

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

35. Jahrgang / September 2005

3.05

3 EDITORIAL

KONGRESSBEITRAG

- 4 Zahnhygiene in Altenheimen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg
- 7 Gesund im Alter – auch im Mund
- 8 Effekt der MDK-Begutachtung: Zahnärzte steigern Planungsqualität

BERICHTE

- 10 Trendergebnisse zur Zahn- und Mundgesundheit Jugendlicher im Land Brandenburg
- 13 15 Jahre Sächsischer Landesverband der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

AKTUELLES

- 13 Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden hat neuen Vorstand
- 14 Speisesalzfluoridierung muss erhalten bleiben
- 14 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) zur Speisesalzfluoridierung
- 15 Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen – eine 10 Jahresbilanz
- 16 Bildungsstand der Mütter beeinflusst Übergewicht bei Kindern
- 17 Alarm: Karies schon bei den Kleinsten – was tun?
- 17 Wrigley Prophylaxe Preis 2006

VORSTAND

- 18 Dr. Heinz-Joachim Fichtner verstorben
- 18 Zum Gedenken

ANKÜNDIGUNG

- 19 „ZahnMEDIZIN interdisziplinär“
- 19 56. Wissenschaftlicher Kongress

20 IMPRESSUM



Nils 6 Jahre

BZÖG

**ANZEIGE
GABA
KOMMT
NEU!**

EDITORIAL



Dr. Petra Haak

Erstmals ist das Land Brandenburg Gastgeber für einen wissenschaftlichen Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Tagungsort des 56. Kongresses, der vom 11. bis zum 13. Mai 2006 stattfindet, wird die Kleiststadt Frankfurt(Oder) sein.

Die Stadt ist 751 Jahre alt und in einer ganz besonderen Lage: an der Nahtstelle zwischen West- und Osteuropa, zwischen der alten und neuen Europäischen Union, mitten im großen Europa. So lautet das Kongress-Motto entsprechend: „Öffentlicher Gesundheitsdienst ohne Grenzen in der neuen Mitte Europas“.

Dieses Motto ist zukunftsorientiert, interessant und lässt ausreichend Freiräume zum wissenschaftlichen Austausch zwischen den Tagungsteilnehmerinnen und Teilnehmern. Mit ihrem Festvortrag wird uns die Präsidentin der Europa-Universität Viadrina, Frau Prof. Dr. Gesine Schwan, eine besondere Sichtweise vermitteln.

Die Stadt Frankfurt(Oder) ist ein Kongressort der kurzen Wege. Die Veranstaltungen finden im Kleist Forum Frankfurt statt, das bequem vom Bahnhof aus zu Fuß zu erreichen ist. Die polnische Nachbarstadt Slubice ist über die Stadtbrücke in ca. 10 Minuten Fußweg vom Tagungsort erreichbar, so dass sich selbst ein Ausflug in den Tagungspausen lohnt. Die Bürger in Frankfurt(Oder) und in Slubice zeigen tagtäglich, dass die Oder nicht trennt, sondern verbindet. Beispielhaft dafür sind die Zusammenarbeit zwischen der Europa-Universität und dem Collegium Polonicum, der Besuch der Euro-Kita durch Kinder der Nachbarstadt sowie der Einkaufstourismus, der auf beiden Seiten der Oder praktiziert wird.

Die Landesstelle Brandenburg des BZÖG wird über eine strukturelle Besonderheit berichten. Ein Beispiel wie weit die Grenzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes reichen können. Die Umsetzung der Gruppenprophylaxe erfolgt auf regionaler Ebene durch die Gesundheitsämter. Im Jahr 1993 haben die Partner der Vereinbarung diese Regelung getroffen und auf Landesebene koordinieren der Beirat für Zahngesundheit und das Büro der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, der Landes Zahnärztekammer, dem Gesundheitsministerium und den kommunalen Spitzenverbänden.

Ein vielseitiges Tagungsprogramm ist vorbereitet. So werden die zahnmedizinische Prophylaxe für Patienten mit Behinderungen, die Kinderernährung in Deutschland sowie die Zugangswege zur Nutzung bestehender Prophylaxesysteme für Kinder mit frühkindlicher Milchzahnkaries Kongressthemen sein. Außerdem wird sich das zahnärztliche Programm des Kongresses mit dem Themenkreis der gesundheitspsychologischen Aspekte bei präventiven Maßnahmen befassen.

Besuchen Sie den ÖGD-Kongress 2006 in der neuen Mitte Europas, die Landesstelle Brandenburg sowie die Einwohner der Stadt Frankfurt(Oder) freuen sich auf Sie!

Dr. Petra Haak

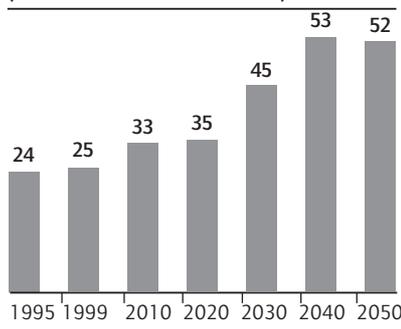
Zahnhygiene in Altenheimen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg

Ergebnisse einer Umfrage

U. Niekusch, O. Bock-Hensley

Spätestens mit Erscheinen des Bestsellers „Das Methusalem-Komplott“ [1] war es Allen bewusst: Der Anteil an älteren Menschen nimmt in den nächsten Jahren stetig zu. Während einerseits die Geburtenrate sinkt, steigt auf der anderen Seite der Anteil älterer Personen. Hatten Kinder, die im Jahre 1900 geboren wurden, eine durchschnittliche Lebenserwartung von nur 42 bis 46 Jahren, lag rund 100 Jahre später die mittlere Lebensspanne bei 74 Jahren für Männer und über 80 Jahren für Frauen. Zwar wird sich diese Entwicklung nicht kontinuierlich fortsetzen, dennoch schätzen Experten die durchschnittliche Lebensdauer im Jahr 2080 auf 79 bis 83 Jahre bei Männern und auf 85 bis 89 Jahre bei Frauen [2]. Die Zahl der 70-Jährigen wächst von 10 Millionen auf etwa 18 Millionen im Jahr 2040. 100 Personen zwischen 20 und 64 Jahren stehen dann 53 über 65-Jährige gegenüber (Abb. 1).

Abb. 1: Altenquotient „65“. Anzahl über 65-jähriger je 100 Personen im Alter zwischen 20 bis 64 Jahren (Quelle: Stat. Bundesamt 2000)



Und wenn es ihn auch gibt, den rüstig-agilen Mittachtziger, der zum Golfen nach Mallorca jettet oder als spät geborener Doktor im Hörsaal seine Erfüllung findet. Er ist eher die Ausnahme als die Regel. Die Realität zeigt uns ein anderes Bild. Sehr alte Menschen bauen irgendwann ab – körperlich und geistig. Sicher, man kann mit 70 noch am Marathonlauf

teilnehmen, mit 78 noch Papst werden und kluge Bücher schreiben. Spätestens jenseits der 85 erreichen wir jedoch die Grenzen des Möglichenmenschen. Das Lernpotenzial geht verloren, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, soziale Einbettung schwinden. „Der Lebensweg im hohen Alter gerät zum Leidensweg“, so der Berliner Altersforscher Paul Baltes [3].

„Generation Pflege“ betitelt denn auch der Spiegel [4] provozierend die kommenden Probleme und stellt fest, dass „seit 1996 (...) die Zahl der stationär Betreuten um etwa 70 Prozent auf rund 650 000 gestiegen (ist). In den kommenden drei Jahrzehnten werden 500 000 weitere Betten benötigt“.

Einhergehend mit der Pflegebedürftigkeit alter und sehr alter Menschen (Tab. 1) ergeben sich in der zahnmedizinischen Versorgung trotz der Fortschritte in der Prophylaxe und den restaurativen Therapiemöglichkeiten erhebliche Defizite. Das zeigen die Ergebnisse verschiedener zahnärztlicher Untersuchungen in Alten- und Pflegeheimen [5,6,7,8,9,10].

So konnte eine Studie zur Mundhygiene und zum Gebisszustand von betreuten Senioren im Freistaat Sachsen bei über 50 Prozent der untersuchten Bewohner eine Behandlungsnotwendigkeit ermitteln. Über 40 Prozent der Untersuchten wiesen Mundschleimhauterkrankungen auf und in 35 Prozent der Fälle musste an vorhandenem Zahnersatz ein ungenügender Hygienestatus festgestellt werden [11]. Eine regelmäßige zahnärztliche Kontrolle ist zwingend notwendig, zumal viele Allgemeinerkrankungen, aber auch Dauermedikationen, erste Symptome und Nebenwirkungen im orofazialen Bereich zeigen (Tab. 2).

2002 kam eine Dissertation der Universität Gießen zu der ernüchternden Feststellung, dass in der untersuchten geriatrischen Fachabteilung 52 Prozent der untersuchten Patienten ihren letzten Zahnarztbesuch vor mehr als einem Jahr hatten, wobei von diesen Patienten 61 Prozent seit über 5 Jahren nicht mehr zahnärztlich kontrolliert wurden. Über 80 Prozent der herausnehmbaren prothetischen Versorgungen waren laut der Studie korrekturbedürftig, 50 Prozent wiesen erhebliche Mängel auf. Interessant

Tab. 1: Altersdefinition der WHO (zit. n. [13])

50-60 Jahre	der alternde Mensch
61-75 Jahre	der ältere Mensch
76-90 Jahre	der alte Mensch
91-100 Jahre	der sehr alte Mensch
älter als 100 Jahre	der langlebige Mensch

Tab. 2: Altersbedingte Veränderungen mit Wirkung auf die Mundhöhle [12]

- Herz-Kreislaufkrankungen (Medikamente senken Speichelfluss und erzeugen Gingivawucherungen)
- Diabetes mellitus (Mikroangiopathien und Regenerationsstörungen im Parodont)
- Depressionen (Antidepressiva senken Speichelfluss)
- Organtransplantationen (Immunsuppression fördert Parodontiden)
- Krampfleiden (Antiepileptika fördern Gingivawucherungen)
- Hauterkrankungen (Medikamente reduzieren Immunabwehr)
- Allergien (Mundschleimhautveränderungen)
- Magenprobleme und Reflux-Ösophagitis (Erosionen aufgrund von Magensäure)

hierbei: Von den 80 untersuchten Patienten gaben lediglich 35 Prozent an, dass sie eine regelmäßige zahnärztliche Nachuntersuchung für eine sinnvolle Maßnahme zur Erhaltung der Funktionstüchtigkeit ihres Zahnersatzes halten [13].

Diese erschreckenden Ergebnisse sind eigentlich unverständlich, hatte doch die Zahnärzteschaft schon frühzeitig auf die demografische Veränderung und die daraus resultierenden zahnmedizinischen Probleme reagiert. Bereits Ende der 80er Jahre gründete sich der Arbeitskreis für Gerostomatologie e.V. und wenige Jahre später etablierte die Bundeszahnärztekammer ein eigenes Referat für Alterszahnmedizin. In der Folge wurden in allen Kammerbezirken Referenten für Alterszahnmedizin bestellt. 2002 erarbeitete eine Expertengruppe unter Federführung der Bundeszahnärztekammer mit dem Leitfaden „Präventionsorientierte Zahnmedizin unter den besonderen Aspekten des Alters“ [14] eine wissenschaftlich begründete und praxisnahe Orientierungshilfe mit Tipps und Hinweisen zur Prophylaxe bei älteren Personen, aber auch zur Behandlung in der Praxis oder in Pflegeheimen. Ergänzt wurde dieses Konzept durch das „Das Handbuch der Mund-

hygiene“ [15], einen Ratgeber für das Pflegepersonal, der über die Zahnärztekammern an die Alten- und Pflegeheime verteilt wurde und das computergestützte Trainingsprogramm „Gesund im Alter – auch im Mund“ des Arbeitskreises für Gerostomatologie e.V..

Hat sich die Situation von älteren Menschen in den Heimen zwischenzeitlich nachhaltig verbessert? Um diese Frage zu beantworten, um Schwachstellen aufzudecken und Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen, führte das Gesundheitsamt in den Alten- und Pflegeheimen im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg eine Umfrage beim Pflegepersonal durch.

Fragebogenaktion des Gesundheitsamtes

In Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis (insgesamt ca. 650 000 Einwohner) leben ca. 6000 Menschen in 73 Alten- und Pflegeheimen. Die von unterschiedlichen Trägern betriebenen Heime verfügen über bis zu 250 Heimplätze.

Durch die Pflegeversicherung ist politisch vorgegeben, dass die Mehrzahl der Senioren zu Hause (ambulant) versorgt werden. Wenn dies aus den unterschiedlichsten Gründen nicht mehr gewährleistet werden kann, erfolgt die stationäre Versorgung im Altenheim.

Es ist Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), die Hygiene und die medizinische Versorgung zu überprüfen und zu verbessern. Hierzu stehen Maßnahmen wie angekündigte bzw. unangekündigte Heimbegehungen, Beratungen, Fortbildungsveranstaltungen, Fragebogenaktionen etc. zur Verfügung. In diesem Rahmen ist das Gesundheitsamt auch für die Mundhygiene und zahnärztliche Versorgung mitverantwortlich. Während die zahnärztliche Versorgung individuell in einem Arzt-Patientenvertrag geregelt wird, obliegt die Verantwortung für die Mundhygiene dem Pflegepersonal.

Bei Heimbegehungen konnte immer wieder festgestellt werden, dass die zahnärztliche Versorgung und die Mundhygiene in den Heimen große Defizite aufwiesen. Um diese Beobachtung zu objektivieren, entschlossen sich die Autoren, mithilfe einer Fragebogenaktion dieses Thema näher zu beleuchten.

Ziel der Umfrage war:

- Die Qualität der mundhygienischen Pflege und der zahnmedizinischen Versorgung festzustellen.
- Versorgungsdefizite zu ermitteln.
- Daten zu erheben, um mit Verantwortlichen in die Diskussion zu kommen.
- Neue Versorgungsstrukturen im Heim zu diskutieren und langfristig einzuführen.

Methode

Im Jahr 2002 wurde ein Fragebogen an alle 73 Heime im Rhein-Neckar-Kreis verschickt, mit der Bitte, ihn durch das Heimpersonal ausfüllen zu lassen. Die 22 Fragen des Fragebogens umfassten unterschiedliche Themen: Bewohnersituation, Ort der zahnärztlichen Versorgung, Zahnstatus der Bewohner, Art der Hilfestellung durch das Personal, Einsatz von Hilfsmitteln zur Zahnersatzpflege, eigene Einschätzung des Personals bezüglich Zahnerkrankungen und zahnärztlicher Versorgung.

Ergebnisse

Über 70 % der Heime beteiligten sich an der Aktion. Damit waren 77 % der Heimbewohner erfasst.

Der Zahnstatus der Bewohner (Abb. 2) wurde vom Pflegepersonal erhoben. Rund 70 % der Bewohner hatten eine Vollprothese, Teilprothese und Restzähne. 11,3 % waren zahnlös und hatten keine Vollprothese.

6,7 % der Bewohner hatten eine PEG-Sonde (Perkutane enteroskopische Gastrostomie), was zahnärztlich bedeutsam ist, da bei diesen Personen auf eine besondere Mundpflege großer Wert gelegt werden muss.

Die Untersuchung zeigt auch, dass es für 20 % der Heimbewohner aufgrund ihrer Erkrankung oder Behinderung nicht möglich ist, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen (Abb. 3). Für 30 % der Senioren ist der Besuch einer Zahnarztpraxis mit erheblichen Transportproblemen belastet. Lediglich 50 % der Heimbewohner können ganz ohne Hilfe oder zumindest mit Unterstützung durch eine Begleitperson eine Zahnarztpraxis aufsuchen.

Angesichts dieser Situation ist es nicht verwunderlich, dass lediglich 32 % aller Heimbewohner innerhalb der letzten 12 Monate einen Zahnarztkontakt hatten (Abb. 4). Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass in

Abb.2: Zahnstatus der Bewohner

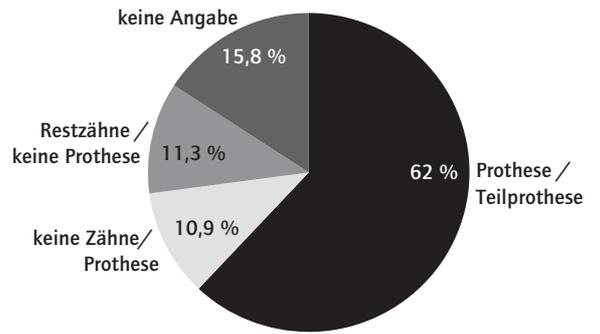


Abb. 3: Transport zum Zahnarzt

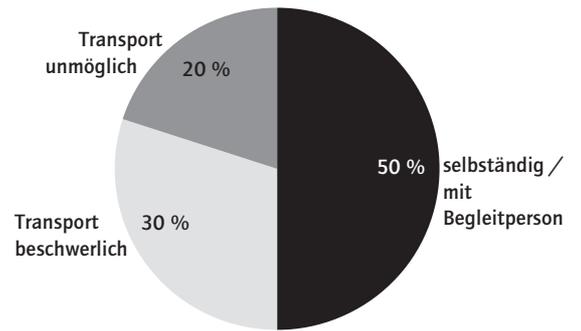


Abb. 4: Kontakt zum Zahnarzt

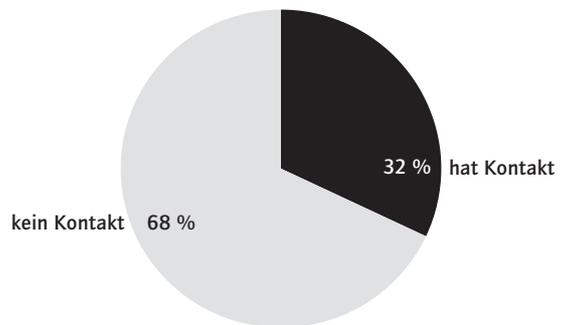
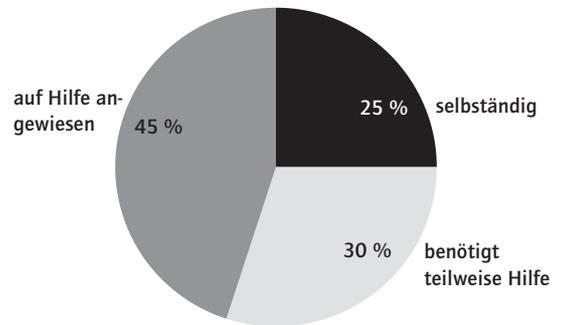


Abb. 5: Mundhygiene





Dr. med. dent. Uwe Niekusch
Dr. med. Oswinde Bock-Hensley

zwei größeren Heimen zahnärztliche Untersuchungseinrichtungen installiert sind und alle Heimbewohner regelmäßig zahnärztlich untersucht werden. Bezieht man diese Einrichtungen nicht in die Auswertung ein, so erhielten lediglich 28 % der Heimbewohner eine zahnärztliche Untersuchung innerhalb der letzten 12 Monate. Mit anderen Worten: 72 % der Heimbewohner waren in diesem Zeitraum ohne zahnmedizinische Betreuung! Die zahnärztlichen Untersuchungen fanden zu 61,3 % in der Zahnarztpraxis, zu 36,2 % im Heim und zu 2,5 % in der Universitätszahnklinik statt.

Während 25 % der Heimbewohner ihre tägliche Mund- und Zahnhygiene vollkommen selbstständig erledigen, sind 75 % auf vollständige oder zumindest teilweise Hilfe angewiesen (Abb. 5). Bei Trägern von herausnehmbarem Zahnersatz pflegen 31,4 % ihre Teil- oder Vollprothesen selbst, bei 68,6 % wird der Zahnersatz vom Pflegepersonal gereinigt. Lediglich 1,2 % der Bewohner benutzen eine elektrische Zahnbürste. In 4 Heimen waren zum Zeitpunkt der Befragung Ultraschallbäder zum Reinigen von Voll- und Teilprothesen vorhanden.

Im Rahmen einer Selbstbewertung wurde das Personal gebeten, seinen Kenntnisstand bei der Erkennung von Erkrankungen im Mundbereich und zu altersspezifischen Prophylaxemaßnahmen einzuschätzen. Bis auf ein Heim gaben die befragten Heime an, dass sie Erkrankungen im Mundbereich erkennen würden. 33 % der Heime hält eine Schulung im zahnmedizinischen und mundhygienischen Bereich für nicht erforderlich.

Interessant: Trotz der objektiv unbefriedigenden Situation geben 83 % der Heime der zahnmedizinischen Versorgung in ihrer Einrichtung die Noten „sehr gut“, „gut“ und „befriedigend“.

Schlussfolgerungen

Die zahnmedizinische Versorgung in den Heimen in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis ist nicht befriedigend. Zwei von drei Bewohnern haben keinen regelmäßigen Kontakt zum Zahnarzt und werden nicht zahnärztlich behandelt. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Fehlendes Problembewusstsein bei Heimpersonal und Heimbewohnern, schwierige Erreichbarkeit von Zahnarztpraxen bzw. nicht behindertengerecht eingerichtete Praxen, zu wenig Zahnärzte, die Heimbesuche vornehmen. Vor allem das Transportproblem wird unterschätzt. Die Mehrzahl der Bewohner ist auf Begleitpersonen angewiesen. Bei immer knapper werdendem Pflegepersonal kann dies nur in Ausnahmefällen vom Pflegepersonal übernommen werden. All zu oft unterbleibt so der nötige Praxisbesuch.

Die Mund- und Zahnhygiene spielt im Heimalltag eine untergeordnete Rolle. Das Wissen, Hilfsmittel einzusetzen, ist bei den Pflegekräften unzureichend vorhanden. So kann bei Heimbegehungen immer wieder beobachtet werden, dass zur Inspektion der Mundhöhle nicht mit Licht, z. B. einer kleinen Taschenlampe, gearbeitet wird. Elektrische Zahnbürsten, Dreikopfzahnbürsten oder Zahnbürsten mit altengerecht verdicktem Handgriff, die die Mundhygiene erleichtern, haben sich noch nicht durchgesetzt. Die Reinigung der Prothesen wird nach wie vor lediglich mit Reinigungstabletten durchgeführt, obwohl die Verwendung einer Prothesenbürste oder gegebenenfalls eines Ultraschallgerätes effektiver wäre.

Die Befragung zeigt, dass das Personal sein Wissen bezüglich der Erkrankungen im Mundbereich überschätzt. Dazu passt, dass ein Drittel der Heime eine Schulung in diesem Bereich für nicht erforderlich hält. Dazu passt aber auch, dass 83 % der Heime die zahnmedizinische Versorgung ihrer Heimbewohner als sehr gut bis befriedigend einschätzt, obwohl, wie bereits erwähnt, zwei Drittel der Bewohner überhaupt keinen Kontakt zum Zahnarzt haben.

Aus den Daten der Fragebogenaktion wird deutlich, dass die zahnmedizinische Versorgung und die mundhygienische Pflege im Heim dringend verbessert werden muss!

Um eine bessere Versorgung im Heim organisieren zu können, müssen Zahnärzte besser über die spezifischen Situationen im Heim informiert werden. Es könnten Möglichkeiten geschaffen werden, dass für ein Heim ein niedergelassener Zahnarzt als „Heimzahnarzt“ verantwortlich ist. Mit einem mobilen Zahnartztkoffer, der für die Region vorhanden sein müsste, könnten die technischen Voraussetzungen zur zahnärztlichen Behandlung im Heim verbessert werden. Wünschenswert wäre natürlich auch, wenn in großen Heimen eine zahnärztliche Untersuchungseinrichtung vorhanden ist. Entsprechend den zahnärztlichen Untersuchungen in Schulen wäre es vorstellbar, dass durch den ÖGD ein Screening auch bei Altenheimbewohnern durchgeführt wird, damit anschließend, entsprechend dem Wunsch des Heimbewohners, ein Zahnarzt mit der Behandlung beauftragt werden kann.

Fazit

Vor Ort müssen neue Wege gefunden werden, um die zahnärztliche Situation der Heimbewohner zu verbessern. Die Verantwortlichkeit liegt bei der Gesundheitspolitik, der Zahnärztekammer, den Altenheimen, den Patientenorganisationen und dem ÖGD.

Das Gesundheitsamt und die regionalen Arbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit könnten dabei vor Ort Vernetzungsfunktionen übernehmen.

Autoren:

Dr. med. dent. Uwe Niekusch
Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis
Arbeitsgemeinschaft
Zahngesundheit

Dr. med. Oswinde Bock-Hensley
Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis
Kurfürstenanlage 38-40
D-69115 Heidelberg

Literatur bei der Redaktion

Gesund im Alter – auch im Mund

V. de Moura Sieber,
S. Trapp, I. Nitschke

Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter sind auch abhängig von einer guten Mundgesundheit. Ergebnisse der Deutschen Mundgesundheitsstudie III (DMS III, 1997) belegen, dass 75 % der 65- bis 74-Jährigen in Deutschland noch über eigene Zähne verfügen. Die zahnmedizinische Betreuung der Senioren erhält damit einen neuen Stellenwert. Neben dem Zahnersatz müssen auch die eigenen Zähne gründlich und umfassend gepflegt werden, um oralen Krankheiten vorzubeugen und die allgemeine Gesundheit zu stärken. Es ist jedoch bekannt, dass bei pflegebedürftigen Menschen Defizite in der Oralhygiene vorhanden sind.

Geeignete Schulungen sind notwendig, um die in der Pflege tätigen Personen für die Wichtigkeit der Mundgesundheit als Bestandteil des allgemeinen Wohlbefindens zu sensibilisieren.

Das Fortbildungs- und Lernprogramm „Gesund im Alter – auch im Mund“ wurde in Zusammenarbeit mit Dr. med. dent. Ina Nitschke entwickelt und richtet sich an Pflegekräfte, Ärzte und pflegende Angehörige.

Ziel des Trainingsprogramms ist es, in anschaulicher und verständlicher Form eine Hilfestellung für die in der Pflege tätigen Personen zu geben. Hinweise und Tipps sollen helfen, die Wichtigkeit der täglichen Mundhygiene zu erläutern und deren Durchführung zu erleichtern. Es handelt sich um ein individuelles, computergestütztes Trainingsprogramm, welches vier Kapitel mit Videosequenzen und umfangreichem Bildmaterial beinhaltet. Jedes Kapitel schließt mit einem kleinen Wissenstest ab.

Inhalt:

1. Zähne von A bis Z
Einführung in die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
2. Mundkrankheiten
Vernachlässigung der Mundgesundheit: Folgen, Krankheitsbilder
3. Schutz für Zähne und Zahnfleisch
Was kann ich für meine Mundgesundheit tun?



4. Mundhygiene in der Pflege Was kann ich für pflegebedürftige Menschen tun?

Anhand des Kapitels 3 „Schutz für Zähne und Zahnfleisch“ werden im folgenden kurz Teile des umfangreichen Inhaltes der CD-ROM beschrieben.

Fluorid-Zahnpasten zur Kariesprophylaxe und Remineralisation initialer Schmelzläsionen

Beim Abbau von Nahrungs-Kohlenhydraten durch Plaquebakterien bilden sich Säuren, die den Zahnschmelz demineralisieren. Die Anwesenheit von Fluorid-Ionen beschleunigt den entgegen gerichteten Reparaturvorgang, die Wiedereinlagerung von Mineralien aus dem Speichel, beträchtlich. Heute enthalten fast alle in Deutschland auf dem Markt befindlichen Zahnpasten Fluoride; entsprechend der Kosmetik-Verordnung maximal 1.500 ppm, Kinder-Zahnpasten meist nur bis 500 ppm Fluorid, da Kinder oft große Teile der Zahnpasta verschlucken.

Zahnpasten desensibilisieren überempfindliche Zahnhälse

Liegt der Zahnhals frei, sind die Dentintubuli offen zugänglich. Dann werden Reize wie warm, kalt, süß und sauer über die flüssigkeitsgefüllten Tubuli an die Nerven weitergeleitet und als Schmerz empfunden. Zur Linderung können daher Substanzen eingesetzt werden, die die Reizleitung beeinflussen, wie Kaliumnitrat und Kaliumchlorid in Konzentrationen von 5 – 10 Prozent. Andere Stoffe wie Fluoride, Strontiumchlorid und Hydroxylapatit verschließen die Tubuli durch Ausfällungen. Die Kombination von Aminfluorid und wenig abrasiven Putzkörpern schonet den Zahnhals und die Calciumfluorid-Deckschicht und schützt gleichzeitig das besonders empfindliche Dentin vor Zahnhalskaries.

Zahnpasten zur Gingivitisprophylaxe

Zahnbeläge sind die Hauptursache für Gingivitis und weiterführende Parodontalerkrankungen. Entscheidend ist deshalb die regelmäßige Plaque-entfernung. Vitamine können die Zahnfleischgesundheit darüber hinaus positiv beeinflussen. Weiterhin sind zahlreiche Substanzen bekannt, die Entzündungen hemmen, z. B. Pflanzenextrakte aus Aloe, Arnika, Calendula, Hamamelis, Kamille, Myrrhe, Nelke (Eugenol), Rosmarin oder Salbei.

Heute bevorzugt eingesetzte antibakterielle Substanzen sind Metallionen wie Zinn, die das Wachstum der entzündungsauslösenden Plaquebakterien hemmen, weiterhin Chlorhexidin, Cetylpyridiniumchlorid, Hexetidin und Triclosan. Eine Reihe klinischer Untersuchungen zeigt, dass entsprechende Formulierungen Plaque-neubildung und -wachstum in begrenztem Umfang inhibieren können, allerdings oftmals effektiver in Mundspüllösungen als in Zahnpasten, wo es zu Wechselwirkungen mit anderen Inhaltsstoffen, z. B. Putzkörpern, kommen kann.

Neuere Forschungen zeigen jetzt auch Lösungsansätze für eine Langzeitverwendung spezieller Formulierungen. So hat die Kombination von Aminfluorid und Zinnfluorid ihre plaque- und entzündungshemmenden Eigenschaften in vielen klinischen Studien unter Beweis gestellt. In Zahnpasten und Mundspüllösungen inaktiviert sie die beim Zähneputzen zurückbleibenden Reste bakterieller Plaque, die sich am Zahnfleischsaum einnisten und fördert die natürliche Regeneration von gereiztem Zahnfleisch. So beugt sie Zahnfleischproblemen wirksam vor.

Mit dem Erwerb der CD-ROM wird der wissenschaftliche Arbeitskreis für Gerostomatologie e.V. (AKG) finanziell unterstützt.

Autoren:

Dr. med. Vanessa de Moura Sieber,
Dr. med. Sonja Trapp
GABA GmbH
Postfach 2520, 79515 Lörrach;

Dr. med. dent. Ina Nitschke
Universität Leipzig, Bereich
Seniorenzahnmedizin, Poliklinik für
Zahnärztliche Prothetik und
Werkstoffkunde;
Evangelisches Geriatriezentrum
Berlin



Dr. med. Vanessa
de Moura Sieber

Effekt der MDK-Begutachtung: Zahnärzte steigern Planungsqualität

H. Strippel

Wie gut planen Zahnärzte ihre Behandlung? Und wird die Planung durch systematische Begutachtungen verbessert? Antworten darauf gibt eine Studie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Bayern und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS).

1. Hintergrund: MDK

Die Medizinischen Dienste und der MDS sind die sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienste der Krankenkassen. Sie verstehen sich als Dienstleistungsunternehmen, die fachliches Know-how und qualifizierte Beratung zur Verfügung stellen. Ziel ist, Leistungsentscheidungen der Krankenkassen mit medizinischem Sachverstand vorzubereiten, die Gesundheit der Versicherten wiederherzustellen und Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern. Die Medizinischen Dienste sind Gemeinschaftseinrichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und wurden 1989 gesetzlich eingeführt (§ 275ff SGB V). Träger sind alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, also z. B. AOK, Ersatzkassen oder die Bundesknappschaft. Die MDK finanzieren sich per Umlage, die von den Trägern aufgebracht wird. Es gibt je Bundesland einen eigenständigen MDK, in NRW allerdings zwei und in Berlin/Brandenburg einen. Sie verfügen über eigenständige und von Anbieterinteressen unabhängige medizinische Kompetenz. Die Aufgaben sind: Einzelfallbegutachtung und Grundsatzeratung.

Der MDS wiederum ist fachlicher Berater für die Spitzenverbände der Krankenkassen in allen (zahn-)medizinischen Fragen. Er wirkt mit in den Arbeitsgremien der Selbstverwaltung – Bundesausschuss, Bewertungsausschuss, Bundesmantelvertragspartner – und fördert die Zusammenarbeit der MDK und deren wirksame Aufgabendurchführung.

Der MDK ist auch für zahnmedizinische Begutachtung zuständig.

Rechtsgrundlage ist § 275 Abs. 1 SGB V, der laut Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz „umfassend die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst, auch für die vertragszahnärztliche Versorgung regelt“ [1]. Laut klarstellendem Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums darf „das vertragliche Gutachterverfahren nach dem Bundesmantelvertrag – Zahnärzte [...] diese gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen nicht unterlaufen, sondern muss die Tätigkeit des MDK ggf. ergänzen“ [2]. Die zahnmedizinische MDK-Begutachtung erfolgt durch angestellte Zahnärzte, Kieferorthopäden und MKG-Chirurgen bzw. durch vertraglich eingebundene, niedergelassene Zahnärzte nach jeweiliger Beauftragung durch die Krankenkasse.

Im Hinblick auf eine geplante zahnärztliche Parodontalbehandlung kann die Krankenkasse den Behandlungsplan – „Parodontalstatus“ – einschließlich der Befundunterlagen begutachten lassen.

Vor diesem Hintergrund war es Ziel der Studie des MDK in Bayern und des MDS, Daten zur Planungsqualität der Parodontalbehandlung zu gewinnen und zu untersuchen, inwieweit die MDK-Begutachtung einen Einfluss auf die Qualität der Planung der Versorgung hat.

2. Methode

Ein zahnärztlicher Gutachter begutachtete 47 Wochen lang alle Parodontalstaten (Heil- u. Kostenpläne; HKP), die bei einer Krankenkasse in einer Region eingereicht wurden. In der Region gab es vorher keine MDK-Begutachtung, sondern nur die „vertragliche“. Die Begutachtung erfolgte nach Aktenlage. Die Ergebniskategorien waren „Zustimmung“ oder „Planänderung erforderlich“. Kriterien für Nicht-Zustimmung waren die folgenden:

1. Knochentasche bis zur Wurzelspitze oder Lockerungsgrad III
2. Periapikale Entzündung
3. Persistierende Wurzelreste
4. Retinierte/verlagerte Weisheitszähne.

Die Kriterien resultieren aus den Behandlungs-Richtlinien des Bundesausschusses [3, 4] und anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen [5, 6]. Allerdings wird Kriterium Nr. 4 in der Literatur unterschiedlich beurteilt [7, 8].

3. Ergebnisse

Begutachtet wurden 668 Behandlungspläne. Die Zustimmungquote der HKP insgesamt betrug im Mittelwert über 12 Monate 45 %. Im Zeitverlauf gab es deutliche Änderungen. So wurden im ersten Begutachtungsquartal nur 33 % befürwortet, im dritten und vierten Quartal dagegen 53 %; bei einem Monats-Maximum von 68 % (Abb. 1). Gleichzeitig ging die Anzahl der eingereichten Pläne um 49 % zurück (Abb. 2).

4. Diskussion

Zur Qualität der parodontologischen Behandlungsplanung zeigt die Studie folgendes auf: Es bestehen deutliche Planungsmängel in der parodontologischen vertragszahnärztlichen Versorgung in der untersuchten Region. Anfangs gab es in zwei Dritteln der Pläne fehlende Vorbehandlung oder ungünstige Planungen. Diese eingeschränkte Planungsqualität hat sich etabliert, obwohl das vertragliche Gutachterverfahren in der Region aktiv war. Unzureichende Diagnostik, fehlende Vorbehandlung und fehlerhafte Planung führen zwangsläufig zu mangelhafter Ergebnisqualität. Die Prozess- und Ergebnisqualität hängt vom schwächsten Glied in der Kette ab. Sind Befund und Behandlungsplanung nicht „in Ordnung“, kann das Ergebnis keine gute Qualität aufweisen. „Mangelhafte Qualität [beruht] in aller Regel auf einer unzureichenden Diagnostik bzw. Planung“. „Nicht durchgeführte Vorbehandlungen“ und „Nichterkennen pathologischer Befunde“ kennzeichnet Zahnärzte, deren Diagnose- und Planungsstandard stark von dem anderer Zahnärzte abweicht [9].

Der hier beobachtete 49 %ige Rückgang eingereicherter Behandlungspläne ist ausgeprägter als der Rückgang nach Einführung einer sogenannten PAR-Vorbegutachtung in Hessen, Nordrhein und im Saarland. Dort werden die HKP vor dem Einreichen an die Krankenkasse durch die KZV vorgeprüft. In einem Land ging die Zahl eingereicherter Behandlungspläne um 13,4 % zurück [10]. „Derartige Veränderungen sind nicht durch epidemiologische Fakten begründbar. Sie können vielmehr als Ausdruck einer gewissen Beliebigkeit der zahnärztlichen Therapieentscheidungen gewertet werden, die durch äußere Einflussnahmen deutlichen Schwankungen unterliegen“

[11]. Höchstwahrscheinlich gingen nach Einführung der systematischen Begutachtung die Zahl der Planungen deshalb zurück, weil ungünstige Planungen entfielen. Möglicherweise wurde dadurch Übertherapie abgebaut.

Verschiedentlich wurde versucht, die Effekte der Begutachtung durch gezielte Beratung der Zahnärzte zu ergänzen. Das „Tübinger Modell“ wird heute in Baden-Württemberg routinemäßig angewandt. Bei einer Begutachtung füllen zunächst sowohl der Behandler als auch der Gutachter das gleiche Qualitätssicherungs-Formular aus. Es ist eine Checkliste für eine fachlich fundierte Planung. Sodann berät die KZV diejenigen Kollegen, die vom durchschnittlichen Standard abweichen. Bei einem der beratenen Zahnärzte zeigte sich, dass beispielsweise der Negativ-Befund „bei Röntgenbildern pathologische Befunde nicht berücksichtigt“ nicht wie vorher bei 68 % der Planungen vorkam, sondern bei 40 %; „Extraktionen nicht durchgeführt oder nicht geplant“ gingen bei diesem Zahnarzt von 79 % auf ebenfalls 40 % zurück. Dennoch: Die am Ende der vorliegenden Studie wie auch des „Tübinger Modells“ erreichte Durchschnittszahl von ca. 50 % nicht beanstandeter Heil- und Kostenpläne kann nicht wirklich zufrieden stellen. Etwa jede zweite Planung entspricht nicht den Anforderungen!

5. Folgerungen

Aus der Studie ist zu folgern, dass Begutachtungen als Form der Zweitmeinung bzw. als „Kontrollinstanz“ zu deutlich verändertem Anbieterverhalten führen. Die verbesserte Planungsqualität ist Voraussetzung für verbesserte Ergebnisqualität. Alle Formen der Begutachtung und Beratung sind sinnvoll, um Fehlplanungen und

Überbehandlung einzuschränken. Die zahnmedizinische Begutachtung durch den MDK sollte ausgebaut und systematisch angewandt werden – d.h. mindestens ein fest angestellter MDK-Zahnarzt je Bundesland.

Notwendig ist ein eigenständiges Qualitätsmanagement in der Vertragszahnarztpraxis. Es sollte durch externe Hilfestellungen und gelegentliche Überprüfungen ergänzt werden. Krankenkassen, MDK und ÖGD sollten das Gespräch mit KZVen und Zahnärztekammern suchen, um Verbesserungen zu erreichen.

6. Anregungen an den ÖGD

Beim ÖGD haben zahnmedizinische Begutachtungen wegen § 264 SGB V und den „Hartz IV“-Gesetzen stark abgenommen. Es bleiben die Begutachtungen nach dem Asylbewerber-Leistungsgesetz. Zahnersatz-Begutachtungen in Städten/Landkreisen, in denen der ÖGD Begutachtungen durchführt, bewirkten hohe Kosteneinsparungen [12]. Wie die Krankenkassen sollten auch die Kommunen den hohen Wert der Begutachtung durch Zahnärzte schätzen lernen und auf jeden Fall nutzen.

Unabhängig von der Begutachtung besteht aber auch hoher Beratungsbedarf bei den Patienten. Das von den Krankenkassen geförderte Modellprojekt nach § 265b SGB V im Rhein-Neckar-Kreis zur Patientenberatung durch den ÖGD in Zusammenarbeit mit Zahnärzten und Krankenkassen ist sehr erfolgreich [Leitung: Dr. Niekusch, 13] und hat bereits weitere Anwender gefunden; z. B. in Unna (Leitung: Fr. Dr. Sauerland). Der ÖGD sollte diese fachliche Beratung und Begutachtung weiter betreiben oder als Zielvorstellung im Auge behalten.



Dr. med. dent. Harald Strippel

Korrespondenzadresse:
Dr. med. dent. Harald Strippel,
M.Sc. in Dental Public Health
Medizinischer Dienst der
Spitzenverbände der
Krankenkassen
Fachgebiet Zahnmedizinische
Versorgung
45116 Essen
Tel.: (0201) 83 27 126
E-Mail: h.strippel@mds-ev.de

Literatur bei der Redaktion

Abb. 1: Zustimmungquote bei Parodontitis-Behandlungsplänen

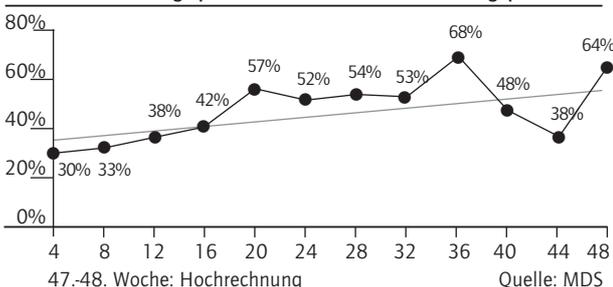
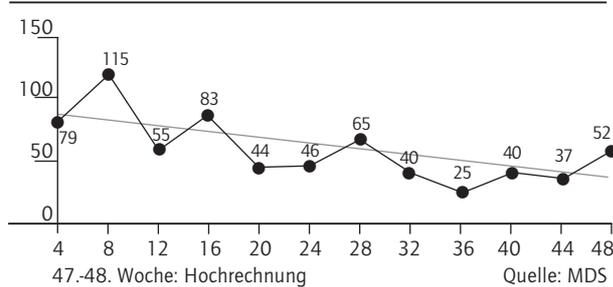


Abb. 2: Anzahl Behandlungspläne



Trendergebnisse zur Zahn- und Mundgesundheit Jugendlicher im Land Brandenburg

G. Rojas, A. Böhm, K. Lüdecke

1. Hintergrund

Vor 25 Jahren konnte man als Student in der Statistikvorlesung anhand der Zahngesundheit von Kindern lernen, welche Bedeutungen der Begriff „normal“ haben kann. Die Mehrzahl der Kinder hatte kariöse Zähne. Mit dem statistischen Normalitätsbegriff ließ sich sagen: Karies ist bei Kindern normal. Dass dies nicht wünschenswert ist, wurde damals langsam zum Politikum. Heute gilt für die Kinder nicht mehr: kariös = normal. Die Veränderungen in der Zahngesundheit gelten als vorbildliche Leistung, auch für andere Felder im Gesundheitswesen. Hier konnte gezeigt werden, dass eine Verbesserung der Gesundheit für eine Bevölkerungsgruppe – die Kinder – über einen relativ kurzen Zeitraum möglich ist.

Während wir über die Zahn- und Mundgesundheit von Kindern bis ca. 11 Jahren relativ gut Bescheid wissen (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege 1998 und 2001, Künzel, 1997, Micheelis & Reich, 1999, Rojas & Böhm, 2000), gibt es für Jugendliche keinen vergleichbaren Erkenntnisstand. Zahnärztliche Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) im Land Brandenburg, die auch Schüler der 10. Klassen (mehrheitlich 15- bis 16-Jährige) umfassen, tragen mit dazu bei, diese Lücke zu schließen. Wir gehen der Frage nach, inwieweit der insgesamt günstige Trend, der für Schüler bis zur 6. Klasse in den vergangenen Jahren nachgewiesen werden konnte, auch für das Jugendalter gilt.

In sozialer, psychologischer wie auch in gesundheitlicher Hinsicht ist die Phase vom Ende der Kindheit bis hin zum jungen Erwachsenenalter prägend für den weiteren Lebensweg. Übergänge von einer Lebensphase zur nächsten gehen mit Chancen und Risiken für die gesundheitliche Entwicklung und soziale Integration einher. Die Bewältigung der Entwick-

lungsaufgaben des Jugendalters beeinflusst das Gesundheits- und damit auch das Mundhygieneverhalten im gesamten späteren Lebensweg.

Die soziale Lage der Herkunftsfamilien spielt eine Schlüsselrolle für die Erklärung gesundheitlicher Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen (Klocke, 2001). In den Analysen von Einschulungsdaten im Land Brandenburg konnte gezeigt werden, dass es einen sozialen Gradienten in der Kinder- und Jugendgesundheit gibt (MASGF, 1999). Für nahezu alle häufigen Befunde zeigte sich regelmäßig folgendes Muster: Je höher der Sozialstatus der Herkunftsfamilien, um so weniger pathologische Befunde waren zu verzeichnen. Indikatoren zur Zahn- und Mundgesundheit sind besonders aufschlussreich, wenn sie für verschiedene Gruppen von Jugendlichen differenziert dargestellt werden können. Bei einem Vergleich der Schulformen lässt sich die Einrichtungsform ermitteln, die das höchste Kariesaufkommen aufweist. So ergeben sich Anhaltspunkte für den höchsten Behandlungs- und Präventionsbedarf. Die Schulform ergibt gleichzeitig auch einen Hinweis auf den Sozialstatus der Schüler. Die Ergebnisse der PISA-Studien weisen für Deutschland aus, dass der soziale Status der Herkunftsfamilien und die Schulform eng verbunden sind (Schümer, Tillmann & Weiß, 2004). Diesen Sachverhalt nutzen wir für unsere Fragestellung. Können wir beispielsweise doch durchaus von der Schulform auf die Herkunftsfamilien schließen und annehmen, dass Schüler auf Gymnasien zum Großteil aus Familien mit höherem Sozialstatus stammen (überdurchschnittliche Einkommen, höhere Schulbildung der Eltern, höhere berufliche Positionen). Somit ergeben sich im Vergleich der Schulformen auch Hinweise auf soziale Ungleichheit und Gesundheit.

Die Analysen der zahnärztlichen Untersuchungsergebnisse im Land Brandenburg fließen in die Gesundheitsberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene ein und bilden eine Grundlage für Gesundheitsziele, gesundheitsbezogene Problemlösungen und gesundheitsfördernde Maßnahmen (MASGF, 1999 und 2001). Daraus resultieren Planungen präventiver Betreuungsprogramme. Seit 1993 werden

diese Planungen in einem Prophylaxeprogramm auf der Grundlage der „Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe insbesondere in Kindergärten und Schulen gem. § 21 SGB V“, in einem Netzwerk mit Kooperationspartnern erstellt, regional spezifiziert und umgesetzt. Seit Anfang 2001 sind auch Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, bis zum 16. Lebensjahr in diese Betreuung einzubeziehen. Begonnen wurde damit im Schuljahr 2002/03 und inzwischen werden in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Jugendliche in Förderschulen gruppenprophylaktisch betreut.

Im vorliegenden Beitrag werden auf der Grundlage von flächendeckenden Brandenburger Daten folgende Fragen beantwortet:

- Wie hat sich die Zahn- und Mundgesundheit der Jugendlichen seit Ende der 90er entwickelt?
- Gibt es Unterschiede zwischen verschiedenen Schultypen, die als Hinweise auf soziale Ungleichheit in der Zahn- und Mundgesundheit verstanden werden können?
- Wie viele Jugendliche nehmen Maßnahmen zur Individualprophylaxe in Anspruch? Zeigen sich in diesem Bereich Unterschiede zwischen Jugendlichen in verschiedenen Schultypen?
- Inwieweit werden die Brandenburger Gesundheitsziele mit Bezug auf die Zahngesundheit Jugendlicher erreicht (Bündnis Gesund aufwachsen in Brandenburg).

2. Methoden

Zahnärzte und Zahnärztinnen im ÖGD im Land Brandenburg erheben und dokumentieren schuljährlich Angaben zur Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen nach standardisierten Kriterien (MASGF, 2000). Durch die regelmäßigen Untersuchungen werden Krankheiten und Fehlentwicklungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich frühzeitig erkannt und entsprechend frühzeitig kann für eine Behandlung gesorgt werden. Diese präventive Leistung hat somit eine sozialkompensatorische Funktion – Kinder und Jugendliche aller Bevölkerungsgruppen werden unabhängig von ihrer Lebenssituation mit diesem Leistungsangebot erreicht.

Für die Analysen zur Zahn- und Mundgesundheit bei Schülern in den 10. Klassen standen für das Schuljahr 2003/2004 20.973 Datensätze aus 17 der insgesamt 18 Land- und Stadtkreise zur Verfügung. Für die Trenddarstellungen wurden die Daten ab dem Schuljahr 1998/99 verwendet. Über 6 Schuljahre waren das Datensätze von jährlich ca. 20.000 Jugendlichen der 10. Klassen. Für die Aussagen zu den Gesundheitsziele wurden die Daten der 15- bis 16-jährigen Jugendlichen herangezogen.

Alle Auswertungen wurden im Landesgesundheitsamt (LGA) des Landes Brandenburg unter Verwendung der Statistiksoftware SPSS V. 11.0 vorgenommen.

3. Ergebnisse zur Zahn- und Mundgesundheit

3.1 Zahn- und Mundgesundheit der Schüler in den 10. Klassen

Bei der Betrachtung des Gebisszustandes wird der steigende Anteil der kariesfreien Gebisse deutlich (Abb.1). Der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse verringerte sich nur geringfügig auf 16 % im Schuljahr 2003/2004, d.h., noch immer hat etwa jeder 6. Jugendliche in den 10. Klassen unbehandelte kariöse Zähne.

Bei der Analyse des Gebisszustandes der Schüler verschiedener Schultypen haben sich deutliche Unterschiede gezeigt, die als Ausdruck einer sozialen Abstufung und als Hinweis auf soziale Ungleichheit in der Mundgesundheit interpretiert werden können. Hatten im letzten Schuljahr in den Gymnasien in der 10. Klassenstufe nur 9 % der Jungen und 8 % der Mädchen behandlungsbedürftige Gebisse, waren es in den Förderschulen 36 % bzw. 31 %. Auch der Anteil der kariesfreien Gebisse war bei Förderschülern mit 12 % bei den Mädchen und 15 % bei den Jungen am niedrigsten.

1998/99 hatten die Schüler der 10. Klassen einen DMF-T von 4,55. Im Schuljahr 2003/2004 lag dieser Wert nur noch bei 3,09. Die Anzahl der durch Karies erkrankten, gefüllten oder extrahierten bleibenden Zähne hat sich in diesem Zeitraum reduziert. Bei Schülern aller Schulformen ließ sich ein Kariesrückgang feststellen (Abb. 2).

Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass die Karies bei den Zehntklässlern nicht gleichmäßig verteilt ist. 38 % der Schüler hatten im Schuljahr 2003/2004 DMF-T-Werte von 4 und größer. Somit vereinigten etwa 7.800 Schüler 80 % aller kariösen Zähne auf sich. Schüler der Gymnasien hatten deutlich seltener kariöse und behandelte Zähne und somit mit 2,4 den niedrigsten DMF-T-Index. Die höchsten Werte von 3,7 und 5,1 wurden bei Gesamt- und Förderschülern registriert.

3.2 Inanspruchnahme von Individualprophylaxemaßnahmen

Eine messbare Größe bzw. ein Indikator für die Inanspruchnahme der individuellen präventiven Betreuung sind die Fissurenversiegelungen. 73 % der Jugendlichen (mit durchschnittlich 4,7 versiegelten Zähnen) wiesen im Schuljahr 2003/04 Fissurenversiegelungen auf. Dabei gibt es keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. Auch bei den Fissurenversiegelungen zeigte die schultypbezogene Analyse, dass Förder- und Gesamtschüler diese Maßnahmen weniger in Anspruch nehmen (Abb. 3).

Die insgesamt positive Entwicklung der Zahn- und Mundgesundheit kann der gestiegenen Verfügbarkeit von Fluoriden, einem allgemein geänderten Gesundheitsverhalten sowie dem hohen Grad der zahnärztlichen Versorgung, zugeschrieben werden. Die präventive Betreuung hat sich in dieser Zeit im Versorgungssystem fest etabliert. Diese Jugendlichen konnten gruppen- und individualprophylaktische Maßnahmen in ihrer Schulzeit wahrnehmen.

3.3 Brandenburger Gesundheitsziele

Gesundheitsziele als ein Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik wurden seit 2003 im Land Brandenburg entwickelt. Man ließ sich dabei von dem im Jahr 2002 einstimmig gefassten Beschluss der 75. Gesundheitsministerkonferenz „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Prävention, Früherkennung und Frühförderung müssen verstärkt werden“ leiten. In bisher drei Fachtagungen haben Akteure, die direkt und indirekt mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen befasst sind, Gesundheitsziele

Abbildung 1: Gebissstatus der Schüler in den 10. Klassen im Trend.

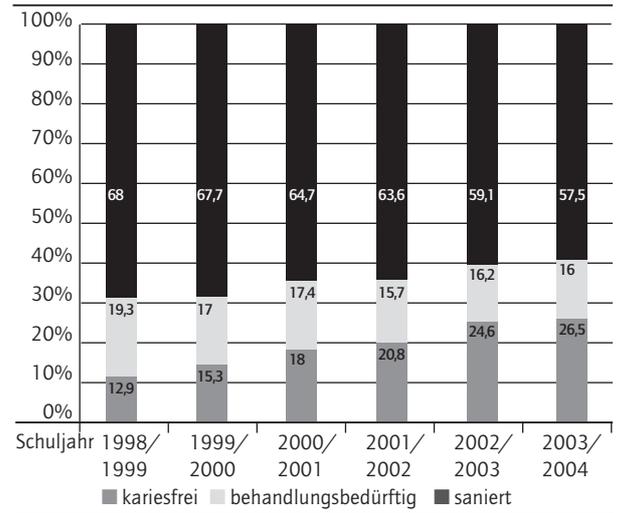


Abb. 2: DMF-T von Schülern der 10. Klassen im Trend nach dem Schultyp

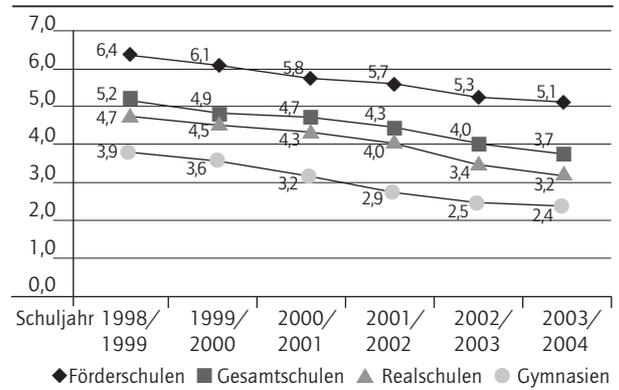


Abb. 3: Jugendliche in Klasse 10 mit Fissurenversiegelung nach Schultyp (2003/2004)

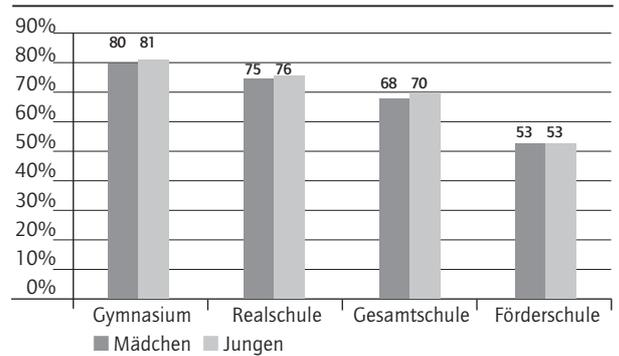
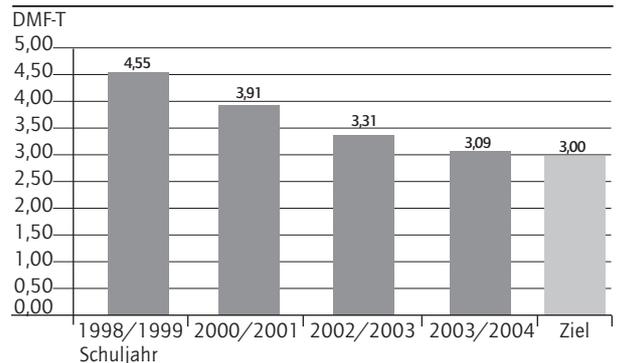


Abb. 4: Brandenburger Mundgesundheitsziele – Teilziel 3: Jugendliche haben zum Ende der Regelschulzeit durchschnittlich höchstens 3 Zähne mit Karieserfahrung und ein saniertes, funktionell intaktes Gebiss.



für neun Handlungsfelder erarbeitet. Für die Mundgesundheit lautet das Ziel:

Kinder und Jugendliche haben gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten. Konkretisiert wurde diese Zielstellung für die 5 Jahre alten Kindergartenkinder, 12-jährigen Schüler und 15- bis 16-jährigen Jugendlichen. Die Jugendlichen sollen zum Ende der Regelschulzeit höchstens 3 Zähne mit Karieserfahrung und ein saniertes, funktionell intaktes Gebiss haben (MASGF 2003).

Die Ergebnisse zum DMF-T-Index zeigen, dass diese Zielsetzung insgesamt nahezu erreicht ist (Abb. 4). Der Index differiert in dieser Altersgruppe von 2,2 für die Gymnasiasten bis 4,3 bei den Förderschülern.

4. Diskussion

Die Zahn- und Mundgesundheit der Jugendlichen im Land Brandenburg hat sich in den letzten Jahren verbessert. Prävention hat dazu einen Beitrag geleistet und ist erfolgreich. Die Entwicklung lässt sich an Maßzahlen ablesen. Der Anteil kariesfreier Gebisse ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und der DMF-T-Index ist rückläufig. Damit setzt sich der insgesamt positive Trend, der für Kinder seit einigen Jahren nachgewiesen wird, auch im Jugendalter fort. Allerdings zeigt die differenzierte Analyse auch:

- Der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse in der betrachteten Altersgruppe stagniert seit etwa 5 Jahren.
- Es gibt einen sozialen Gradienten in der oralen Gesundheit Jugendlicher. Schüler in Gymnasien haben die gesündesten, Förderschüler die schlechtesten Zähne.
- Sowohl bei den kurativen als auch bei den Prophylaxeleistungen bestehen schultypbezogene Unterschiede in der Inanspruchnahme. Fissurenversiegelungen liegen bei Schülern in Gymnasien häufiger vor. Förder- und Gesamtschüler nutzen die vorhandenen Betreuungsangebote weniger, was zu dem schlechteren Mundgesundheitszustand gegenüber den gleichaltrigen Realschülern und Gymnasiasien beiträgt.

Im Land Brandenburg wurde im Jahr 2003 ein Gesundheitszieleprozess für Kinder und Jugendliche eingeleitet, der auch Ziele für die Mundgesundheit enthält. Die oben dargestellten Ergebnisse zeigen bezogen auf das Teilziel für die Jugendlichen: Die Zahn- und Mundgesundheit der 15- bis 16-Jährigen nähert sich kontinuierlich der gesetzten Zielstellung an. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass es eine Gruppe von Jugendlichen gibt, die von dem gesteckten Ziel weit entfernt sind.

Die bisherigen Erfahrungen und Erfolge legen folgende Konsequenzen nahe:

1. Die Präventions- und Versorgungsangebote zielen darauf ab, vorhandene Unterschiede der Mundgesundheit bis zum Schulabschluss auszugleichen.

Eine verstärkte Motivation zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen in den Zahnarztpraxen ist hierfür ebenso erforderlich, wie die durch den Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit, Gruppenprophylaxe auch nach dem 12. Lebensjahr in den Schulen in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, durchzuführen. Basis sind regionale Interventionsplanungen. Betreuungsprogramme, die 2002/03 in der 7. Klasse begonnen wurden, sind kontinuierlich bis zur 10. Klasse durchzuführen und neben den Förderschülern sollten zukünftig auch Jugendliche anderer Schulformen schrittweise einbezogen werden. Ziel ist, dass Risikogruppen deutlich mehr vom allgemeinen Trend einer besser werdenden Zahn- und Mundgesundheit profitieren. Weitere Personal- und Sachkosten sind dafür erforderlich, wenn gleichzeitig die Betreuung bis zur Klasse 6 als Basis in ihrer bisherigen Form aufrecht erhalten werden soll.

2. Die in den Grundschulen (Klasse 1 – 6) begonnenen settingorientierten präventiven Betreuungsprogramme werden vor dem Hintergrund der nachgewiesenen Effektivität und Praktikabilität ab Klasse 7 fortgesetzt.

Die Durchführung von Fluoridierungsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen als zahnärztliche Aufgaben haben dabei einen hohen Stellenwert. Themenorientierte praktische Projektarbeit gemeinsam mit Pädago-

gen durchzuführen und Jugendliche aktiv einzubeziehen, ist in dieser Altersgruppe anzustreben. Ein solcher Maßnahmenkomplex ist gleichzeitig Impuls für die sich entwickelnden persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten der Schüler.

Erfahrungsgemäß stellt die Kontinuität dieser sozialkompensatorischen Betreuung auch eine optimale Brücke für den regelmäßigen Besuch der Zahnarztpraxis dar und ist somit weiterhin ein Anstoß für die Inanspruchnahme der Therapie und Individualprophylaxe.

Autoren:

Dr. Gudrun Rojas
Gesundheits-, Veterinär- und
Lebensmittelüberwachungsamt
Zahnärztlicher Dienst
D-14767 Brandenburg an der
Havel
E-Mail: gudrun.rojas@
stadt-brb.brandenburg.de

Dr. Andreas Böhm
Karin Lüdecke
Landesgesundheitsamt
Brandenburg im LASV
Wünsdorfer Platz 3
D-15838 Wünsdorf
E-Mail: andreas.boehm@
lga.brandenburg.de
E-Mail: karin.luedecke@
lga.brandenburg.de

Literatur bei der Redaktion

15 Jahre Sächsischer Landesverband der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Nach der politischen Wende übernahmen wir auch in Sachsen die für uns völlig neuen Strukturen des Gesundheitswesens, wie sie in den alten Bundesländern üblich waren. Zahnärzte arbeiten jetzt in privater Niederlassung oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Heute gibt es bis auf einen Kreis in jedem Gesundheitsamt einen Jugendzahnärztlichen Dienst mit hauptamtlich tätigen Zahnärztinnen. In Dresden und Annaberg bestehen noch Jugendzahnkliniken.

Zuerst war wohl jeder Angestellte im Gesundheitsamt ein Einzelkämpfer. Genaue Vorstellungen über die Aufgaben und deren Erfüllung waren nur vage. Da es gemeinsam leichter war, bei Behörden und Bevölkerung Akzeptanz zu erreichen, organisierten sich die Ärzte und Zahnärzte der Gesundheitsämter im „Sächsischen Verband der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“, die Gruppe der Zahnärzte bildete gleichzeitig die Landesstelle des Bundesverbandes der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BZÖG).

Im Vergleich mit anderen Bundesländern ist die Zusammenarbeit von Ärzten und Zahnärzten, wie wir sie in Sachsen praktizieren, eine empfehlenswerte Ausnahme. Sie ist historisch gewachsen und sie hat geholfen, in der Anfangszeit unsere Position zu finden. In vielen Gesundheitsämtern sind Jugendzahnärztlicher und Jugendärztlicher Dienst in einem Sachgebiet zusammengefasst, da die Zielgruppe gleich ist. Doch die Aufgaben unterscheiden sich erheblich. Zahnärztliche Aufgaben können nur von Zahnärzten erfüllt und nicht von Kinderärzten übernommen werden.

Gerade in den letzten Jahren bekam die enge Kooperation mit den Ärzten im Landesverband wieder wachsende Bedeutung. Die gemeinsame Erarbeitung und die gleichrangige Einordnung in die Aufgabenbeschrei-

bung der Gesundheitsämter, die neben Ausführungen zu den gesetzlich gebundenen Pflichtaufgaben auch Richtwerte über die zur Erfüllung notwendigen Arbeitszeit enthält, bildete die Grundlage für eine stabile Besetzung der Jugendzahnärztlichen Dienste, und dies in Zeiten immer knapper werdender kommunaler Kassen.

Von existentieller Bedeutung war das vereinte Vorgehen bei der Einflussnahme auf die neuen Gesetzlichkeiten in der Schulgesundheitspflege in Sachsen. Im ersten Gesetzentwurf wurde zwar auf die jugendärztlichen Untersuchungen eingegangen, von Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen war nichts enthalten. Die Fixierung im Gesetzestext ist jedoch wichtig für die Umsetzung in einer Schulgesundheitspflegeverordnung. Auch die Entstehung dieser Verordnung war ein Beispiel für die Wirksamkeit gemeinsam vertretener Interessen von Zahnärzten, Kinderärzten und Amtsärzten gegenüber dem Sozial- und dem Kultusministerium im Freistaat Sachsen, auch wenn nicht alle unsere Vorstellungen darin verwirklicht werden konnten.

Die fachlich kompetente zahnärztliche Landesvertretung liegt jedoch mehr bei der Zahnärztekammer und dem BZÖG, der die speziellen Belange gegenüber Bundesministerium, BZÄK, den Krankenkassen und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege (DAJ) vertritt.

In eigener Regie vertrat die Landesstelle Sachsen des BZÖG die Interessen der Zahnärztinnen und Zahnärzte aus den Ämtern bei der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege des Freistaates Sachsen e.V. (LAGZ). Durch die Landesstelle wurde ein „Leitfaden für die standardisierte Befunderhebung und Dokumentation zahnärztlicher Reihenuntersuchungen durch die Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Freistaates Sachsen“ erarbeitet. Gemeinsam mit den nun schon regelmäßig durchgeführten Kalibrierungsmaßnahmen bildet er die Grundlage zum Einen für die Teilnahme an der bundesweiten Auswertung der Gruppenprophylaxe durch die DAJ und zum anderen für den fundierten Vergleich der Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen innerhalb Sachsens.

Neben der Organisation von Fortbildungsveranstaltungen ist die Fortführung der besonderen Anleitung und Unterstützung der Zahnärztinnen im öffentlichen Gesundheitsdienst auch in Zukunft Aufgabe der Landesstelle Sachsen des BZÖG.

Dr. G. Hantzsche
Landesstellenleiterin

Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden hat neuen Vorstand

Auf der Mitgliederversammlung des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden wurde am 18.06.2005 folgender neuer Vorstand gewählt:

Dr. Gundi Mindermann,
1. Bundesvorsitzende
Dr. Christian Scherer,
2. Bundesvorsitzender
Dr. Benno Damm, Beisitzer
Eugen Dawirs, Beisitzer
Dr. Thomas Miersch, Beisitzer
Dr. Achim Nesselrath, Beisitzer
Dr. Ortrun Rupprecht-Möchel,
Beisitzer

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wünscht dem neu gewählten Bundesvorstand alles Gute und setzt für die Zukunft auf eine konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Für den Vorstand
Dr. Michael Schäfer MPH,
1. Bundesvorsitzender
Dr. Claudia Sauerland,
2. Bundesvorsitzende

Speisesalzfluoridierung muss erhalten bleiben

Uneinigkeit auf EU-Ebene könnte das Ende einer wichtigen Prophylaxemaßnahme bedeuten

Die Speisesalzfluoridierung hat sich in Deutschland in den letzten Jahren auf breiter Ebene durchgesetzt und gilt heute als eine wichtige Säule der Kariesprophylaxe. Im Jahre 1991 erstmals eingeführt, erreichte fluoridiertes Speisesalz, das als Jodsalz mit Fluorid angeboten wird, im Jahre 2004 bereits einen Marktanteil von über 63 Prozent und ist damit das meistgekauftete Haushaltssalz in Deutschland. Jodsalz mit Fluorid genießt in Fachkreisen wie beim Verbraucher eine hohe Akzeptanz, kommt allen Bevölkerungsschichten zugute, wirkt direkt beim Essen, wenn die Kariesgefahr am größten ist und ist gleichzeitig eine wichtige Basismaßnahme zur Verbeugung jodmangelbedingter Schilddrüsenkrankheiten. Fortschritte bei der Verbesserung der Jodversorgung und der Zahngesundheit vor allem bei Kindern und Jugendlichen sind weitgehend dieser Form der Kollektivprophylaxe zu verdanken.

Ein seit längerer Zeit diskutierter Verordnungsvorschlag der Europäischen Kommission könnte diesem Erfolgsmodell nun ein baldiges Ende bereiten. Im Zuge der Harmonisierung des Lebensmittelrechts auf EU-Ebene wird nämlich zurzeit eine Verordnung beraten, die den direkten Zusatz von Vitaminen und Mineralien sowie anderen Stoffen zu Lebensmitteln regelt. In der Liste der möglichen Stoffe (Annexliste), die Lebensmitteln zukünftig direkt zugesetzt werden dürfen, ist u. a. auch Fluorid aufgeführt. Die Nennung von Fluorid in dieser Liste ist Voraussetzung für die Speisesalzfluoridierung.

Bei der Beratung dieses Verordnungsvorschlags am 25. Mai 2005 in Straßburg hat sich das Europäische Parlament nunmehr aber für eine Streichung von Fluorid aus der Annexliste ausgesprochen, da eine direkte Anreicherung von Lebensmitteln mit Fluorid nicht notwendig sei. Mit diesem Beschluss widerspricht das Europäische Parlament dem Gesetzesvorschlag der Europäischen Kommission. Auch der Rat der Europäischen Union hat sich in

seinem „Political agreement“ vom 2./3. Juni 2005 für eine Anreicherung von Lebensmitteln mit Fluorid und somit für eine Beibehaltung von Fluorid in der Annexliste ausgesprochen.

Weitere Beratungen auf EU-Ebene sind deshalb notwendig. Voraussichtlich im Herbst 2005 wird in dem laufenden Gesetzgebungsverfahren entschieden, ob Fluorid zur Anreicherung erlaubt wird oder nicht. Blicke es bei dem Beschluss des Europäischen Parlaments, würde dies das Ende der Speisesalzfluoridierung bedeuten. Eine wichtige und bewährte Maßnahme der Kariesprophylaxe würde damit für immer entfallen. Dies muss verhindert werden. Wissenschaftliche Gesellschaften, Institutionen und Experten des Zahngesundheitswesens plädieren deshalb dafür, dass auch zukünftig in Deutschland und den anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union eine Fluoridierung nur von Jodsalz zulässig bleibt.

Um diesen Forderungen Nachdruck zu verleihen, haben sich jetzt auch die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung und die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde zu Wort gemeldet und in Stellungnahmen an die Entscheidungsträger in Berlin und Brüssel ihre Argumente für die Beibehaltung der Speisesalzfluoridierung vorgetragen. Unterstützt wird diese Forderung ferner von der Bundeszahnärztekammer, dem Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) und anderen Institutionen.

Ziel aller Bemühungen muss es sein, die Speisesalzfluoridierung in Deutschland zu erhalten und sie darüber hinaus auf europäischer Ebene zu etablieren, sodass die „Erfolgsmaßnahme Speisesalzfluoridierung“ in Zukunft auf noch breiterer Ebene wirksam werden kann.

Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer
Sprecher des wissenschaftlichen Beirates der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde der Universität Düsseldorf

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) zur Speisesalzfluoridierung

Die seit 1991 in Deutschland etablierte Speisesalzfluoridierung ist ein bewährtes Instrument der Kariesprophylaxe, das effektiv und effizient zur Kariesreduktion bei Kindern und Jugendlichen beiträgt. Die kariespräventive Wirkung der Anwendung von fluoridiertem Speisesalz ist vielfach nachgewiesen worden. Besondere Bedeutung hat die Speisesalzfluoridierung darüber hinaus dadurch, dass sie

- allen Bevölkerungsschichten, insbesondere auch den Schichten, welche zu eigenverantwortlichem Präventionsverhalten nicht ausreichend in der Lage sind, zugute kommt,
- gut etabliert und vom Verbraucher mit einem Marktanteil von derzeit bereits 63,1 % gut akzeptiert ist,
- kostengünstig und
- nachweislich gesundheitlich unbedenklich ist.

Vor diesem Hintergrund ist es von sehr großer Bedeutung, eine weitere Verbreitung der Speisesalzfluoridierung zu erzielen. Eine Einschränkung der Speisesalzfluoridierung wäre ein empfindlicher Rückschlag in der Kariesprophylaxe und würde vor allem Kindern und Jugendliche aus Bevölkerungsschichten treffen, die bislang durch andere Formen des Fluoridangebots nicht ausreichend erreicht werden können. In den vergangenen Jahren haben sich maßgebliche Institutionen einschließlich aller relevanten wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Universitäten und Gesundheitsbehörden für die Speisesalzfluoridierung eingesetzt und entsprechende Aufklärungsarbeit geleistet.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) unterstützt nachhaltig die Speisesalzfluoridierung. Die DGK fordert alle gesundheitspolitischen Entscheidungsträger auf, den Erfolg der Speisesalzfluoridierung nicht durch gesetzliche Neuregelungen zu gefährden, sondern vielmehr nach Kräften zu fördern.

Prof. Dr. Ulrich Schiffner
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK)

Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen – eine 10 Jahresbilanz

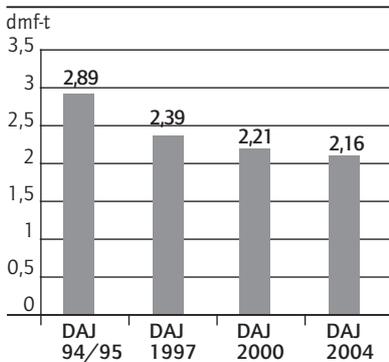
Interessierte Journalisten und mit der Thematik auf verschiedene Weise Vertraute folgten am 14. August 2005 der Einladung der DAJ in die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, um die ersten offiziellen Ergebnisse der Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004 zu erfahren.

Professor Dr. Pieper ging einleitend auf die zurückliegenden Studien ein und erläuterte allgemeine Inhalte, um zur neuen Studie überzuleiten. Der Frage, ob die beobachtete Verbesserung der DMFT-Mittelwerte auf eine Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern mit ohnehin guten Mundbefunden zurückzuführen war, oder ob auch bei Kindern mit hohem Kariesrisiko ein analoger Kariesrückgang zu verzeichnen war, wurde in der aktuellen Studie mit Hilfe des Significant Caries Index (SiC-Index) nachgegangen. Das Augenmerk sollte auf die Gruppe mit dem höchsten Kariesbefall gelenkt werden, denn der SiC-Index fokussiert auf das Drittel einer Population mit den höchsten DMFT Werten. Ein weiteres Novum der DAJ-Studie 2004 ist, dass sich erstmals alle Bundesländer beteiligten. Für den Studienleiter ging das mit zusätzlichen Abstimmungen einher. Da war es positiv, dass sich die meisten der beteiligten 366 Untersucher mit den Modalitäten der Durchführung auskannten und eine gewisse Routine von der Kalibrierung bis zum Versand der Untersuchungsergebnisse vorhanden war. Es soll daher nicht versäumt werden, den Dank, den Professor Dr. Pieper allen Mitwirkenden aussprach, an dieser Stelle weiterzuleiten.

Zu den Ergebnissen führte Professor Pieper Folgendes aus. Bei den Schulanfängern bot sich ein heterogenes Bild. Während in Baden-Württemberg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt in dieser Altersgruppe ein weiterer „Caries decline“ zu verzeichnen war, trat in Schleswig-Holstein, Bremen, Westfalen-Lippe und Hessen eine Stagnation

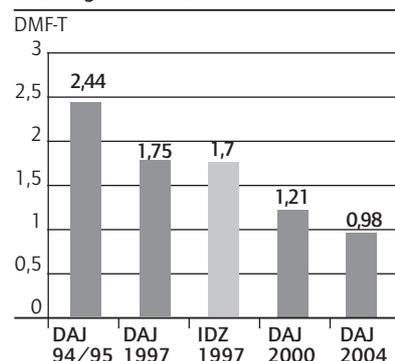
und in Berlin, Brandenburg und Thüringen eine Verschlechterung ein. Die mittleren dmft-Werte bei den 6- bis 7-Jährigen lagen zwischen 1,58 (Baden-Württemberg) und 2,91 (Sachsen-Anhalt). Die Abbildung 1 zeigt, wie sich in dieser Altersgruppe der Gesamt-dmft für Deutschland entwickelte. Lag der mittlere dmft der 6- bis 7-Jährigen 1994/95 noch bei 2,89, so betrug er im Jahr 2004 2,16. Das entspricht einem bundesweiten Kariesrückgang von 25 % in 10 Jahren. Der Prozentsatz der Kariesfreien variierte je nach Bundesland zwischen 34,9 % und 59,6 %. Allerdings war immer noch fast die Hälfte aller kariösen Milchzähne nicht mit einer intakten Füllung versorgt.

Abb. 1 Mittlere dmft-Werte bei 6- bis 7-Jährigen in Deutschland im Zeitverlauf



Bei den 12-Jährigen fiel der Kariesrückgang besonders hoch aus: In den letzten zehn Jahren ging er um 60 % zurück! Der mittlere Karies-Index fiel von 2,44 auf 0,98. In dieser Gruppe wurde bereits in der Hälfte der Bundesländer der von der WHO für 2010 in Europa geforderte Wert von 1,0 unterschritten (Abbildung 2). Dabei lagen die Werte zwischen 0,71 (Baden-Württemberg und Saarland) und 1,42 (Mecklenburg-Vorpommern). 50,9 % und 68,6 % der Schüler waren je nach Bundesland kariesfrei.

Abb. 2 Mittlere DMFT Werte bei 12-Jährigen in Deutschland im Zeitverlauf



Die 15-Jährigen wurden im Rahmen der DAJ-Studie 2004 zum ersten Mal untersucht. Der mittlere DMFT lag für Deutschland insgesamt bei 2,05. Der höchste DMFT-Mittelwert (2,9) wurde in Mecklenburg-Vorpommern festgestellt, der niedrigste (1,25) in Baden-Württemberg. Der Prozentsatz der Kariesfreien lag zwischen 31,2 % und 48,9 %.

Auf weitere Ergebnisse wird an dieser Stelle nur kurz hingewiesen. Eine Polarisierung des Kariesbefalls war wiederum erkennbar. In allen Altersgruppen sind die Karieswerte linkschief verteilt, d. h. einer großen Gruppe von Kindern und auch Jugendlichen ohne Karieserfahrung steht eine kleine Gruppe von „Kariesproduzenten“ gegenüber. Die Auswertungen in Abhängigkeit vom Schultyp ergab, dass auch im Jahr 2004 noch immer deutliche Unterschiede vorhanden sind und ein Zusammenhang zwischen sozialer Lage und dem Kariesbefall besteht. Sehr erfreulich ist die Tatsache, dass vom allgemeinen Kariesrückgang nicht nur die Kinder mit geringer Kariesgefährdung, sondern auch die Kinder mit hohem Kariesrisiko profitiert haben, was aus der Entwicklung der SiC-Werte hervorgeht.

Professor Dr. Pieper zog folgendes Fazit: Die DAJ-Studie 2004 spiegelt ein sehr positives Bild der Mundgesundheit bei den Jugendlichen wider. So verbesserte sich die Zahngesundheit bei den 12-Jährigen noch einmal deutlich. Diese Entwicklung wird nicht nur durch die DMFT-Mittelwerte dokumentiert, sondern auch dadurch, dass die Gruppe der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko kleiner geworden ist. Auch bei den 15-Jährigen war eine überraschend gute Zahngesundheit zu verzeichnen. Die Entwicklung bei den 6- bis 7-Jährigen verlief nicht so positiv. Diese Entwicklung sollte sorgfältig beobachtet sowie durch eine Verstärkung präventiver und kurativer Maßnahmen verändert werden. Die aufsuchenden basisprophylaktischen Maßnahmen waren erfolgreich und sollten weiter fortgesetzt und durch eine selektive Intensivprophylaxe ergänzt werden. Da die mangelhafte Sanierung kariöser Milchzähne immer noch ein großes Problem darstellt, ist die Milchzahnbehandlung zu intensivieren.

Alle Ergebnisse werden anlässlich der diesjährigen Mitgliederversammlung der DAJ vorgestellt und im Anschluss daran werden die Details wie

bei den vorangegangenen Studien in dem Gutachten der DAJ veröffentlicht.

Der amtierende DAJ-Vorsitzende, Dr. Oesterreich, stellte in seinem Statement Überlegungen zu den Ursachen der Verbesserung der Zahngesundheit an und ging auf weitere Handlungsansätze aus der Sicht der DAJ ein. Unterschiede in der soziodemographischen Entwicklung, wie die Migration in bestimmten Regionen aber auch der sozioökonomische Status, wesentlich geprägt durch Bildung und Arbeit, beeinflussen das gesundheitliche Verhalten in den Familien und tragen so zu der beobachteten Entwicklung bei. Präventive Maßnahmen sind auch im Kontext mit gesellschaftlichen und sozialen Verhältnissen zu sehen. Die Rolle des Staates, der die Schaffung von Rahmenbedingungen und Strukturen gestaltet, wurde ebenso erwähnt, wie die negative Tendenz der öffentlichen Hand, Verantwortung an Dritte abzugeben.

Für das verstärkte Aufkommen der Milchzahnkaries werden die nicht ausreichende Kenntnis der Eltern über die Rolle ihres Verhaltens bei der Entstehung dieses Krankheitsbildes und eine mangelnde Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen angesehen. Kooperationen zwischen Zahnärzten, Kinderärzten und Gynäkologen praktisch auf den Weg zu bringen wird Kreativität und unkonventionelles Agieren erfordern. Aufsuchende und risikogruppenorientierte Prophylaxestrategien zu verfolgen und die Verbesserung der Milchzahntherapie umzusetzen, muss zukünftig besser gelingen.

Dass die erzielten Erfolge bei den 12-Jährigen keine Gewähr dafür sind, dass es so weitergeht, wurde mit Blick auf ein mögliches Nachlassen des bisherigen Engagements sehr deutlich gesagt. Erreichtes zukünftig zu stabilisieren kann problematisch werden, wenn man weiß, dass bereits bei den Kleinen die Krankheitslast mancherorts groß ist. Hier heißt es also, bewährte Strategien fortzusetzen. Gruppenprophylaxe in den Kindereinrichtungen kontinuierlich umzusetzen gilt es ebenso zu sichern wie die Inanspruchnahme der Individualprophylaxe in den Zahnarztpraxen. Altersgerechte Öffentlichkeitskampagnen insbesondere für Jugendliche zu etablieren ist

eine Aufgabe mit der die DAJ Neuland betritt und im Herbst erste Ergebnisse vorstellen wird.

Insgesamt hat sich gezeigt, die vielfältigen Bemühungen aller an der zahnmedizinischen Prophylaxe Beteiligten haben sich gelohnt. Unterschiedliche Faktoren aus den Bereichen „häusliche Prophylaxe“, Gruppen- und Individualprophylaxe als sich ergänzende Bausteine haben zu dem Erfolg beigetragen. Die Ergebnisse wurden auch durch den nicht unbeträchtlichen Mitteleinsatz der GKV für die zahnärztliche Prävention in Höhe von 435 Mio. Euro allein im Jahr 2004 möglich. Da stimmt es jedoch alle in der Gruppenprophylaxe Aktive nachdenklich, dass davon nur 38 Mio. Euro für die Gruppenprophylaxe aufgewendet wurden. Ein Missverhältnis, das der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen bereits mehrfach kritisch angemerkt hat.

Das bekannte Zitat des Schweizer Präventivzahnmediziners Professor Dr. Marthaler: „Man muss den Tiger „Karies“ hinter Gittern halten; wann immer man die Gitter nicht pflegt, bricht das Zahnraubtier wieder aus.“ ist für alle immer wieder Ansporn, in den Bemühungen um die Verbesserung der Gesundheit unserer Kinder nicht nachzulassen.

Dr. Gudrun Rojas,
Brandenburg/Havel

Bildungsstand der Mütter beeinflusst Übergewicht bei Kindern

Um den Zusammenhang zwischen kindlichem Übergewicht und dem sozioökonomischen Status der Familie zu untersuchen, ermittelte die Schulingangsstudie 2002/2003 in Aachen Daten von 2020 6-jährigen Kindern und fast allen Eltern (97,9 %). Erfragt wurden unter anderem Ausbildung, berufliche Tätigkeit, Körperlänge und -gewicht beider Eltern. Unzureichende Schulbildung der Eltern, insbesondere der Mutter, erweist sich als Hauptrisikofaktor für dicken Nachwuchs. Je geringer die Schulbildung und je kleiner die Wohnung (m²/Person), desto größer zeigte sich die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind übergewichtig ist. Das Übergewichtsrisiko ist für Kinder von Müttern ohne Schulabschluss nahezu dreimal höher als für Kinder von Müttern mit Abitur oder vergleichbarem Abschluss. Die Korrelation ist noch deutlicher, wenn die Eltern übergewichtig sind (BMI >25 kg/m²). Ein Unterschied zwischen Jungen und Mädchen ist nicht erkennbar.

Die Ergebnisse zeigen einmal mehr, dass gezielte Präventions- und Interventionsprogramme und bessere Schulbildung für sozial und ökonomisch benachteiligte Kinder gefordert sind, um so dem Übergewicht in der nächsten Generation entgegenzuwirken.

Quelle: www.ime-info.de

Alarm: Karies schon bei den Kleinsten – was tun?

Unter diesem Motto lud der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS e.V.) am 26.06.2005 in Berlin zum Pressegespräch ein.

Karies schon bei den Kleinsten ist ein gravierendes und schmerzhaftes Problem: In manchen Kindergärten sind bereits 40 Prozent aller Kinder betroffen. Durch die Studie „Mundgesundheitsaufklärung beim Zahnarzt“, bei der über mehrere Monate 14.000 Mütter im Großraum Kassel befragt wurden, deckte der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS e.V.) auf, dass bei den Eltern noch viele Wissensdefizite hinsichtlich der frühesten Form von Karies, der so genannten „Nuckelflaschenkaries“, bestehen.

Die Ursachen schlechter Zähne bei den Kleinsten sind vielfältig: Zahlreichen Eltern war z.B. gar nicht bewusst, dass auch natursüße Säfte (Apfelsaft etc.) massiv zahnschädigend sein können. Dies gilt vor allem dann, wenn dem Kind eine Plastik-Trinkflasche zur Selbstbedienung überlassen wird. Nächtliches Dauernuckeln – von den Eltern gern zur Beruhigung ihres Kindes eingesetzt – kann somit schnell zu Dauerschäden führen.

„Eltern sollten mehr Verantwortung für die Gesundheit ihrer Kinder übernehmen“, so Dr. med. dent. Harald Strippel, Fachgebietsleiter Zahnmedizinische Versorgung beim MDS. Dies gelte vor allem für sozial schwächere Schichten und Migrantenfamilien, denn diese sind dreimal so häufig von Karies betroffen. Außerdem appelliert Dr. Strippel an den Gesetzgeber, langfristig den Bildungsgrad der Eltern und die soziale Lage von Familien zu fördern. Die Europäische Union (EU) solle außerdem nach Möglichkeit



Kunststoff-Saugerflaschen in den Mitgliedsländern verbieten, da leichte Plastikflaschen, die von Kindern selbst gehalten werden können, nachweislich als Ursache der Nuckelflaschenkaries identifiziert wurden.

Einige ganz konkrete Empfehlungen an die Eltern lauten:

- Vermeidung der Prägung auf Süßes (z.B. Saft, süßer Tee)
- Kinder im ersten Lebenshalbjahr möglichst vollständig stillen
- Trinken aus der Flasche bis zum 1. Geburtstag abgewöhnen

Weitere nützliche Hinweise finden Eltern auf dem neuen Handzettel des MDS „Babys Zähne gut gepflegt – richtiges Trinken hilft dabei“ (www.mds-ev.de).

Babys und Kleinkinder sollten weder an Süßes, noch ans Saugen gewöhnt werden: „Falls voll gestillt wird, kann vielleicht sogar komplett auf Saugerflaschen verzichtet werden“, so Prof. Dr. med. dent. Willi-Eckhardt Wetzel, Leiter der Poliklinik für Kinderzahnheilkunde der Universität Gießen. Auch Schnabelaufsatzgefäße als Trinklernhilfe sollten gar nicht oder nur über vier bis sechs Wochen vor Ablauf des 1. Lebensjahres eingesetzt werden.

Ein zunehmendes Phänomen: Auch Große hängen inzwischen immer öfter „an der Flasche“ – der Sportlerflasche. Etliche Freizeitsportler möchten mittlerweile nicht mehr auf eine Trinkflasche zum tropfarmen „Nuckeln“ verzichten und liefern Kindern unter Umständen so unbewusst ein schlechtes Vorbild, das hinterfragt werden sollte.

Medizinischer Dienst der
Spitzenverbände der
Krankenkassen e. V.
Lützwowstraße 53
45141 Essen

AKTUELLES

Wrigley Prophylaxe Preis 2006

Mundhygiene und
Allgemeingesundheit im Fokus

Wrigley Oral Healthcare Programs schreibt zum 14. Mal den Wrigley Prophylaxe Preis unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) aus. Der Themenschwerpunkt liegt dieses Jahr auf der Prophylaxe oraler Erkrankungen und deren Wechselwirkungen mit der Allgemeingesundheit.

Die in Wissenschaft und Praxis angesehene Auszeichnung wird von Wrigley Oral Healthcare Programs, dem wissenschaftlichen Informations- und Forschungsprogramm der Firma Wrigley gestiftet. Vergeben wird sie für hervorragende Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der zahnärztlichen Präventivmedizin sowie für Arbeiten und Programme, die sich der Umsetzung der Prophylaxe im öffentlichen Gesundheitswesen oder in der Praxis widmen.

Der Preis ist mit insgesamt 8.000 Euro dotiert und wird im Mai 2006 in Mainz verliehen. Es können sich angehende approbierte Mediziner sowie Angehörige anderer naturwissenschaftlicher Fakultäten bewerben. Einsendeschluss ist der 01. März 2006.

Eine unabhängige Jury aus renommierten Wissenschaftlern, dem Präsidenten der DGZ und einem Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen bewertet die eingehenden Arbeiten. Die Teilnahmebedingungen können Sie im Internet abrufen unter: www.wrigley-dental.de oder anfordern bei: kommed, Dr. Barbara Bethke, Ainmillerstr. 34, 80801 München, Fax: 089/33036403.



Dr. Heinz-Joachim Fichtner †

Dr. Heinz-Joachim Fichtner verstorben

Am 31. August 2005 verstarb der ehemalige 1. Vorsitzende des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. Dr. Heinz-Joachim Fichtner, ltd. Kreismedizinaldirektor a.D., im Alter von 78 Jahren.

Von 1965 an bis zum Jahre 1992 führte Dr. Fichtner den Bundesverband und hat damit einen nicht unwesentlichen Teil seiner Schaffenskraft dem Dienst an der Kollegenschaft gewidmet.

Bevor Dr. Fichtner Anfang der 60er Jahre die Leitung des jugendzahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes in Neuss übernahm, war er nach seiner Assistententätigkeit zunächst 10 Jahre in eigener Praxis tätig.

Es spricht für seine besonderen Verdienste, wenn man wenige Jahre nach Eintritt in den ÖGD bereits 1965 zum 1. Vorsitzenden des Verbandes gewählt wird. Es ist nahezu unmöglich, die vielseitigen Aspekte, die mit einer so zentralen Aufgabe wie die der Wahrnehmung des Bundesvorsitzes eines Berufsverbandes und gleichzeitig wissenschaftlichen Gesellschaft verbunden sind, auch nur annähernd erschöpfend zu beleuchten. Sein beispielhaftes Engagement kann nur durch echte Begeisterung für die Sache erklärt werden.

So brachte sich Dr. Fichtner zwischen 1961 und 1964 intensiv in die damalige Diskussion um ein Bundesjugendzahnpflegegesetz ein. Er gründete 1971 unser Verbandsorgan „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“, bereitete die Feldstudie zur Ermittlung der Praktikabilität und Effizienz von Fluoridapplikationen und deren Auswertung vor, beteiligte sich 1975 maßgeblich an der Durchsetzung der Fachgebietsanerkennung „Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen“, war 1981 und 1983 eingebunden in die Initiative zur Kostensenkung durch zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen und den Versuch einer Kosten-/Nutzenanalyse und begleitete schließlich 1990 die Umsetzung des §21 GRG.

Seine herausragende Tätigkeit steigerte das Ansehen der Jugendzahnpflege beträchtlich, die gebührende Anerkennung dieser Leistung ließ folgerichtig nicht lange auf sich warten. 1973 erhielt Dr. Fichtner das Verdienstkreuz am Bande, 1984 das Verdienst-

Zum Gedenken Dr. Friedrich-Wilhelm Schröder

Mit großer Betroffenheit haben wir die Nachricht erhalten, dass am 2. September 2005 Herr Dr. Friedrich-Wilhelm Schröder, langjähriger Leiter der medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung der GABA GmbH in Lörrach verstorben ist.

Noch vor ziemlich genau zwei Jahren wünschte ihm der Verband nach der Verleihung des Silbernen Ehrenzeichens für seinen „Unruhestand“ alles Gute. Aus den Händen der damaligen Bundesvorsitzenden, Dr. Klaus Dürr und Dr. Gudrun Rojas, erhielt Dr. Schröder auf dem Bundeskongress in Saarbrücken die höchste Auszeichnung des Bundesverbandes für seine nimmermüde Unterstützung, seine Aktivitäten und sein überaus großes Engagement auch im Bereich der Jugendzahnpflege.

Nach seinem Diplom als Chemiker im Jahre 1968 erhielt Dr. Schröder 1970 bereits die Promotion. Es folgten wechselnde Tätigkeiten in verschiedenen Sparten der Industrie, bis er schließlich 1978 die Leitung der medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung der Wybert GmbH Lörrach übernahm. Diese Position hielt er bis zu seinem Ausscheiden im Jahre 2002 inne.

In seinem Bestreben, die Jugendzahnpflege zu fördern und ein Mehr an Zahngesundheit zu erzielen, organisierten er und Dr. Franz Braun ab

kreuz erster Klasse und schließlich 1993 den großen Verdienstorden der BRD verliehen. Weitere Ehrungen folgten 1982 in Form der goldenen Ehrennadel der Bundeszahnärztekammer und 1986 würdigte ihn der Verein für Zahnhygiene mit der Tholuck-Medaille. Nach seinem Rücktritt als 1. Vorsitzender des BZÖG ehrte ihn unser Verband mit dem silbernen Ehrenzeichen.

Die Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Verbandsmitglieder und viele weitere Kollegen schulden Dr. Fichtner Dank.

Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Für den Vorstand und die Mitglieder des BZÖG
Dr. Michael Schäfer MPH
1. Vorsitzender



Dr. Friedrich-Wilhelm Schröder †

1980 regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen für die Landesstellen Baden-Württemberg und später auch Nordrhein.

Seit 1983 existierte dann ein kontinuierlicher

Austausch mit dem Vorstand des BZÖG, insbesondere mit Herrn Dr. Schürmann aus Duisburg. Diese Zusammenarbeit gipfelte schließlich unter den vormaligen Vorsitzenden, Herrn Dr. Dürr und Frau Dr. Rojas, in die organisatorische, finanzielle und ideelle Unterstützung der Arbeitstagen des BZÖG in den Jahren 2000 bis 2003. Ohne die helfende Hand von Dr. Schröder hätten diese hoch geachteten Tagungen nicht umgesetzt werden können. Dabei blieb er in seiner überaus großen Bescheidenheit und Zurückhaltung immer im Hintergrund und freute sich umso mehr über sehenswerte Ergebnisse.

Herr Dr. Schröder wird uns nicht nur deswegen unvergessen bleiben, sondern auch wegen seiner profunden Kenntnisse, die er als Referent den Zahnärzten auf dem Bundeskongress in Schwäbisch-Gmünd in seinem Vortrag über die rechtlichen Aspekte der Verwendung von Fluoridpräparaten vermittelte. Nicht zuletzt hat er zusammen mit unserer Kollegin Dr. Brigitte Brunner-Strepp aus Osnabrück wissenschaftlich gearbeitet und die Ergebnisse publiziert.

Für die Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst stellt der Tod von Dr. Friedrich-Wilhelm Schröder einen schmerzhaften Verlust dar. Für ihn war die Jugendzahnpflege, die Gruppenprophylaxe und die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen ein vordringliches Anliegen. Dabei ließ er den sozialen Aspekt innerhalb der Zahnheilkunde nie außer acht.

Er imponierte durch seine außerordentliche Fachkenntnis und seine tiefe Menschlichkeit.

Wir sagen Danke für die vielfältige Unterstützung.

Dr. Friedrich-Wilhelm Schröder wird uns fehlen.

Für den Vorstand
Dr. Michael Schäfer MPH
1. Vorsitzender

„ZahnMEDIZIN interdisziplinär“

Unter dieser Thematik findet vom 26. bis 30. Oktober 2005 im ICC Berlin die erste Gemeinschaftstagung der wissenschaftlichen Gesellschaften der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Deutsche Zahnärztetag statt. Es wird der erste gemeinsame Kongress der DGZMK und der Bundeszahnärztekammer mit allen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Gruppierungen der ZMK sein. Auf der langen Liste der achtzehn teilnehmenden zahnärztlichen Gesellschaften, Arbeitskreisen und Arbeitsgemeinschaften finden sich auch die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und der Arbeitskreis Epidemiologie.

Grundgedanke dieser noch nicht existierenden Form eines interdisziplinären Kongresses war es, für den gegenseitigen fachlichen Meinungsaustausch eine ganz neue Ebene zu finden. „Darüber hinaus bedeutet das Überschreiten der Disziplin-Grenzen auch eine Annäherung an die Allgemein-

medizin und damit die Erfüllung einer weiteren Vorgabe des Wissenschaftsrates“, so der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Herr Prof. Dr. Georg Meyer.

Das Tagungsprogramm mit seinen wissenschaftlichen Referaten, Seminaren und den Workshops ist so vielseitig und umfangreich, dass hier auf die Website „www.zmk2005.de“ hingewiesen werden soll.

gha

56. Wissenschaftlicher Kongress

Der 56. Bundeskongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes findet vom 11. bis 13. Mai 2006 in Frankfurt (Oder) statt.

Das Motto lautet:

„Öffentlicher Gesundheitsdienst ohne Grenzen in der neuen Mitte Europas“.

Über den Stand der aktuellen Programmplanung informieren wir Sie ab Dezember 2005 unter www.bzoeg.de.

Tagungsort:

Kleist Forum Frankfurt
Platz der Einheit 1
15230 Frankfurt (Oder)

Hotelvermittlung:

Tourismusverein Frankfurt (Oder)
Karl-Marx-Str. 1
15230 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335 32 52 16
Fax: 0335 22 56 5

ANZEIGE
EASYSOFT
WIE AUSGABE
3/05

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, Claudia.Sauerland@kreis-unna.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-rnk.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 Grafikschemen 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.

www.bzoeg.de

ANZEIGE

KINDERLIEDBÜHNE

WIE 3/05