase, für jedermann frei zugänglich und wurde 1966 als Index Medicus in einer Schriftversion eingeführt. Sie enthält zurzeit etwa 9 Millionen Zitate aus 3800 Zeitschriften. Jährlich kommen ca. 370.000 Einträge hinzu und sie umfasst die Fachgebiete Humanmedizin, Zahnmedizin, Psychologie und Veterinärmedizin (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>).

Der wesentlichste Vorteil beim Rückgriff auf Primärliteratur besteht darin, dass der Informationsfluss keine Umwege nimmt und auf direktem Weg zugänglich ist, was einen klassischen Ansatz der Evidenz-basierten Medizin darstellt. Aufgrund der weit ausgebauten Medienstruktur sind Originalarbeiten heute gut zugänglich. Das birgt jedoch die Gefahr in sich, sich in der Flut der Informationen nicht zurechtzufinden. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, die Literatur kritisch auf ihre Validität, also im Hinblick auf Inhalt und Methode zu bewerten.

Der Rückgriff auf Sekundärliteratur ermöglicht es, mit wenig Aufwand eine Vielzahl von publizierten Artikeln in zusammengefasster und komprimierter Form zu erhalten. Sekundärliteratur darf jedoch nicht mit systematischen Übersichtsarbeiten oder Meta-Analysen verwechselt werden. Bei zusammengefassten Artikeln besteht grundsätzlich die Gefahr einer Verfälschung von Informationen, da die persönliche Meinung des Autors oder des Instituts einfließen kann. Eine relativ sichere Möglichkeit stellt in diesem Zusammenhang die Zeitschrift „evidence based medicine/dentistry“ dar, in der zusammenfassende Arbeiten zusätzlich von einem unabhängigen Experten aus dem entsprechenden Fachgebiet kommentiert werden und damit die Gefahr der Verfälschung von Informationen reduziert wird.

Die gezielte Suche nach Reviews, Metaanalysen und Zusammenfassungen klinischer Studien kann z.B. über Centre for Reviews and Dissemination - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE, <http://nhscrd.york.ac.uk/darehp.htm>) (University of York) oder mit Hilfe der Cochrane Library (<http://www.cochrane.org>) erfolgen.

Die Cochrane Library verfügt vermutlich über das am meisten ausgereifte Konzept, das unter dem Begriff „Evidence based medicine“ heute angeboten wird.

Zum Thema „Primäre Prävention“ gibt es eine sehr große Anzahl an Literaturstellen, die jedoch bei genauerer Betrachtung nur selten die Kriterien der Evidenz-basierten Medizin erfüllen. Die primäre Prävention beinhaltet Maßnahmen, die darauf abzielen, Karies-Neuerkrankungen zu verhindern, wie z.B. durch eine Fluoridapplikation, eine Ernährungsumstellung oder die Anwendung antibakteriell wirksamer Substanzen.

Eine Literaturrecherche zum Thema Primärprävention mit Fluoriden ergibt etwa 30 systematische Reviews und Metaanalysen. In ihnen wird die Wirkung von fluoridhaltigen Zahnpasten, Mundspüllösungen, Lacken, Gelen und die Trinkwasserfluoridierung analysiert. Auch in der Cochrane-Bibliothek lassen sich systematische Reviews zu diesen Themen finden. Die Reviews sind sehr umfangreich, werden nach strengen Kriterien verfasst und regelmäßig unter Berücksichtigung von neu hinzugekommenen Studien aktualisiert. Nach klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien wird entschieden, ob ein Artikel für ein Review dieser Gesellschaft überhaupt in Betracht kommt. Als Beispiel sind nachfolgend die wesentlichen Kriterien für das Cochrane-Review zum Thema „Fluoride for preventing dental caries in children and adolescents“ aufgeführt.

Einschlusskriterien: randomisierte oder quasi randomisierte, kontrollierte klinische Studien, die adäquat verblindet sind. Die Fluoridgel-Gruppe wird mit einer Placebo-Gruppe oder unbehandelten Gruppe für mindestens 1 Jahr verglichen.

Ausschlusskriterien: keine Verblindung, keine Randomisierung, kürzer als 1 Jahr. Gleichzeitig andere Intervention wie z.B. Mundhygienemaßnahmen.

Von den zahlreich existierenden Studien zum Thema „Kariesprophylaxe mit Fluoriden“ erfüllten nur wenige die strengen Kriterien der Evidenz-basierten Medizin und konnten in die Cochrane-Reviews einbezogen werden. Zum Thema „Fluoride Toothpastes“ (2002) waren es 70 Studien (24% Kariesreduktion verglichen mit nicht fluoridierter Zahnpaste), zum Thema

„Fluoride Mouthrinses“ (2003) 34 Studien (26 % Kariesreduktion), zum Thema „Fluoride Varnishes“ (2001) 9 Studien (46 % Kariesreduktion (DMFS), 33 % (dfs)) und zum Thema „Fluoride Gels“ (2001) 23 Studien (28 % Kariesreduktion).

Unbestritten spielt die Ernährung eine maßgebliche Rolle in der Ätiologie der Karies. Eine Gruppe von schwedischen Forschern suchte deshalb jetzt mit den Methoden der Evidenz-basierten Medizin in einem systematischen Review nach entsprechenden Zusammenhängen, z.B. der Kariesprävention durch Veränderung der Ernährungsgewohnheiten (1). Nach einer Vorselektion konnten unter 109 Artikeln nur eine randomisierte und 17 kontrollierte klinische Studien gefunden werden. Reviews oder Metaanalysen zu diesem Thema liegen im Prinzip nicht vor. Es konnte keine den Ansprüchen genügende Studie ermittelt werden, in der der Effekt von Informationen zur Reduktion des Zuckerkonsums bzw. der Frequenz der Zuckeraufnahme auf die Kariesprävalenz als einzige präventive Maßnahme untersucht wurde. Evidenz für die Anwendung von Sorbit oder Xylit enthaltenden Kaugummi und von Invertzuckern ist zwar vorhanden, aber unvollständig.

Auch ein Zusammenhang zwischen schlechter häuslicher Mundhygiene und erhöhter Kariesprävalenz scheint augenfällig. Doch Studien zu diesem Thema zeigten keine eindeutigen Zusammenhänge. Es ist zweifelhaft, ob die Durchführung randomisierter, kontrollierter klinischer Studien zu dieser Fragestellung überhaupt möglich ist. Aufgezeigt werden konnten positive Effekte nur bei streng überwachtem Zähneputzen oder der überwachten regelmäßigen Anwendung von Zahnseide (2). Dass die Prävalenz von Karies durch professionelle Zahnreinigungen in verhältnismäßig kurzen Zeitabständen reduziert werden kann, konnte besonders deutlich in den Karlstad-Studien von Axelsson und Lindhe gezeigt werden.

Ebenfalls zum Feld der primären Prävention gehört die Reduktion von Karies durch antibakteriell wirksame Substanzen, wie z.B. die Behandlung mit Chlorhexidinprodukten. Zu diesem Thema findet sich in Medline eine Metaanalyse (3). Nur in 46% der Fälle konnte ein kariesreduktiver Effekt

Tabelle 1: Evidenzgrade zur Bewertung von Studien (nach: Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR))

Evidenzlevel	Evidenztyp
Ia	Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien
Ib	Evidenz aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie
IIa	Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisation
IIb	Evidenz aufgrund mindestens einer Art von gut angelegter, quasi experimentellen Studie
III	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht-experimenteller, deskriptiver Studien, wie z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studien
IV	Evidenz aufgrund von Berichten der Expertenausschüsse oder Expertenmeinungen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten

Tabelle 2: Einteilung von Empfehlungsklassen auf Basis der Evidenzlevel (nach: Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung)

Empfehlungsklasse	Erläuterung
(A) Evidenzlevel Ia, Ib	Ist belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine randomisierte Studie enthält.
(B) Evidenzlevel IIa, IIb, III	Ist belegt durch gut durchgeführte nicht randomisierte klinische Studien.
(C) Evidenzlevel IV	Ist belegt durch Berichte und Meinungen von Expertenkreisen und/oder klinischen Erfahrungen anerkannter Autoritäten. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin.

nachgewiesen werden. Ein Review zur Anwendung von einem Chlorhexidin-Lack (4) kam sogar zum Schluss, dass keine Evidenz für eine signifikante Karieshemmung vorliegt.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass mit Ausnahme der Prävention von Karies durch Fluoridierungsmaßnahmen die Studien zur primären Prävention die Kriterien der Evidenz-basierten Medizin in der Regel nicht erfüllen und großer Nachholbedarf besteht. Zur Prävention der Karies durch Mundhygienemaßnahmen oder Ernährungslenkung lassen sich aber aufgrund der vielen anderen Einflussfaktoren derartige Studien vermutlich nur schwer durchführen.



Prof. Dr. J. Klimek

Korrespondenzadresse:

N. Schlüter
 Med. Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und präventive Zahnheilkunde
 Justus-Liebig-Universität Gießen
 Schlangenzahl 14,
 D-35392 Gießen
 E-Mail: nadine.schlueter@dentist.med.uni-giessen.de



Dr. G. Winter-Borucki

Der Jugendzahnärztliche Dienst in Hessen

G. Winter-Borucki

Hessen war gastgebende Landesstelle des diesjährigen Kongresses. Das Bundesland ist mit einer Fläche von 21 000 Quadratkilometern das fünftgrößte in Deutschland. Es ist in drei Regierungsbezirke, 21 Landkreise und 5 kreisfreie Städte gegliedert. In Hessen wohnen gegenwärtig etwa 6 Millionen Menschen.

In den 29 Gesundheitsämtern sind derzeit 44 JugendzahnärztInnen tätig, 13 sind vollzeitbeschäftigt und 27 arbeiten in Teilzeit, zusätzlich arbeiten vier KollegInnen auf Honorarbasis.

Zu den gesetzlichen Grundlagen der Arbeit der Jugendzahnärztlichen Dienste zählen die 3.DVO zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1935, der §149 HessSchulG zur Schulgesundheitspflege, in dessen Kommentar es heißt: „Die Schulgesundheitspflege gehört zu den nach staatlicher Weisung zu erfüllenden übertragenen Aufgabenbereichen der kreisfreien Städte und Landkreise und ist Pflichtaufgabe der Stadt- und Kreisgesundheitsämter“ sowie der §71 Abs.5 Hess SchulG in Zusammenhang mit der Rechtsverordnung über die Zulassung und Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheits-

pflege vom 07.02.2000 und natürlich § 21 SGB V mit den Rahmenvereinbarungen zur Förderung der Gruppenprophylaxe.

Die hessische Rahmenvereinbarungen zu § 21 definieren, dass die Gruppenprophylaxe in den Schulen in der Hand der Jugendzahnärzte liegt und die entsprechende Betreuung der Kindertagesstätten/Kindergärten von Patenzahnärzten übernommen wird. Derzeit sind etwa 1630 Patenzahnärzte in Hessen tätig. Gemeinsam mit den niedergelassenen Kollegen sind die Zahnärzte des ÖGD in 21 regionalen Arbeitskreisen in unterschiedlichen Funktionen engagiert.

Die Vorsorgeuntersuchung, die seit 1.1.1993 auch Bestandteil des §21 ist, wird in den Schulen von den Jugendzahnärzten durchgeführt. Für die Befunderhebung bei den 3-6Jährigen existiert keine gesetzliche Regelung auf Landesebene. Sie wird von einigen Zahnärztlichen Diensten je nach personeller Besetzung und Tradition durchgeführt bzw. entsprechend der „gewachsenen Strukturen“, wie es in den Rahmenvereinbarungen heißt.

Seit 1989 treffen sich die hessischen Jugendzahnärzte zweimal im Jahr zu einer Arbeitssitzung. Es werden Referenten und Vertreter verschiedener Organisationen zu Fortbildungsvorträgen eingeladen und aktuelle Themen diskutiert. Diese Treffen sind mittlerweile ein wichtiger Bestandteil des kollegialen Austausches geworden. Besonders bei Veränderungen in unserem Aufgabengebiet gaben sie die Möglichkeit, schnell „Krisenmanagement“ betreiben zu können.

Die folgenden Daten zur Entwicklung der Zahngesundheit in Hessen beruhen auf den epidemiologischen Begleituntersuchungen der DAJ von Prof. Pieper in den Jahren 1994/95, 1997 und 2000. Die Reduktion der dmft-Werte betrug in der Altersklasse der 6/7Jährigen 30%, die der DMF-T-Werte bei den 9Jährigen 60%, bei den 12Jährigen 55% (Abb. 1).

Bei dem Anteil naturgesunder Gebisse im gleichen Zeitraum (Abb. 2) konnte eine Steigerung bei den 6/7-Jährigen um 10%, bei den 9Jährigen um 17% und bei den 12Jährigen um 31% festgestellt werden. Bis zum Erreichen der WHO-Kriterien für 2020, den Anteil der naturgesunden Gebisse der 6/7Jährigen auf 80% zu verbessern, ist es noch ein weiter Weg.

Zur Aussagekraft mikrobieller Speicheltests

F. Ansari

Einführung

Früher stand in der zahnärztlichen Therapie der Karies die Reparatur bereits entstandener kariöser Schäden im Vordergrund. In den letzten Jahren hat jedoch ein grundlegender Wandel stattgefunden. Die Kariesprävention gewinnt immer mehr an Bedeutung.

Wichtig hierbei zu wissen ist, dass es sich bei der Karies um eine opportunistische Infektionskrankheit handelt, also eine Krankheit, bei der die verantwortlichen Mikroorganismen stetig in der Mundhöhle vorkommen, die Symptome der Erkrankung jedoch nicht immer ausgeprägt werden.

Außerdem ist die Tatsache von Bedeutung, dass in Deutschland nur ein geringer Anteil der Kinder und Jugendlichen die Mehrheit aller behandelten oder erkrankten Zähne in ihrer Mundhöhle beherbergt. Es liegt eine sogenannte Polarisierung des Kariesbefalls vor [5]. Diese betroffenen Kinder gilt es frühzeitig zu erkennen und durch geeignete Prophylaxemaßnahmen den Karieszuwachs zu mindern.

Ziel ist es daher, sich von der restaurativ ausgerichteten zu einer präventiv orientierten Zahnheilkunde zu entwickeln. Um dies zu erreichen ist es notwendig, das individuelle Kariesrisiko eines Patienten einschätzen zu können.

Mikrobielle Speicheltests

Mikrobielle Speicheltests werden häufig als ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel bei der Kariesrisikobestimmung genannt. Dabei werden Mutans-Streptokokken als Kariesinitiator angesehen. Die Anzahl der Laktobazillen wird als Indikator für hohen Zuckerkonsum eines Patienten bestimmt. Die seit mehreren Jahren verfügbaren Speicheltests liefern Auskunft über das Vorhandensein und die Quantität dieser Keime. Außerdem können auch Speichelfließrate und Speichelpufferkapazität mit einbezogen werden, um die Spülfunktion des Speichels und die Fähigkeit zur Plaque-säureneutralisation zu beurteilen. Seit einigen Monaten besteht zudem die

Dr. Gisela Winter-Borucki
Rheingau-Taunus-Kreis
Der Kreisausschuss Gesundheitsamt
Black&Decker-Str.17c,
65510 Idstein

Abb. 1: dmft/DMF-T Werte Hessen (Begleituntersuchung DAJ/Prof. Pieper)
■ 1994/95 ■ 1997 ■ 2000

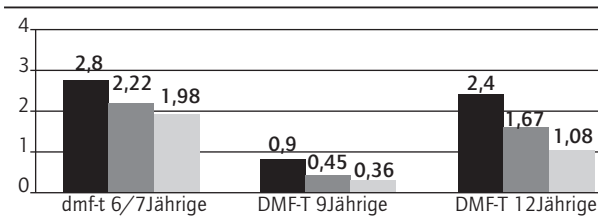
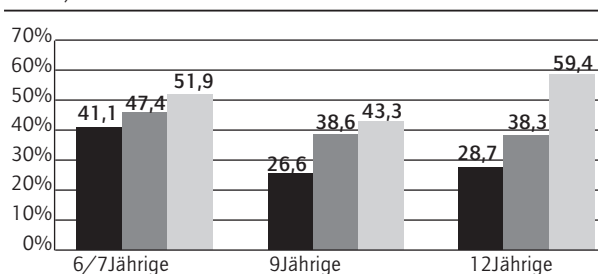


Abb. 2: Anteil naturgesunder Gebisse von 6/7, 9 und 12Jährigen in Hessen (Begleituntersuchung DAJ/Prof. Pieper)
■ 1994/95 ■ 1997 ■ 2000



Möglichkeit, die Milchsäurebildungsrate der kariogenen Mikroorganismen durch eine Enzymreaktion zu bestimmen.

Vereinzelte werden auch Tests zur Anzucht von Hefen der Gattung *Candida* angeboten. Einige Autoren betrachten Hefepilze als harmlose Saprophyten der Mundhöhle. Sie werden lediglich für Mundschleimhauterkrankungen verantwortlich gemacht [4, 7]. Andere sprechen Sprosspilzen zumindest eine aktive Rolle bei der Kariesprogression zu [6, 10].

Kooperationsstudien der Giessener Kinderzahnheilkunde und Mikrobiologie haben jedoch gezeigt, dass gerade bei Säuglingen und Kleinkindern Hefen der Gattung *Candida* eine besondere Rolle bei der Kariesentstehung spielen können. So konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden, dass Hefepilze bei Kindern mit naturgesunden Gebissen nur in ganz seltenen Fällen nachzuweisen waren, aber bei kleinen Patienten mit kariös zerstörten Gebissen ca. 80% eine starke Pilzbesiedelung in der Mundhöhle aufwiesen. Somit besteht eine positive Korrelation zwischen dem Vorhandensein von *Candida* und Karies [9, 12, 13]. Darüber hinaus konnte mit einer In-vitro-Studie bewiesen werden, dass *Candida* alleine, ohne bakteriellen Einfluss, in der Lage ist, eine festhaftende Zahnplaque auf intakter menschlicher Zahnschmelzoberfläche zu bilden und innerhalb dieser den pH-Wert unter die kritische Grenze zur Kariesentstehung zu senken. Rasterelektronenmikroskopische Befunde derselben Studie belegten schließlich, dass die Schmelzoberfläche unter der durch *Candida* hervorgerufenen Plaque typische Anzeichen kariöser Destruktion aufwies [11]. Aus diesen Gründen sollten Hefepilze ebenfalls zu den Kariesindikatorkeimen gezählt werden. Durch ihre Fähigkeit, bevorzugt Maltose und Glukose (Bestandteile zahlreicher Säuglings-/Kleinkindnahrungen) zu Säuren zu verstoffwechseln, können sie gerade bei Säuglingen und Kleinkindern eine größere Rolle bei der Entstehung der Early Childhood Caries (ECC) spielen.

Nachteile mikrobieller Speicheltests

Eine sichere Kariesprognose ist durch den isolierten Einsatz mikrobieller Speicheltests nicht möglich [2]. Die Anzahl an Mutans-Streptokokken

korreliert nicht immer mit dem kariösen Zerstörungsgrad. Es gibt durchaus Personen mit sehr hohen Streptokokken- und Laktobazillen-Keimzahlen, die aber keine Karies entwickeln. Insgesamt liegt die Vorhersagegenauigkeit zur Kariesrisikobestimmung von Speicheltests allein ohnehin bei nur etwa 60% [3, 8]. Für ein Massenscreening sind sie daher nicht geeignet [2].

Allerdings muss man zwischen Positiv- und Negativ-Prognosen unterscheiden. Die Vorhersage von Kariesfreiheit aufgrund sehr geringer bzw. keiner Streptokokken- und Laktobazillen-Besiedelung ist wesentlich genauer, als die Vorhersage einer Karies aufgrund hoher Keimzahlen [2].

Beurteilung des individuellen Kariesrisikos

Da es sich bei der Karies um eine multifaktorielle Erkrankung handelt, müssten letztlich zahlreiche Parameter bestimmt werden, um das Kariesrisiko genauer einschätzen zu können. Dazu zählen zunächst eine intensive Anamnese, die Evaluierung spezieller Plaque- und Entzündungsindices, die Ernährungs- und Fluoridanamnese, aber auch die Erfassung des Kariesbefalls in der Vergangenheit, die Bestimmung der individuellen Plaquebildungsgeschwindigkeit, die Auswertung spezifischer Speichelparameter und zusätzlich die Durchführung mikrobieller Speicheltests. Auch übergeordnete Faktoren, wie Alter, Geschlecht und Compliance des Patienten, soziale Faktoren, Umwelteinflüsse und der allgemeine Gesundheitszustand haben einen Einfluss auf die Kariesentstehung. Eine derart umfassende Diagnostik erfordert allerdings einen erheblichen zeitlichen und finanziellen Aufwand, der in den meisten Fällen jedoch nicht betrieben werden muss. In der Regel genügen eine intensive Anamnese, die Erhebung klinischer und röntgenologischer Befunde und die Bestimmung von Plaqueindices, um das Kariesrisiko eines Patienten hinreichend ermitteln zu können [1].

Einsatz mikrobieller Speicheltests

Die Durchführung mikrobieller Speicheltests kann – unabhängig von der Einschätzung des individuellen Kariesrisikos – in einigen Fällen sinnvoll erscheinen. So kann die Bestimmung von Laktobazillen herangezogen werden, um die Patientenmotivation

hinsichtlich prophylaktischer Maßnahmen zu steigern. Hier wird anschaulich der Erfolg einer konsequenten Ernährungsumstellung anhand sinkender Keimzahlen innerhalb weniger Wochen deutlich.

Die Bestimmung von *Candida* spezie in der Mundhöhle kann gerade bei Säuglingen und Kleinkindern, die häufig an einer Windeldermatitis leiden, von größerer Bedeutung sein – schließlich können orale Hefepilze durch Verschlucken in den Magen-Darm-Trakt gelangen und so im Windelbereich zu rezidivierenden Entzündungen führen.

Hinsichtlich der Beurteilung des individuellen Kariesrisikos gibt es durchaus auch Fälle, in denen mikrobielle Speicheltests herangezogen werden können. Hierzu zählen Patienten, bei denen ein erhöhtes Kariesrisiko befürchtet werden muss, beispielsweise Personen mit Allgemeinerkrankungen oder mit Medikamentenkonsum, der den Speichelfluss herabsetzt. Auch bei Kindern, deren Mütter einen hohen Kariesbefall zeigen oder bei Patienten vor einer kieferorthopädischen Behandlung erscheinen Speicheltests angebracht. Schließlich seien noch Schwangere und junge Mütter genannt. Bei ihnen kann, falls notwendig, durch eine Reduktion der kariogenen Keime ein Übertragungsrisiko auf das Kind verringert werden.

Dr. Franziska Ansari
Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
des Medizinischen Zentrums für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Justus Liebig Universität
Gießen



Dr. Franziska Ansari



C. Schäfer

Unerwünschte Wirkungen von Plaqueanfärbemitteln

C. Schäfer

Der Einsatz von Plaqueanfärbemitteln ist sowohl für die Gruppen- als auch in der Individualprophylaxe sinnvoll. Bei der Auswahl geeigneter Anfärbemittel sollte neben Kosten und Handhabung vor allem die Verträglichkeit im Vordergrund stehen.

Mit den in diesem Bereich eingesetzten Farbstoffen werden die Zellwände der verschiedenen Bakterien in der Plaque eingefärbt. Bei zweifarbigen Anfärbeprodukten spielt dabei die Alterung der Plaque eine Rolle. Zum einen verändert sich im Zeitverlauf der pH-Wert innerhalb der Plaque. Andererseits unterscheidet sich eine frische Plaque durch ihren hohen Anteil an grampositiven und aeroben Bakterien im Vergleich zu einer alten Plaque mit überwiegend gramnegativen und anaeroben Bakterien. Deshalb können Kombinationspräparate (mit zwei Farbstoffen, die unterschiedliche Färbungscharakteristika aufweisen), unterschiedliche Farbeffekte erzeugen.

Generell werden verschiedene Tri-

phenylmethanfarbstoffe und Erythrosin als Plaqueanfärbemittel eingesetzt. Die Stoffe werden häufig gleichzeitig unter den rein chemischen Bezeichnungen und mehreren Trivialnamen geführt, was das Einordnen erschwert. Die Tabelle gibt für die häufigsten in der Zahnmedizin verwendeten Farbstoffe die Bezeichnungen, weitere Namen, die pharmakologische Beurteilung, Anwendungsweise und Beispiele für Fertigprodukte an.

Die Anwendung von Kristallviolett und Fuchsin ist nicht mehr zeitgemäß. Schon recht lange ist das karzinogene Risiko dieser Substanzen bekannt. Beide sind Vertreter der chromophoren, also farbtragenden, planaren Triphenylmethanfarbstoffe. Wegen ihrer flachen (= planaren) Molekülstruktur haben sie die Eigenschaft, sich zwischen die Brücken der Basenpaare in der DNS zu schieben, also zu „interkalieren“. Deshalb wirken sie auf Bakterien abtötend, weshalb Lösungen von Kristallviolett und Fuchsin viele Jahre lang zur äußerlichen Behandlung infektiöser Hautkrankheiten genutzt wurden. Diese Substanzen interkalieren aber nicht nur in Bakterien-DNS, sondern auch in Human-DNS. Bei der Replikation der menschlichen DNS, deren Struktur durch interkalierende Stoffe gestört ist, kommt es zum Abbruch der Matrizenfunktion. Auf diese

Weise können Tumorzellen entstehen.

Natriumfluorescin gehört zwar zur chemischen Familie der Triphenylmethanfarbstoffe. Aber es ist wegen der zahlreichen am Molekül gebundenen Strukturen nicht mehr planar und kann deshalb keine Interkalation in der DNS verursachen. Bei sachgemäßem Umgang geht von Fluorescin kein Risiko aus. Jedoch sollte die Lösung nicht in größeren Mengen geschluckt werden. Ein weiterer Triphenylmethanfarbstoff ist Phloxin B, was ebenfalls als gesundheitlich unbedenklich einzustufen ist.

Zwei als Lebensmittelfarbstoffe zugelassene Substanzen sind Erythrosin und Patentblau V. Bei dem Einsatz von Zusatzstoffen in Lebensmitteln gibt es die Höchstmengenbegrenzung „Acceptable Daily Intake“, kurz ADI. ADI legt die Menge der Substanz fest, die ein Mensch ein Leben lang täglich konsumieren kann, ohne ein Gesundheitsrisiko einzugehen. Für Patentblau V, einen nicht planaren Triphenylmethanfarbstoff, liegt diese Menge bei 0-15 mg pro Kilogramm Körpergewicht.

Ein echter Klassiker der Plaqueanfärbemittel ist Erythrosin. Wegen seines Jodgehaltes ist die Substanz jedoch nicht unumstritten. Auch dürfen pro Tag maximal nur 6 mg dieses Stoffes aufgenommen werden, und von einem Dauergebrauch, also häufiger Anwendung, ist abzusehen. Der ADI-Wert liegt bei 0-0,1 mg pro Tag und Kilogramm Körpergewicht. In der Literatur findet man Hinweise auf einen Einfluss von Erythrosin auf die Schilddrüsenfunktion, die Spermato-genese bei Mäusen und Verhaltensstörungen bei hyperaktiven Kindern. Bisher sind jedoch keine evidenzbasierten Daten vorhanden. Bei jodhaltigen Stoffen wie Röntgenkontrastmitteln, Desinfektionsmitteln oder auch Erythrosin wird immer wieder auf die Möglichkeit einer „Jodunverträglichkeit“ hingewiesen. Schilddrüsenexperten halten allerdings nicht das Jod und Jodid in diesen Verbindungen für kritisch, sondern vermuten, dass die großmolekularen Strukturen der entsprechenden Präparate im Organismus die Unverträglichkeiten auslösen.

Apothekerin Constanze Schäfer
Apothekerkammer Nordrhein,
Poststr. 4, 40213 Düsseldorf;
c.schaefer@aknr.de

Tabelle: Schnellübersicht über Plaqueanfärbemittel und -methoden. Empfehlenswerte Mittel grau bzw. hellgrau (eingeschränkt empfehlenswert) unterlegt. Erläuterungen im Text.

Plaqueanfärbemittel	Weitere übliche Bezeichnungen	Beurteilung	Anwendungsform	Fertigprodukte im Handel
Kristallviolett	Gentianaviolett, Methylrosanilinchlorid, Hexamethyl-p-rosaniliniumchlorid, CI 42435, CI 42555	- kann herstellungsbedingt gesundheitsschädliche Amine enthalten - allergisches Risiko - kanzerogenes Risiko bei Dauergebrauch großer Mengen (Interkalation)	Flüssig	
Fuchsin	Magenta, Diamantfuchsin, Rosanilinhydrochlorid-Pararosanilinhydrochlorid-Gemisch, Fuchsin-Parafuchsin-Gemisch, CI 42510	- kann herstellungsbedingt gesundheitsschädliche Amine enthalten - allergisches Risiko - kanzerogenes Risiko bei Dauergebrauch großer Mengen (Interkalation)	Flüssig	
Natrium-Fluorescin	Fluorescin-Dinatriumsalz, lösliches Fluorescin	- bei sachgemäßer Anwendung keine gesundheitlichen Risiken zu erwarten - Flüssigkeit nicht schlucken - UV-Lampe zur Detektion notwendig	Flüssig (0,65 %ige Lsg.)	Plaque-Test Vivadent®
Phloxin B	C.I. Acid red 92, Tetrachlor-Tetrabrom-Fluorescin	gesundheitslich unbedenklich	Fest, Flüssig	Kombinationspräparat: Mira-2-Tone®, Tabletten oder Lösung
Patentblau V	E 131, Brillantblau, CI 42051	- gesundheitlich unbedenklich - ADI: 0-15 mg/kg KG	Fest, Flüssig	
Erythrosin	E 127, C.I. Acid red 51, CI 45430, Tetraiodfluorescin-Na	- Problem bei Jodunverträglichkeit - Jodanteil kann Schilddrüsenfunktion beeinflussen - Dosisbeschränkung: maximal 6 mg täglich - Kein Dauergebrauch! - ADI: 0-0,1 mg/kg KG	Fest, Flüssig	Plaque-Erkennungstabletten®

Angst vor der zahnärztlichen Behandlung – natürliche Reaktion oder psychische Störung?

J. Margraf-Stiksrud

1. Ausgangsbedingungen

Die zahnärztliche Behandlungssituation ist psychologisch ambivalent. Jeder erwachsene Patient weiß, dass zahnärztliche Maßnahmen seine Gesundheit schützen sollen, auf die Beseitigung von Schmerzen und Schäden abzielen und die Funktionsfähigkeit der Zähne – einschließlich des guten Aussehens – erhalten sollen. In der Regel suchen Patienten den Zahnarzt nicht nur bei Beschwerden auf, sondern lassen ihren Gesundheitszustand ein- bis zweimal pro Jahr freiwillig überprüfen. Gleichzeitig empfinden sie diese Zahnarztbesuche aber als bestenfalls harmlos, häufig unangenehm und manchmal auch deutlich belastend. Die angestrebte Gesundheit und das orale Wohlbefinden lassen sich nach dem Empfinden vieler Patienten nur mit dem Ertragen unangenehmer Prozeduren erkaufen. Folgende Charakteristika zahnärztlicher Tätigkeit tragen dazu bei, der Situation mit Vorsicht und Anspannung zu begegnen:

- Alle Eingriffe geschehen im Mund, einer sensorisch und psychologisch empfindlichen Körperregion.
- Zahnärzte benötigen für ihre Arbeit Instrumente, die als hart, kalt, spitz, laut und deutlich körperfremd erlebt werden.
- Die Behandlungsposition des Patienten bringt es mit sich, dass sich dieser in einer abhängigen, motorisch und verbal eingeschränkten und hilflos erscheinenden Lage befindet, auf die er selbst wenig Einfluss nehmen kann. Dadurch werden die Handelnden, Zahnarzt und zahnärztliches Personal, besonders bedeutsam.
- Zahlreiche Maßnahmen, auch solche, die der Vorsorge dienen, können Schmerzen oder unangenehme Gefühle verursachen. Nach der

Behandlung bleiben zumindest vorübergehend fremde Sensationen im Mund zurück, deren Abklingen man abwarten muss oder die einen Adaptationsprozess verlangen.

Während Behandlungsposition, Verwendung von Instrumenten und Arbeit im Mund universelle Kennzeichen der Situation darstellen, sind die speziellen Maßnahmen, das Erleben von Schmerzen und die persönliche Behandlungsweise des Zahnarztes variierende Merkmale. Man kann nachvollziehen, warum kaum jemand einen Zahnarztbesuch anregend und lustig findet (vgl. allgemeine Charakteristika), aber ängstliche Reaktionen scheinen nur durch spezielle Ereignisse bei einer Behandlung erklärbar: Wenn jemandem Schmerzen zugefügt werden, wird sich seine Vorsicht zu Ängstlichkeit steigern, und wenn der Zahnarzt unfreundlich ist, wird er den nächsten Besuch hinausschieben. Interessanterweise empfinden aber nicht alle Personen bestimmte Maßnahmen (z.B. Extraktionen) schlimmer als andere (z.B. Abdrücke) oder wortkarge Zahnärzte angenehmer als redselige. Für die großen Unterschiede zwischen Patienten sind also nicht nur die Bedingungen verantwortlich, unter denen die zahnärztliche Arbeit stattfindet, sondern auch individuelle Besonderheiten, die das beim Zahnarzt Erlebte je anders interpretieren lassen.

Aus Sicht der Patienten gehört der Zahnarztbesuch zu Situationen, vor denen vergleichsweise häufig Ängste bestehen. Dies geben 21% der Erwachsenen an, während vor dem Fliegen „nur“ 9% Angst haben. Nur die Situation „öffentliches Sprechen“ ängstigt noch mehr Personen als der Zahnarzt, nämlich 27% (Malamed, 1993). Wenn Erwachsene die Intensität ihrer Angstgefühle vor der Zahnbehandlung angeben sollen, so lassen sich in den meisten untersuchten Stichproben (z.B. in West- und Nordeuropa, in USA und Kanada, in Australien), etwa folgende Häufigkeiten finden: ca. 50% geben milde Angstsymptome an, ca. 20% haben starke Angstgefühle und etwa 5-6% leiden unter so intensiver Furcht, dass sie die Zahnbehandlung vermeiden, so lange es irgendwie möglich ist. Diese Angaben sind zunächst subjektiv und deuten an, dass bis zu 75% der erwachsenen Bevölkerung die Situation beim Zahnarzt mit Angstgefühlen assoziiert.

1. Fazit: Angesichts der objektiv bestehenden, oben geschilderten Belastungsaspekte in der Behandlungssituation und der weiten Verbreitung ängstlicher Gefühle vor dieser Situation könnte man behaupten, dass Zahnbehandlungsangst eher eine „natürliche“ (im Sinne von verständliche und häufige) Reaktion darstellt.

2. Definition und Abgrenzung von Zahnbehandlungsangst

Die Vielfalt ängstlicher oder angsteinflößender Reaktionen, die ein Zahnarzt während seiner Arbeit beobachten kann, widerspricht der Annahme, dass diese Gefühle in jedem Fall verständlich sind. Es gibt Patienten, die vor lauter ängstlichen Nachfragen kaum Gelegenheit lassen, zunächst gründlich zu sondieren. Manche lehnen bestimmte Maßnahmen von vornherein ab (z.B. Anästhesie). Kinder können sich so intensiv wehren und weinen und schreien, dass eine Behandlung unmöglich ist. Anderen Patienten steht der kalte Schweiß auf der Stirn, obwohl sie ruhig erscheinen und alles über sich ergehen lassen, und wieder andere sprechen ganz offen davon, dass sie es einfach nicht aushalten können, wenn gebohrt werden muss oder dass sie in Panik geraten, wenn sie einen Abdrucklöffel nur sehen. Ist dies alles die gleiche Zahnbehandlungsangst?

Ängste und Phobien von ganz unterschiedlicher Art haben grundlegende Aspekte gemeinsam, die auch für die Angst beim Zahnarzt zutreffen. Dies ist zum einen die immer wieder feststellbare Manifestation von Angstgefühlen auf unterschiedlichen Ebenen menschlichen Erlebens und Verhaltens. Angst macht sich nicht nur in subjektiven Gefühlen bemerkbar (Hilflosigkeit, Ohnmacht, Enge, Bedrohung, Gefahr), sondern auch in eingeschränkten gedanklichen Vorgängen (Körpergefühle werden übertrieben wahrgenommen, die Umwelt reduziert sich auf die Angstsituation). Angst geht mit physiologischen Reaktionen einher (Zittern, Schweißausbruch, Hitze- oder Kältegefühl, Übelkeit, Kurzatmigkeit) und kann im Verhalten abgelesen werden (Viel/gar nicht reden, hektische Bewegungen, Abwehr, Augen schließen, Anklammern, Mimik). Neben diesen unterschiedlichen Indikatoren von Angst, die für alle Formen von Ängsten zutreffen, richtet sich die Angst

auf ein Thema, das oft mit dem Auslöser der Angstgefühle verbunden ist und eine Bedrohung enthält (Trennungsangst, Schulangst, Versagensangst, Angst vor Spinnen oder Schlangen, Höhenangst, Zahnbehandlungsangst). Folgende Definition von Zahnbehandlungsangst berücksichtigt all diese Aspekte:

Zahnbehandlungsangst ist ein intensives, unangenehmes Gefühl, das alle Gedanken und Handlungen auf eine vermeintliche oder tatsächliche Bedrohung im Zusammenhang mit Zahnarzt oder zahnärztlichem Personal, Behandlungsablauf oder Behandlungsumständen richtet und Abwehr- und Alarmreaktionen im Körper wachruft.

In diesem Sinne stellen die von vielen Patienten berichteten Gefühle der Besorgnis vor einem Zahnarztbesuch keine Zahnbehandlungsangst dar. Man könnte sie eher als eine erhöhte Wachsamkeit verstehen, die mögliche Gefahren für den Organismus frühzeitig entdecken und deren Abwendung ermöglichen soll. Patienten mit dieser Besorgnis, also allenfalls geringer Angst, sind in der Regel gut ansprechbar und können nach angemessener Aufklärung und durch umsichtige Behandlung ohne nennenswerte Probleme versorgt werden.

Zahnbehandlungsangst im eigentlichen Sinn ist durch die hohe Intensität der erlebten negativen Gefühle geprägt und geht mit einer gewissen Abkopplung von der Realität einher. Die Betroffenen sind schwer davon zu überzeugen, dass eine Maßnahme nicht die erwarteten Schmerzen oder unaushaltbare Würgegefühle nach sich zieht oder gar eine Ohnmacht zur Folge haben wird. Bei Kindern ist es mitunter unmöglich, sie verbal überhaupt zu erreichen, solange sie auf dem Behandlungsstuhl sitzen. Besonders schwierig erscheinen die Patienten, wenn intensive Angst besteht, ohne dass dafür ein Anlass erkennbar ist – also „nur“ ein Abdruck genommen werden soll oder das „Bohren“ nach einer Anästhesie nicht schmerzhaft sein kann. Tatsächlich sind genau diese Aspekte des mangelnden Realitätsbezugs und der Unverhältnismäßigkeit der Angstintensität wichtige Kriterien für eine Abgrenzung „natürlicher“ Angstreaktionen von solchen, die Krankheitswert besitzen und unter Umständen als klinische Störung bezeichnet werden können. Dies zeigt

die Betrachtung der Diagnosekriterien für eine spezifische Phobie (nach ICD-10, F 40.2):

- A: Deutliche Furcht vor oder Vermeidung eines bestimmten Objekts oder einer bestimmten Situation (hier: Zahnbehandlung)
- B: Mindestens zwei Angstsymptome (aus den Bereichen physiologische, emotionale, kognitive Reaktionen)
- C: Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten und Einsicht, dass diese übertrieben oder unvernünftig sind
- D: Die Symptome beschränken sich auf die gefürchtete Situation oder auf Gedanken daran (hier: Zahnbehandlung)

Insbesondere dann, wenn tatsächlich ein Besuch beim Zahnarzt aufgeschoben oder jahrelang aus Angst vermieden wird, kann berechtigt das Vorliegen einer Zahnbehandlungsphobie angenommen werden. Notwendig für die Diagnose einer psychischen Störung ist zusätzlich ein vom Patienten selbst berichteter Leidensdruck, der meist aus der deutlichen Einschränkung folgt, die die Betroffenen im Alltag durch ihre Beschwerden (hier: die Angstgefühle) erleben. Für isolierte, spezifische Phobien kann dies so lange ausbleiben, wie die gefürchtete Situation ohne Nachteile vermieden werden kann. Im Falle einer Zahnbehandlungsphobie wird die Störung dann erst bei einer durch Zahnschäden notwendig gewordenen Behandlung offensichtlich.

2. Fazit: Angstreaktionen beim Zahnarzt können ein so starkes Ausmaß annehmen, dass sie den Kriterien einer psychischen Störung entsprechen.

3. Ziele und Methoden der Diagnosestellung

Wenn Angstreaktionen von Patienten bei der Zahnbehandlung richtig eingeschätzt werden, sind daran anschließende Interventionen gezielt und effektiv planbar. Diagnostische Überlegungen sollten daher folgende Informationen sammeln:

- welche Intensität weisen die gezeigten Angstreaktionen auf (Ausprägung/Schweregrad der Angst)?
- welche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung lösen die Angstreaktionen aus (Objekte/Instrumente,

Umstände/Maßnahmen, gesamte Situation/Behandler)?

- welche Angstsymptome werden gezeigt, was sind die spezifischen Beschwerden des Patienten (welche internen Prozesse, Gedanken und Gefühle liegen vor)?

Solche Informationen können in Gesprächen gewonnen werden. Ökonomisch und für den Patienten manchmal leichter zu beantworten sind spezifische Fragebögen und Skalen, die zu diesen Themen entwickelt wurden. Sie bieten außerdem den Vorteil, dass die Angaben des Patienten auf Vergleichsdaten bezogen werden können und so eine relativ objektive Einstufung der Angstaussprägung möglich ist. Es existieren Verfahren zur Erfassung der globalen Angstintensität und des Schweregrads der Symptome, Skalen zur Ermittlung spezieller Angstauslöser und solche zur Einschätzung interner Prozesse (wahrgenommene Kontrolle, negative Gedanken und Vorstellungen). Übersichten und Beispiele finden sich u.a. bei Margraf-Stiksrud (1996), Bach & Margraf-Stiksrud (2002), Hoyer & Margraf (2003).

Mit diesen Informationen kann zunächst entschieden werden, ob der Verdacht auf das Vorliegen einer so ausgeprägten Angst besteht, dass man von Zahnbehandlungsangst und/oder Zahnbehandlungsphobie ausgehen muss. In diesen Fällen sind „einfache“ Interventionen, die z.B. eine bessere Aufklärung oder eine besonders freundliche oder verständnisvolle Arbeitshaltung einschließen, nicht ausreichend. Zur Interventionsplanung sind weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich, wie z.B. die sorgfältige differentialdiagnostische Überprüfung, inwiefern es sich bei der berichteten Angst tatsächlich um eine spezifische Phobie handelt oder ob komplizierende Faktoren hinzukommen, bspw. eine generalisierte Angststörung, eine Panikstörung oder eine andere psychische Erkrankung, bei denen die Angstsymptome in der Behandlung nur einige unter vielen anderen Beschwerden darstellen. Nach den Untersuchungen von Milgrom et al. (1985), die ein entsprechendes Klassifikationssystem entwickelt haben („Seattle System“), dürfte jedoch der Anteil der Angstpatienten mit solchen Komorbiditäten eher gering sein. Zur angemessenen Behandlung dieser

Patienten sind weitreichende klinisch-psychologische bzw. psychiatrische Kenntnisse notwendig, die eine Zusammenarbeit des Zahnarztes mit entsprechenden Fachkollegen empfehlenswert erscheinen lassen. Bei Patienten, die eine starke Zahnbehandlungsangst oder eine Zahnbehandlungsphobie aufweisen, kann der Zahnarzt selbst eine effektive Intervention durchführen, sofern er diesbezügliche Kenntnisse und Erfahrungen besitzt.

4. Intervention bei Zahnbehandlungsangst

Interventionen bei den oben erwähnten ca. 20% Patienten mit deutlich ausgeprägter Behandlungsangst sollten auf folgenden Grundlagen aufbauen, die empirisch gut belegt sind:

- 1.) Nicht die Tatsache, dass der Patient Angst empfindet, ist unangemessen, sondern die Intensität der erlebten Angst
- 2) Unangemessen starke Angstgefühle können vor bestimmten Teilaspekten der Behandlung oder der Situation insgesamt bestehen, sind aber immer gelernte Reaktionen im Zusammenhang mit früheren Erfahrungen
- 3) Angstpatienten haben in der Regel traumatische Erfahrungen mit der Zahnbehandlung in dem Sinne gemacht, dass eine Maßnahme oder Behandlung als stark und unabwendbar schädigend empfunden wurde – ohne dass dies objektiv so gewesen sein muss.
- 4) Die intensiven Angstgefühle zeigen an, dass der Patient sich nicht in der Lage sieht, während der Behandlung oder bei bestimmten Eingriffen zu kooperieren, obwohl er dies möchte. Es fehlen ihm dafür Bewältigungsmöglichkeiten.

Die Intervention sollte daher geeignete Bewältigungstechniken vermitteln. Wenn dies gelingt, kann der Patient erfahren, dass er die als traumatisch erlebte Situation aushalten kann und „verlernt“ nach wiederholter Festigung dieser Erfahrung die (übertriebene) Angst. Welche Bewältigungstechnik für welche Patienten geeignet ist, muss im Einzelfall genau analysiert werden. Die Wahl der Intervention hängt hauptsächlich, wenn auch nicht ausschließlich vom Alter des Patienten, von der Intensität der erlebten Angst und von der Art der zentralen Angstsymptome ab. Altersab-

hängige Bewältigungshilfen für Kinder sind bspw. bei Margraf-Stiksrud (2003) angegeben.

Im Spektrum „natürliche Angstreaktion – Zahnbehandlungsphobie“ kann nach folgenden Stufen interveniert werden:

- Bei Besorgnis/Anspannung: Aufklärung und Information, Entspannungsübungen
- Bei geringer Angst und Beschränkung auf einzelne Maßnahmen: Ablenkungstechniken, Pausen, schrittweise Behandlung
- Bei stärkerer Angst: Systematische Desensibilisierung oder Tiefenentspannung, Training von kognitiven Techniken (Imagination, Selbstinstruktion)
- Bei Zahnbehandlungsphobie: Mehrschrittige Programme, z.B. Reizkonfrontationstherapie oder Stress- und Angstimpfungstraining (nur nach differentialdiagnostischer Abklärung).

3. Fazit: Die Vermittlung geeigneter Bewältigungsstrategien kann in den meisten Fällen Zahnbehandlungsangst reduzieren, da die Patienten belastende Behandlungsmaßnahmen neu erleben und interpretieren.

Dr. Jutta Margraf-Stiksrud
Philipps-Universität Marburg
Fachbereich Psychologie

- Literatur bei der Redaktion -

Deutsches Grünes Kreuz e.V. gründet Sektion Zahngesundheit

Während der 18. Jahrestagung der DGZ in Wuppertal fand die Gründungssitzung der Sektion Zahngesundheit des Deutschen Grünen Kreuzes e. V. (DGK) statt.

Anregung zu eigenverantwortlicher lebenslanger Oralprophylaxe, Bündelung und Kommunikation aktuellen Wissens über Zahn- und Mundgesundheit – mit diesen Zielvorgaben formierte sich die Sektion Zahngesundheit im Deutschen Grünen Kreuz e. V. neu.

Die Zahnheilkunde hat in den vergangenen 20 Jahren eine grundlegend präventive Ausrichtung erfahren. Für jedes Lebensalter existieren spezifische Prophylaxeangebote, die helfen, die Zahngesundheit ein Leben lang zu unterstützen und zu erhalten. Aufklärung und Motivation zu optimaler Mundhygiene und zahngesundem Ernährungsverhalten spielen dabei eine wesentliche Rolle.

Die derzeit 20 Sektionen des DGK werden thematisch und fachlich von ihren jeweiligen wissenschaftlichen Beiräten beraten und unterstützt.

Für Aktualität und Zuverlässigkeit der Kommunikation rund um die Zahn- und Mundgesundheit steht ab sofort der wissenschaftliche Beirat der Sektion Zahngesundheit: Professor Dr. Thomas Attin, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Göttingen, Professor Dr. Joachim Klimek (Sprecher), Medizinisches Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Universität Gießen, Professor Dr. Norbert Krämer, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Universität Erlangen, Dr. Lutz Laurisch, Prophylaxepraxis Korschenbroich, Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer Berlin.

Gleichzeitig entsteht unter www.rundum-zahngesund.de eine Informationsplattform für Fachkreise und den interessierten Laien.

Deutsches Grünes Kreuz e. V.
Im Kilian, Schuhmarkt 4
35037 Marburg
www.dgk.de

Emnid-Umfrage zum Prophylaxe- und Mundpflegeverhalten der Deutschen vorgestellt

Zum Auftakt des Monats der Mundgesundheit wurden am 31. August 2004 in Berlin Ergebnisse einer von Colgate und der Bundeszahnärztekammer beauftragten repräsentativen Emnid-Umfrage vorgestellt. Um herauszufinden „wie Deutschland vorbeugt“ standen im Juli 2004 insgesamt 1.065 Menschen zwischen 20 und 65 Jahren zu ihrem Vorbeuge- und Mundpflegeverhalten, ihrem Verhältnis zum Zahnarzt und ihrer Einschätzung der künftigen zahnmedizinischen Versorgung Rede und Antwort.

Gesundheitsvorsorge, so bestätigt die Umfrage eindeutig, steht in Deutschland hoch im Kurs, wenn es ums Wohlfühlen und um Lebensqualität geht. Gesunde und gepflegte Zähne sind aufs Engste mit dem persönlichen Wohlergehen verbunden. Aber das Vorbeugepotenzial sei noch lange nicht ausgeschöpft, so Hans Brouwer, General Manager Colgate-Palmolive. Die tatsächlichen Verbrauchszahlen von Zahnpasta und Zahnseide in Deutschland machen klar deutlich, dass zwischen dem Bewusstsein für Prophylaxe und Mundgesundheit und der aktiven Umsetzung eine erhebliche Diskrepanz liegt. Hier gilt es, für die Zukunft anzusetzen.

Die Umfrageergebnisse im Einzelnen: Frauen sind in der Zahnpflege vorn. 95 Prozent aller befragten Frauen reinigen ihre Zähne zweimal täglich oder öfter. Männer tun dies nur zu 78 Prozent. Frauen gehen gründlicher bei der Zahnpflege vor: Drei von zehn Frauen reinigen länger als fünf Minuten – nur zwei von zehn Männern investieren so viel Zeit für ihre Zahnpflege.

Ost schlägt West in der Oralprophylaxe. 70 Prozent der Befragten aus den ostdeutschen Bundesländern gehen zweimal oder öfter pro Jahr zur Kontrolluntersuchung zum Zahnarzt, in den westlichen Bundesländern sind es 57 Prozent. Ostdeutsche schränken zu 24 Prozent ihren Zuckerkonsum für die Gesunderhaltung der Zähne stark ein. Westdeutsche sind nur zu 19 Prozent dazu bereit.

Die für die Mundgesundheit so wichtige Reinigung der Zahnzwischenräume wird in Deutschland weiterhin stiefmütterlich behandelt! 51 Prozent der Befragten gaben an, dies höchstens gelegentlich oder gar nicht zu tun. Zahnzwischenraumbürsten, Zahnseide und Co. müssen die deutschen Badezimmer erst noch erobern, die richtige Anwendung noch gelehrt und gelernt werden.

61 Prozent haben „keine Angst vorm Zahnarzt“. 30 Prozent beschleicht immer noch ein „ungutes Gefühl“ und immerhin 15 Prozent der Befragten gaben zu: „Ich habe Angst“. Bei zwei Prozent der Befragten war diese Angst so groß, dass sie jeden Zahnarztbesuch meiden – und somit ihre Gesundheit sträflich vernachlässigen.

Patienten, so zeigte die Umfrage, erwarten und fordern von ihren Zahnärzten umfassende Beratungs- und Prophylaxeleistungen – gerade durch die steigenden Eigenkostenanteile in der zahnmedizinischen Versorgung. 38 Prozent der Befragten sind bereit, künftig mehr in ihre Zahngesundheit zu investieren.

Deutsches Grünes Kreuz e. V.
Sektion Zahngesundheit
Im Kilian, Schuhmarkt 4
35037 Marburg

Quelle: Gillette
Deutschland
Geschäftsbereich
Braun Oral-B
Frankfurter Str.145,
61476 Kronberg im
Taunus

2. Oral-B Symposium „Orale Prophylaxe – ein ganzheitlicher Ansatz“

Eine neue Sicht auf die Dinge forderte auf dem 2. Oral-B Symposium am 15. Mai 2004 im Sheraton Frankfurt Airport Prof. Dr. Martin Addy von der University of Bristol. „Raten Sie Ihren Patienten, sich vor dem Essen oder Trinken die Zähne zu putzen, nicht danach, denn dies senkt das Risiko abrasiver Wirkungen“, rief er zum Paradigmenwechsel auf. Vorangegangen waren seine Ausführungen zum Thema „Zähneputzen: Risiko oder Nutzen?“. Studienergebnisse wiesen daraufhin, so Addy, dass bei normalem Putzen mit Zahnpasta kaum eine Gefahr von Abrieb – also mechanischer Schädigung des Gewebes – besteht. Erst wenn Erosion hinzutrete, wenn also z.B. die Zahnoberfläche durch Säureeinwirkung präkonditioniert ist, könne durch Zähneputzen ein Verlust von Zahnhartsubstanz verursacht werden.

Prof. Eickholz stellte in seinem Beitrag „Klinische Risikofaktoren und deren Steuerung“ die Frage, warum sich „nur“ bei 10 bis 15 Prozent der europäischen Bevölkerung mit Symptomen einer Gingivitis – und diese weisen immerhin insgesamt rund 80 Prozent der Bevölkerung auf – auch eine destruktive Parodontitis entwickle. Die Pathogenese dieser Erkrankung stelle ein Spannungsfeld zwischen mikrobiologischer Exposition und immunologischer bzw. entzündlicher Disposition dar, in dem zahlreiche Faktoren eine Rolle spielen. Systemische angeborene Faktoren spielen eine Rolle: Aggressive Parodontitiden treten familiär gehäuft auf. Externe Einflüsse wie Zigarettenrauchen bzw. psychischer Stress können das Fortschreiten der Parodontitis beschleunigen, und anatomische Faktoren wie Furchen, Furkationen und Zahnstellung bzw. residuale Taschen können die Progression begünstigen. Auch Prof. Eickholz gab im Laufe seines Vortrags praktische Tipps für die Praxis weiter. Dazu gehörten u.a. die regelmäßige Erhebung des Parodontalen Screening Index (PSI) ab dem 10. Lebensjahr, um Parodontitis frühzeitig erkennen zu können.

Tag der Zahngesundheit 2004

Bei der zentralen Pressekonferenz aus Anlass des diesjährigen Tages der Zahngesundheit am 22. September 2004 in Hamburg nannte der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Oesterreich, erschreckende Zahlen zu ernährungsbedingten Schäden an den Zähnen: Aktuelle Schätzungen der zahnmedizinischen Wissenschaft zufolge erleiden in Deutschland etwa 5-15% aller Kinder eines Geburtsjahrganges zwischen dem ersten und dem fünften Lebensjahr eine Schädigung des Milchzahngebisses in Form des Nursing-Bottle-Syndroms, in niedrigen sozioökonomischen Schichten sogar bis zu 35% der Kinder. Ursache ist vor allem der falsche Umgang der Eltern mit Trinkgefäßen, Trinkgewohnheiten und Getränken ihrer Kinder. Aber auch bei Erwachsenen gibt es einen hohen Prozentsatz an ernährungsbedingten Zahnschäden – so weist jeder Zehnte in der Gruppe der 35-44-Jährigen Erwachsenen Erosionen der Zahnhartsubstanz auf.

Der Aktionskreis TAG DER ZAHNGESUNDHEIT, dem 30 führende Organisationen und Verbände aus dem Gesundheitsbereich angehören, hatte deshalb das Motto des Jahres 2004 einem oft verkannten Thema gewidmet: den Auswirkungen von Getränken auf die Zahngesundheit. Mit dem aktuellen Motto „Gesund beginnt im Mund – vom ersten Schluck an“ wollten die Zahnärzte und ihre Partner im Aktionskreis vor allem Eltern ansprechen, sich so früh wie möglich mit den Zusammenhängen von Ernährung und Zahngesundheit auseinander zu setzen und besonders dem Aspekt Trinken mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Da den Kindern eine Fehlernährung über ihre Eltern antrainiert würde, müssten vor allem die Eltern und Erzieher frühzeitig für ernährungsbedingte Zusammenhänge sensibilisiert und die Kinder so früh wie möglich in der Praxis des Hauszahnarztes vorgestellt werden. Verhaltensänderungen seien nicht leicht zu etablieren. Schwer dafür zu erwärmen seien auch Jugendliche, bei denen nicht durch Karies bedingte Zahnschäden auf oft exzessives Trinken sogenannter Softgetränke wie Eistee, Cola,

Limonaden, Vitamingetränke o.ä., zurückgehen - mit hohem Zucker- und oft auch sehr großem Säureanteil. Dr. Oesterreich: „Auch diese Getränke werden dauergenuckelt. Nicht aus Nuckelflaschen, sondern aus den uns allen bekannten Rennfahrerflaschen.“

Mit einem beeindruckenden Vortrag von der Zahnschmelzentwicklung bis zur exzessiven Flaschen-Nuckelei sogar erwachsener Mitmenschen machte der Gießener Prof. Dr. Willi-Eckhard Wetzel deutlich, was sich mit der Einführung der Plastiksaugerflasche in den 80er Jahren in Deutschland geändert hat – eine Wende zum Schlechten für die Zahngesundheit: „Man muss sich nur die Werbung und Fernsehberichte ansehen: Wir sind eine Nation albern nuckelnder Spitzensportler geworden – und was sie uns vorleben, machen leider viele Eltern nach.“ Was ursprünglich für Babys gedacht war, Flaschen mit einem Sauger, werde heute für rund dreijährige Kinder, für Schulkinde und für Erwachsene angeboten. Mit eindrucksvollen Bildern zeigte er identisch aussehende Zahnschäden von Kleinkindern und Erwachsenen durch erosiv wirkende Getränke in Nuckelflaschen. Kinderflaschen mit Schnabel statt Sauger seien aus zahnmedizinischer Sicht keineswegs ein Fortschritt – auch hier seien die Zähne dem gezielten Strom der oft süßen oder sauren Getränke schutzlos ausgeliefert.

Vielen Eltern sei gar nicht bewusst, dass auch Saft im Fläschchen Zahnschäden auslösen kann: „Werden anstelle von Muttermilch oder volladaptierter Muttermilchersatznahrung häufig überzuckerte und/oder stark fruchtsäurehaltige Getränke verabreicht, so können diese über die psychische Bahnung tatsächlich zu einer Favorisierung dieser Geschmacksrichtungen beim Kleinkind führen, geschmacks- und ph-neutralere Getränke werden dann abgelehnt.“

Bei Kindern zwischen etwa ein und vier Jahren werde der schädigende Einfluss solcher Getränke enorm verstärkt, wenn vorrangig Nuckelgefäße wie Saugerflaschen, Schnabeltassen oder Ventil-Sportflaschen benutzt werden: „Beim Saugvorgang wird die Wangenmuskulatur eingezogen, der Mund geöffnet und die Zunge gegen den Unterkiefer vorgeschoben, so dass der Speichel seine sonst übliche neutralisierende Wirkung an den Zähnen

im Oberkiefer gar nicht ausüben kann.“

Die Krankenkassen, das machte Bernd Wiethardt für die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen deutlich, verfolgten mit Sorge den weit verbreiteten Gebrauch der Nuckelflasche und die damit verbundene Zunahme der Milchzahnkaries. Sie versuchten, mit entsprechenden Info-Schriften, Aufklärungsbroschüren und gemeinsamen Maßnahmen mit Ärzten und Zahnärzten, dem entgegenzuwirken. Wiethardt verwies auf das ständig steigende finanzielle Engagement der Krankenkassen für die zahngesundheitliche Prävention im Kleinkind- und Jugendalter. Allein im Jahre 2003 hätten die Krankenkassen hierfür rund eine halbe Milliarde Euro ausgegeben. Er forderte eine bessere Zusammenarbeit aller Leistungserbringer (Gynäkologen, Kinderärzte und Zahnärzte) auf diesem Gebiet.

Für die Journalisten hatte er eine Plastikflasche mit angedeutetem Orangensaft und Nuckel mitgebracht: Mit dem Aufruf „Stoppt die Nuckelflasche!“ wurde sie zum Ende der Pressekonferenz mit kräftigem Einsatz zerstört.

Aktionskreis
Tag der Zahngesundheit

Neu: Wrigley's EXTRA Professional Herbal Mint



Seit September 2004 ist dieser neue Zahnpflegekaugummi auf dem Markt. Die neue Formel mit Mikrogranulaten, Xylit und Kräuterextrakten bietet doppelten Schutz: Sie sorgt nicht nur für spürbar saubere Zähne, sondern hilft auch das Zahnfleisch gesund zu erhalten. Wie in einer klinischen Studie gezeigt wurde, nahm durch regelmäßiges Kaugummikauen die Blutungsneigung der Gingiva innerhalb von drei Wochen signifikant gegenüber der Vergleichsgruppe ohne Kaugummikauen ab.

Die zweifache Wirkung des neuen Zahnpflegekaugummis basiert auf der innovativen Formulierung mit Mikrogranulaten in Verbindung mit bewährten Kräuterextrakten. Kamille, als entzündungshemmend bekannt, Salbei als klassisches Mittel gegen Entzündungen des Rachens, der Mundhöhle und des Zahnfleisches sowie Myrrhe werden traditionell als Heilkräuter angewandt. Die Mikrogranulate in Wrigley's EXTRA Professional Herbal Mint bestehen aus Hexamethaphosphat. Studien konnten zeigen, dass dieser Inhaltsstoff den Reinigungseffekt unterstützt, indem er an die Zahnoberfläche adhärert. Dadurch erfolgt eine Inhibition von Plaque und verfärbenden Zahnbelägen. Vorhandene Beläge werden reduziert und es kommt zur Prävention der Zahnsteinbildung.

Quelle
Wrigley Oral Healthcare Programs

Neuausschreibung: Wrigley Prophylaxe Preis 2005

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) wird der Wrigley Prophylaxe Preis auch für das Jahr 2005 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.

Die Bewertung erfolgt durch eine unabhängige Jury, der neben mehreren Ordinarien und international renommierten Wissenschaftlern auch der amtierende Präsident der DGZ sowie ein Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung angehören. Der Preis wurde erstmals 1993 auf dem Weltgesundheitstag in Berlin verliehen und genießt seitdem hohes Ansehen bei Zahnmedizinern in Wissenschaft, Praxis und öffentlichem Gesundheitswesen. In den vergangenen Jahren konnte die Jury immer wieder innerhalb einer ausgewogenen Mischung von interessanten Arbeiten aus der Prophylaxeforschung, der Gruppenprophylaxe sowie Praxismodellen zur Umsetzung der Prophylaxe auswählen.

Gestiftet wird der Preis von Wrigley Oral Healthcare Programs, dem wissenschaftlichen Informations- und Forschungsprogramm von Wrigley, das inzwischen europaweit in 36 Ländern etabliert ist. Ziel des Programms ist es, einen Beitrag für den Erhalt und die Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung zu leisten.

Einsendeschluss der laufenden Ausschreibung ist der 01. März 2005. Die vollständigen Teilnahmebedingungen sind im Internet abrufbar unter: www.wrigley-dental.de oder können angefordert werden bei:

Agentur kommed, Dr. Bethcke,
Ainmillerstrasse 34, 80801 München,
Fax: 089/33 03 64 03.

Elterntipps zur Kariesvorbeugung bei Kindern



Neue Broschüre gibt Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Zahngesundheit

Infolge gezielter Vorbeugungsmaßnahmen wachsen heute viele Kinder mit größtenteils gesunden Zähnen auf. Dennoch tritt die Karies bei etwa 20 Prozent der Kinder immer noch sehr häufig auf. Vermehrt warnen Zahnärzte aber auch vor besonderen Gefahren, durch die die Zähne von Kindern an Karies erkranken können. Das sind vor allem Nuckelflaschen mit gesüßten Getränken, die Säuglingen und Kleinkindern mit ins Bett gelegt werden. Karies bereits bei den Milchzähnen ist dadurch so gut wie vorprogrammiert. Später sind es dann häufig Süßigkeiten, die vermehrt und unkontrolliert über den Tag verteilt gegessen werden. Auch zuckerhaltige und von Kindern besonders bevorzugte Speisen und Getränke wie Tomatenketchup, Limo oder Cola können den Zähnen auf Grund des hohen Zuckeranteils sehr zusetzen.

Was kann man also tun, um die Zähne von Kindern vom Durchbruch des ersten Milchzahnes an gesund zu erhalten? Antworten auf viele Fragen, die in diesem Zusammenhang zur zahngesunden Ernährung und zur Zahnpflege immer wieder gestellt werden, gibt jetzt eine neue Broschüre der Informationsstelle für Kariesprophylaxe. Sie informiert ferner über die Karies vorbeugende Wirkung von Fluoriden, über den Nutzen von fluoridiertem Speisesalz und was es mit diesem Salz sonst noch auf sich hat. Außerdem gibt sie wertvolle Tipps zur regelmäßigen Kontrolle, Vorsorge und Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

Die Broschüre „Elternbrief - Fragen und Antworten zur Kariesvorbeugung“ kann gegen Einsendung eines mit 0,56 Euro frankierten Freiumschlages (DIN lang oder DIN A 6) angefordert werden bei der Informationsstelle für Kariesprophylaxe, Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau.

20 Jahre Arbeitskreis Zahngesundheit im Landkreis Northeim

Am 3. September diesen Jahres gab es im Landkreis Northeim Grund zum Feiern. Hier wurde bereits vor 20 Jahren die Wichtigkeit der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe erkannt und im Mai 1984 unter der Leitung der hauptamtlichen Jugendzahnärztin, Frau Glubrecht, der Arbeitskreis Zahngesundheit gegründet. Mit einer Grundsatzklärung verständigten sich damals die Beteiligten, d.h. die Krankenkassen, der Landkreis, die Zahnärzteschaft, Elternvertreter und die Träger von Kindertagesstätten und Schulen, auf die gemeinsame Koordination der flächendeckenden Jugendzahnpflege.

„Gerade in der modernen heutigen Zeit ist ein Umdenken im Gesundheitswesen dringender denn je,“ führte Herr Dr. Heuer, Erster Kreisrat Northeim, bei der Jubiläumsveranstaltung aus. „Nicht nur die knapper werdenden Mittel für kurative Maßnahmen, sondern auch die Patienten-Vollversorgung haben dazu geführt, dass der Patient anscheinend sein eigenes Gesundheitsbewusstsein verloren und den behandelnden Ärzten die Sorge um sein leibliches Wohl vollständig übertragen hat. Besonders deutlich wird diese Einstellung auf dem Gebiet der Zahnmedizin. Jeder Bürger erhält von seinen Mitmenschen größtmögliches Beileid und Sympathiebekundungen, wenn er sagt, er müsse nun leider wieder zum Zahnarzt...“ Herr Dr. Heuer kam zu dem Schluss, dass der mitteleuropäische Patient im Zuge der modernen Technik wieder lernen müsste, für sich und seine Zähne Verantwortung zu übernehmen. Insofern sei es nur erklärlich, dass Politiker, Krankenkassen und andere Organisationen zu mehr Prophylaxe aufrufen und gleichzeitig die enormen Heilungskosten auf das Individuum zurückverlagern wollen. Doch die sogenannte „Erziehung über den Geldbeutel“ sei nur ein Mittel der Wahl, welches aber zunächst keine Bewusstseinsänderung hervorrufen, sondern nur dazu führen würde, dass sich arm und reich am Grad der Zahn-sanierung unterscheiden werden. Es

sei also an der Zeit und notwendig, geeignete Prophylaxemaßnahmen für jedermann zu entwickeln, um die neue Generation auf diesen Gesundheitswert vorzubereiten und zu einer Verhaltensmusterstrategie zu führen.

In Northeim wird diese Aufklärung bereits seit 20 Jahren betrieben. Der Leitsatz des Arbeitskreises „Karies, die Krankheit, die ich selbst verhindern kann“ hat bis heute nichts an Aktualität eingebüßt.

Frau Glubrecht, die Vorsitzende des Arbeitskreises, erinnerte in ihrer Festansprache an den ersten Elternbrief, den der Arbeitskreis an die Kindergärten versandt hatte. Darin hieß es: „...57% aller Jugendlichen reinigen die Zähne 2,5 x pro Woche; 15% der Bundesbürger vernachlässigen die Zahnpflege völlig; 10 Millionen der Bundesbürger erwerben in den letzten 3 Jahren keine neue Zahnbürste; 2 % der Bundesbürger sind kariesfrei; 70 % der Kindergartenkinder haben Karies, nur 50% der 15-24Jährigen haben noch alle Zähne...“. Seit diesem Brief hat sich viel getan. In den ersten Sitzungen des Arbeitskreises konnte zwar noch keine Verbesserung der Zahngesundheit vermeldet werden, wie Frau Glubrecht ausführte, aber bei den Untersuchungen wurde festgestellt, dass „die Löcher wirklich besser geputzt worden waren als früher“. Ursache dafür war die tägliche Zahnpflege, die fast alle Kindergärten im Landkreis Northeim durchführten und bis heute noch durchführen. Sogar einige Grundschulen haben die tägliche Zahnpflege in der Schule eingeführt. An dieser Stelle soll eine Zahl genannt werden. Während im Jahr 1984 nur 36% der Kinder in den Kindergärten naturgesunde Gebisse aufwiesen, wurde 2004 im Landkreis Northeim die magische Zahl von 70% erreicht.

Ein besonderes Programm des Arbeitskreises Zahngesundheit im Landkreis Northeim ist die Betreuung der 0- bis 3-jährigen Kinder. Durch die flächendeckende Erfassung der Kleinkinder wurden viele Mütter vor der Gefahr des Flaschenmissbrauchs und der Habits, wie Schnuller- oder Dauernlutschen, gewarnt und die Kinder sind es gewohnt, vom ersten Zahn an zu putzen. Dieses kontinuierlich durchgeführte Konzept hat inzwischen auch die wissenschaftliche Unterstützung erfahren, denn das Phänomen der frühkindlichen Milchzahnkaries lässt



sich nur durch eine zeitig einsetzende Prophylaxe verhindern.

Mit der Einführung des erweiterten §21 SGB V hat der Arbeitskreis in Northeim die vom Gesetzgeber geforderte Risikokinderbetreuung eingeführt. Diese Betreuung findet bei der Bevölkerung immer mehr Anklang und auch hier sind bereits deutliche Verbesserungen eingetreten.

Dass sich das Modell Northeim auch nach 20 Jahren noch bewährt, ist Ausdruck für die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten. So bedankte sich Frau Glubrecht bei den Krankenkassen, die als Geldgeber und Arbeitskreismitglieder ihre Unterstützung leisten, beim Landkreis Northeim, den Erzieherinnen und den Trägern von Kindergärten, den LehrerInnen und Schulträgern, den Eltern und den Northeimer Kindern, den Firmen, die kostengünstig Material zur Verfügung stellen und nicht zuletzt beim gesamten Team der Jugendzahnärztlichen Abteilung.

Zur Festveranstaltung sollten aber auch wieder die Kinder im Vordergrund stehen. Zum Jubiläum wurde ein Malwettbewerb ausgeschrieben mit der Vorgabe, ein neues Poster für den Tag der Zahngesundheit zu entwerfen. Das Echo war groß und die Jury, Vertreter der lokalen Krankenkassen, konnte unter zahlreichen Einsendungen auswählen. Die Preisverleihung war dann der abschließende Höhepunkt der Jubiläumsveranstaltung.

Allen Mitgliedern des Arbeitskreises ist auch zukünftig ein gutes Gelingen des Konzeptes der modernen Jugendzahnpflege in Northeim zu wünschen, nicht zuletzt auch zum Nutzen aller in der Gruppenprophylaxe Tätigen.

Frau Glubrecht ist gern bereit, das „Modell Northeim“ interessierten Arbeitskreisen vorzustellen.

Anfragen richten Sie bitte an

EKGlubrecht@Landkreis-
Northeim.de
Tel. 05551 708 105.

Oral-B Kolibri – für den leichten Einstieg in die Zahnzwischenraumreinigung

Eine Zahnbürste reinigt nur circa 60 Prozent der Oberflächen eines Zahns. 40 Prozent werden nicht erreicht – die Zahnzwischenräume. Oral-B präsentiert jetzt eine Lösung zur schnellen und unkomplizierten Interdentalpflege: den Oral-B Kolibri. Durch einfache und bequeme Handhabung erleichtert er den Einstieg in die Zahnzwischenraumreinigung.

Der batteriebetriebene Kolibri mit auswechselbaren Zahnseiden- und Zahnstocheraufsätzen entfernt dabei effizient Speisereste und Plaque. Sanfte Vibrationen massieren zudem das Zahnfleisch. Klein und handlich sorgt er so auch unterwegs für ein frisches und sauberes Mundgefühl. Erste Konsumententests zeigten bereits eine positive Einschätzung des Oral-B Kolibri. Inklusive Batterie und Aufsätzen ist er ab sofort zur unverbindlichen Preisempfehlung von 7,99 EUR im Handel erhältlich.

Gillette Gruppe
Geschäftsbereich Oral-B
Frankfurter Str. 145
61476 Kronberg/Taunus

„Kita mit Biss“ - eine Aktion zur Förderung der Mundgesundheit in den Kindertagesstätten der Stadt Frankfurt/Oder

Der Zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Frankfurt/Oder hat bereits über mehrere Jahre an Hand der Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung festgestellt, dass die frühkindliche Milchzahnkaries ein Problem darstellt. Im Schuljahr 2002/2003 wurden bei 23,2 % der Kinder im Alter von 3 Jahren behandlungsbedürftige Gebisse und 4,5 % sanierte Gebisse diagnostiziert. Somit hatten bereits 27,7 % der Kinder in dieser Altersgruppe Zähne mit Karieserfahrung. Bei den 6 Jahre alten Kindergartenkindern lag dieser Anteil schon bei 62,5 %, da 40,8 % der Kinder behandlungsbedürftige Gebisse und 21,7 % sanierte Gebisse hatten. Diese Untersuchungsergebnisse verdeutlichten, dass dringender Handlungsbedarf bestand.

Daher wurde vom Zahnärztlichen Dienst die Aktion „Kita mit Biss“, die sich an alle Kindertagesstätten der Stadt Frankfurt/Oder richtet, initiiert. Förderung der Mundgesundheit und Vermeidung der frühkindlichen Milchzahnkaries waren zentrale Punkte dieser Aktion. In Zusammenarbeit mit Eltern und ErzieherInnen sollte ein mundgesundheitsförderndes Umfeld in den Kindertagesstätten entwickelt werden.

Gestartet wurde die Aktion mit einem Impulsreferat auf der Tagung der Leiterinnen der Kindertagesstätten im Dezember 2003, in dem die Handlungsleitlinien zur Vermeidung der frühkindlichen Milchzahnkaries vorgestellt und diskutiert wurden.

Diese Leitlinien beinhalten die Verhältnisprävention, d.h. die Schaffung eines mundgesundheitsfördernden Umfeldes durch die Realisierung des zuckerfreien Vormittages aber auch die Verhaltensprävention. Neben der frühzeitigen Zahnpflege wird hierbei das Abstellen des Dauergebrauchs von Nuckelflaschen und Trinklerngefäßen thematisiert. Weitere Schwerpunkte sind die jährlichen Prophylaxeim-

pulse in den Kindertagesstätten sowie eine intensivierete Elternarbeit.

Um eine gewisse Identifikation mit den Inhalten und Leitlinien der Aktion für die Kindertagesstätten und in der Öffentlichkeit zu erreichen, wurde im März 2004 ein Logo-Wettbewerb gestartet. Etwa 40 Schüler der Sekundarstufe I beteiligten sich an diesem Wettbewerb mit ihren Zeichnungen und Collagen. Die vielfältigen und sehr kreativen Exponate der Schülerinnen und Schüler wurden anschließend in der historischen Halle des Frankfurter Rathauses ausgestellt. Eine Jury ermittelte die besten Entwürfe und am 3. Juni erfolgte die Prämierung durch die Bürgermeisterin, die von der Firma GABA GmbH unterstützt wurde.

Eine Werbeagentur erklärte sich bereit, den Siegerentwurf zu überarbeiten und so bekam die Aktion „Kita mit Biss“ ihr Logo (siehe Abb.).

Die Bürgermeisterin der Stadt wandte sich nun in einem Schreiben an alle Leiterinnen der Kindertagesstätten mit der Bitte, der Aktion beizutreten.

Höhepunkt der Aktion „Kita mit Biss“ war der diesjährige Tag der Zahn- gesundheit, der in Frankfurt/Oder am 22. September stattfand und unter der Thematik „Gesund beginnt im Mund – vom ersten Schluck an!“ stand. Alle 21 Kindertagesstätten, die sich an der Aktion beteiligt haben, wurden zu einem bunten Vormittag mit den Clowns Pipo & Pipolina eingeladen. Zur Unterstützung der Öffentlichkeits- und insbesondere der Elternarbeit der Kindertagesstätten erhielt jede „Kita mit Biss“ auf dieser Veranstaltung für ihren Eingangsbereich ein Plakat mit dem Logo.

Nicht nur dieser Tag war ein voller Erfolg. Die Aktion insgesamt wird gut angenommen, so dass die gemeinsamen Bemühungen um die Zahngesundheit der Kindergartenkinder Früchte tragen werden.



Dr. Petra Haak
Zahnärztlicher Dienst des
Gesundheitsamtes Frankfurt/Oder
Leipziger Str. 52
15232 Frankfurt/Oder

In eigener Sache



Liebe Leser, heute halten sie die neue Ausgabe der Verbandszeitung in den Händen. Es ist das erste Werk in eigener Regie,

nach meiner Wahl zur Redakteurin. Für das mir entgegengebrachte Vertrauen möchte ich mich bei Ihnen bedanken. Es wird nicht leicht sein, an die hervorragende Arbeit von Herrn Hollinger anzuknüpfen. Aber ich habe seine volle Unterstützung, wofür ich sehr dankbar bin.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich mich kurz vorstellen. Nach dem Studium der Zahnmedizin von 1979 bis 1984 in Berlin und Dresden absolvierte ich die verschiedenen Hospitationen im Rahmen der Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kinderstomatologie im Dresdner Umland und in der Kreisstadt Pirna. Seit 1991 arbeite ich im Gesundheitsamt im Landkreis Sächsische Schweiz. Im Jahr 1992 wurde ich Mitglied des Verbandes und 1999 übernahm ich die Landesstellenleitung in Sachsen, die gleichzeitig auch mit einem Vorstandsposten im Landesverband der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD in Sachsen verbunden ist.

Stets habe ich die Vorstandsmitglieder des BZÖG bewundert, mit welchem Engagement, Power und Souveränität sie an die Lösung der Aufgaben gingen. Mit jedem Jahr entwickelten sich neue Probleme, die mit vielen Gesprächen, Sitzungen, Papieren einer Lösung zugeführt wurden. Immer auch war es ein Ehrenamt, eine Ehre, dem Verband vorzustehen aber wohl auch viel Selbstaufopferung, aufgegebene Freizeit, die andere nach einem angefüllten Arbeitstag mit Familie oder Partner, im Haushalt oder Garten, mit Büchern und der Wissenschaft, auf Reisen verbringen. Sollte man da nicht an Wilhelm Busch denken, der meinte: „Willst du froh und glücklich leben, lass kein Ehrenamt dir geben.“? Oder hat Johannes Rau recht, wenn er zu Zeiten seiner Bundespräsidentenzeit zum Jahr der Freiwilligen sagte: „Es gibt ein Bild vom Ehrenamtlichen, als wenn der ganz selbstlos wäre. Vieles ist selbstlos, aber es ist auch Entfaltung des eigenen Lebens, der eigenen Persönlichkeit. Es macht reicher, wenn

Wer findet die Karies?

Die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen wird immer besser. Karies ist in Deutschland auf dem Rückzug, wie Studien immer wieder belegen (z.B. IDZ, DAJ). Mittlerweile haben ca. 60 % der Zwölfjährigen in Hessen (DAJ 2000) gesunde bleibende Zähne. Ein erfreuliches Ergebnis – zeigt es doch, dass Gruppenprophylaxe sowie Individualprophylaxe wirkungsvoll und positive Effekte nachweisbar sind.

Für diese Zielgruppe sind zahnärztliche Untersuchungen in Kindergärten und Schulen als sekundärprophylaktische Maßnahmen sowohl unter bevölkerungsmedizinischen als auch unter individuellen Vorsorgeaspekten wichtig und deshalb im Gesetzesauftrag vorgesehen. Neben der guten Erreichbarkeit dieser Gruppen ist zu bedenken, dass Kinder noch nicht ausreichend eigenverantwortlich handeln können. Ob diese regelmäßig die Zahn-

man etwas für andere tut und nicht nur dem eigenen Broterwerb zugewandt ist.“ Möglicherweise kann dies ein Anstoß für schlummernde Reserven sein, für Mitstreiter, die sich eine Zeit lang aktiver am Verbandsleben beteiligen wollen; etwa weil sie wissen, dass andere bereit sind, nach ihnen den Staffelposten zu übernehmen. So ist es mir ergangen.

Mit großem Interesse habe ich die Verbandszeitungen studiert und versucht, Neues in die eigene Arbeit zu integrieren. Deshalb war und ist es wichtig, wenn neben den Veröffentlichungen der Kongressbeiträge und aktueller Presseinformationen auch die Erfahrungen, Erlebnisse und Meinungen aus den Ländern, von den Verbandsmitgliedern ihren Platz in dieser Zeitung finden. An dieser Stelle bin ich auf Ihre Unterstützung angewiesen. In so vielen Kreisen werden Aktionen durchgeführt, Probleme überwunden, Ideen in die Tat umgesetzt. Alle Verbandsmitglieder könnten davon profitieren. Gern bin ich bereit, bei der redaktionellen Fassung für die Veröffentlichung zu helfen.

Dr. Grit Hantzsche

arztpraxis aufsuchen, liegt somit in der Hand der Eltern.

Zweifelsohne geht eine große Anzahl der Eltern regelmäßig zum Hauszahnarzt, laut einer Emnid-Umfrage sogar 86% der Erwachsenen mindestens 1x jährlich. Ob dies bei Kindern ebenfalls die Regel ist, kann sicherlich nur vermutet werden. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Veröffentlichung der AOK Hessen aus dem Jahr 2003. Danach wird die Früherkennungsuntersuchung FU 1 von gerade einmal von 8%, die FU 2 von nur 6,7% der Anspruchsberechtigten genutzt.

Ähnlich heterogen sind unsere Beobachtungen im Rahmen der Schulgesundheitspflege. So liegt das Spektrum der Behandlungsbedürftigkeit in den Schulen des Main-Taunus-Kreises zwischen 3 und 50%. Der Anteil kariesfreier Kinder bei den 12jährigen liegt bei ca. 80%, die Untersuchungs-frequenz ist jährlich.

Ziel der vorliegenden Erhebung war es festzustellen, wie häufig kariöse Läsionen bei der Untersuchung in Schulen durch die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD diagnostiziert werden.

Dazu wurden die Untersuchungsdaten von Kindern zwischen dem ersten und fünften Schuljahr herangezogen. Nur die Kinder, bei denen in diesem Zeitraum kariöse Defekte an bleibenden Zähnen entstanden bzw. konservierende Behandlungen stattfanden, kamen in Frage. Insgesamt 241 Zähne – in der Regel die ersten Molaren – waren im Untersuchungszeitraum erkrankt bzw. mit Füllungen versorgt worden.

Von diesen Zähnen waren 183 Defekte bei der Untersuchung in den Schulen festgestellt worden, 58 beim Hauszahnarzt.

Diese Beobachtung unterstreicht die Bedeutung der zahnärztlichen Untersuchung in Schulen als sekundärprophylaktische und sozialkompensatorische Maßnahme. Das Verhältnis 3:1 zeigt, dass gerade diese untersuchten Kinder Vorsorgetermine nicht regelmäßig wahrnehmen. Die zahnärztliche Untersuchung als Bestandteil der Gruppenprophylaxe bleibt auch zukünftig eine wichtige Aufgabe der zahnärztlichen Dienste.

ENTWURF: G. HANTZSCHE



Dr. K.-G. Dürr
Gesundheitsamt
Main-Taunus-Kreis
Am Kreishaus 1-5
65719 Hofheim

Wissenschaftlicher Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

14.- 16. April 2005 in Bamberg

Im Focus: „ÖGD – Investition in die Zukunft“

Es wird in allen Bereichen der öffentlichen Hand gekürzt. Wie viel Kürzung verträgt Vorsorge und Gesundheitsförderung noch – gerade vor dem Hintergrund, dass unser Reparatursystem kaum noch bezahlt werden kann?

Wie immer werden fachübergreifende aktuelle Themen, die den ÖGD beschäftigen, in Vorträgen und Workshops intensiv ausgeleuchtet.

Programm Zahnärzte

(vorläufige Planung – ohne Gewähr, Aktualisierung unter www.bzoeg.de)

Tagungsort:
Konzert- und Kongresshalle Bamberg
„Sinfonie an der Regnitz“
Mußstraße 1, 96047 Bamberg

Hotelvermittlung:
Kongresshotel zu Sonderkonditionen
über Stadthalle GmbH
Tel.: 0951-9647 220
Fax: 0951-9647 222
e-Mail: info@konzerthalle-bamberg.de
Internet: www.konzerthalle-bamberg.de

Hotels in Stadt und Region:
Tourismus und Kongress Service
Tel.: 0951-2976 220
Fax: 0951-2976 222
e-Mail: touristinfo@bamberg.info
Internet: www.bamberg.info

Donnerstag, 14.04.2005, 16.30 – 18:00

16:30 Uhr	Eröffnung BZÖG	Frau Dr. Sauerland
16:45 Uhr	Bedeutung und Effekte der Gruppenprophylaxe aus fachlicher Sicht	Herr Prof. Dr. Einwag
17:15 Uhr	„Gruppenprophylaxe in Bayern: Schwerpunkte – aktuelle Daten – Perspektiven“	Herr Dr. Michel
17:45 Uhr	Diskussion	
18:30 Uhr	Delegiertenversammlung	

Freitag, 15.04.2005, 9.00 – 17.00 Uhr

09:00 Uhr	„Gruppenprophylaxe 'up to date' oder 'out of fashion'?“	Herr Prof. Dr. Splieth
09:30 Uhr	Vortrag (Thema wird n. vereinbart)	Herr Prof. Dr. Krämer
10:15 Uhr	Diskussion	
10:30 Uhr	Pause	
11:00 Uhr	„Sind Parodontitis und Karies primär ein Zahnputzproblem?“	Herr Dr. Burgemeister
11:30 Uhr	„Einfluss von Parodontalerkrankungen auf die Allgemeingesundheit“	Herr PD Dr. Dörfer
12:00 Uhr	Diskussion Pause	
14:00 Uhr	„Fissurenversiegelungen: Prävention oder Maskierung der Karies“	Frau Dr. Heyduck
14:30 Uhr	„Prävalenz kieferorthopädischer Anomalien bei 9-jährigen Schulkindern und günstigster kieferorthopädischer Behandlungszeitpunkt“	Herr PD Dr. Lux / Frau Dücker
15:00 Uhr	Diskussion	
15:15 Uhr	Pause	
15:45 Uhr	„Von der Amalgam- zur Kunststoffzeit: Wandel und Prädiktoren der verwendeten Füllungs-materialien bei Schulkindern nach epidemiologischen Untersuchungen 1997-2005“	Herr Dr. Pfaff
16:15 Uhr	Diskussion	

Samstag, 16.04.2005, 9.00 – 12.00 Uhr

9:00 Uhr	„Zahnhygiene in Altenheimen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg – Ergebnisse einer Umfrage“	Frau Dr. Bock
9:30 Uhr	Vortrag (Thema wird n. vereinbart)	Herr Dr. Koke
10:00 Uhr	Diskussion	
10:15 Uhr	Pause	
10:45 Uhr	„Gesund im Alter – auch im Mund“	Frau Dr. de Moura Sieber
11:15 Uhr	„Effekt der Begutachtung durch den MDK: Zahnärzte steigern Planungsqualität“	Herr Dr. Strippel
11:45 Uhr	Diskussion	

Neues Poster für Kinder zur Karies-Prophylaxe!

Aufstehen – die Sonne lacht und die Zähne freuen sich schon auf das Putzen. Die Kauflächen gründlich bürsten und auch die Zwischenräume nicht vergessen!

Mit dem neuen Prophylaxe-Poster von Wrigley Oral Healthcare Programs können Zahnärzte Kinder spielerisch dazu motivieren, ihre Zähne richtig zu pflegen. Der Comic-Held Dentiman begleitet sechs- bis zwölfjährige Kinder durch einen Tag im Leben eines Zahns.

Immer mehr Kinder, Eltern, Lehrer und Zahnmediziner begeistern sich für die Comic-Figur Dentiman. Das Poster „Dentiman hält deine Zähne gesund und stark“ wird für die Gruppenprophylaxe, Zahnarztpraxen und Schulen kostenlos zur Verfügung gestellt. Ein Exemplar (DIN A2-Format) liegt dieser Ausgabe des ZAHNÄRZTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES bei.



Dentiman verkörpert den von Medizinern anerkannten Zahnpflegekaugummi Wrigley's EXTRA® für Kinder mit Xylit und Kalzium. Wissenschaftlich ist erwiesen, dass beim Kaugummikauen der Speichelfluss bis um das Zehnfache gesteigert wird. Dadurch werden Säuren, die im Mund bei der Aufspaltung von Kohlenhydraten aus der Nahrung entstehen, rasch neutralisiert und der pH-Wert wird wieder in den sicheren Bereich angehoben, in dem eine Remineralisation des Zahnschmelzes stattfindet (s. Abb.). Kalzium unterstützt zusätzlich die Remineralisierung der empfindlichen Milchzähne, deren Schmelzkappe nur etwa halb so dick ist wie die der bleibenden Zähne (Mortimer, KV: Caries Res4: 206; 1970).

Weitere Poster, Comics, Patientenbroschüren und Zahnpflegekaugummi sind erhältlich bei:

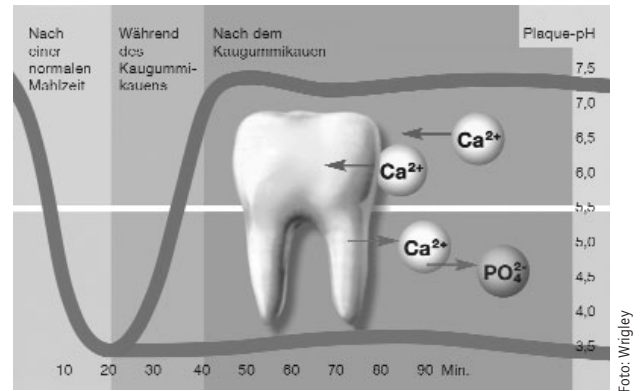


Abb.: Nach dem Essen oder Trinken sinkt der Plaque-pH-Wert in den sauren Bereich, und Kalzium- und andere Mineralionen werden dem Zahnschmelz entzogen (Demineralisation). Durch Speichelstimulation mit Kaugummikauen steigt die pH-Kurve wieder an und der Zahnschmelz wird mit den Kalzium- und Phosphationen aus dem Speichel remineralisiert.

Wrigley Oral Healthcare Programs,
Biberger Straße 18, 82008
Unterhaching. Fordern Sie unter dem
Stichwort „Kinderprophylaxe-Poster“
das Bestellformular an:
Fax: 0 89 – 6 65 10 – 4 57.

ANZEIGE

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Michael Schäfer, MPH, Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf
Tel. (dienstl.) 0211/899-2641, Fax 0211/89 29079,
michael.schaefer@stadt.duesseldorf.de

2. Vorsitzende : Dr. Claudia Sauerland, Uelzener Dorfstr. 9, 59425 Unna
Tel. (dienstl.) 02303/272653, Sauerland-unna@t-online.de

Geschäftsführerin: Dr. Cornelia Wempe, Erikastr. 73, 20251 Hamburg
Tel. (dienstl.) 040/42801 3375, Fax 040/42801 2567,
Cornelia.Wempe@t-online.de

Schatzmeister: Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg
Tel. 02065/90585-79, Fax-72, BSKiel@t-online.de

Beisitzer: Dr. Grit Hantzsche, Hohe Str. 61, 01796 Pirna
Tel. 03501/515822, Fax 03501/515896, Hantzsche-Pirna@t-online.de

Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch, Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf
Tel. (dienstl.) 06221/5221848, Fax 06221/5221850, niekusch@agz-mk.de

Redaktion:

Dr. Grit Hantzsche, Hohe Str. 61, 01796 Pirna
Tel. 03501/515822, Fax 03501/515896, Hantzsche-Pirna@t-online.de

Beirat:

Dr. Gudrun Rojas, Bergstr. 18, 14770 Brandenburg

Dr. Christoph Hollinger, Auf der Rolandshöh 8, 58135 Hagen

Dr. Peter Noch, Am Hallenbad 3, 44534 Lünen

Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg
Tel. 02065/90585-79, Fax-72, BSKiel@t-online.de

Bankverbindung: Sparkasse Kiel, KTO 1920 5558, BLZ 210 501 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 drei Mal im Jahr. 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 elektronischen Medienträgern geliefert werden. Bildmaterial oder Grafikkizzen bitte als Aufsichtsvorlage beilegen.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

Gestaltung:

www.GARDENERS.de

Druck:

Gerhards-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