

Offizielles Organ des Bundesverbandes
der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

40. Jahrgang / April 2010 www.bzoeg.de

Schulungen in der
Altenpflegeausbildung

Kooperationsverbund
– Gesundheitsförderung
für sozial Benachteiligte

Bedarfsorientiertes
Präventionskonzept
in Gütersloh



Kindergartenuntersuchung in Hessen

1.10

3 Editorial

Bericht

4 Dritte Querschnittsuntersuchung zur Mundgesundheit 3- bis 5-jähriger Kindergartenkinder in fünf Landkreisen und drei kreisfreien Städten in Hessen 2007/2008

8 Schulungen in der Altenpflegeausbildung – Ein Projekt zur Verbesserung der Mundhygiene bei Pflegebedürftigen

13 9. Naunhofer Gespräche in Leipzig

15 Eindrücke vom 19. Brandenburgischen Zahnärztetag

Kongressbeitrag

12 Bedarfsorientiertes Präventionskonzept für die weiterführenden Schulen im Kreis Gütersloh

Aktuelles

11 Zum Abschied: Frau Dr. Gisela Winter-Borucki

16 Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ informiert

18 Zum Gedenken: Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann

19 Zahnpflegekaugummi nach dem Mittagessen

Titelbild: Archiv BZÖG

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.10
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –
Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens

1. Vorsitzender: Dr. Michael Schäfer, MPH
Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf
Tel. 0211/899 26 41, Fax 0211/892 90 79
Michael.schaefer@stadt.duesseldorf.de

2. Vorsitzende: Dr. Claudia Sauerland
Uelzener Dorfstr. 9, 59425 Unna
Tel. 02303/27 26 53, Claudia.Sauerland@kreis-unna.de

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
Geschäftsführung: Dr. Cornelia Wempe
Erikastraße 73, 20251 Hamburg
Tel. 040/42 80 13 375, Fax 040/42 80 12 567
Cornelia.Wempe@t-online.de

Redaktion:

Dr. Grit Hantzsche
Hohe Str. 61, 01796 Pirna
Tel. 03501/51 58 22, Fax 03501/51 58 96
grit.hantzsche@landratsamt-pirna.de

Anzeigenverwaltung:

Schatzmeister: Bernd Schröder
Mozartstr. 50, 47226 Duisburg
Tel. 02065/905-8579, Fax -8572
b.schroeder@stadt-duisburg.de
Bankverbindung: Foerde Sparkasse
KTO 192 05 558, BLZ 210 501 70

Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch
Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf
Tel. 06221/522 18 48, Fax 06221/522 18 50
niekusch@agz-rnk.de

Zeitungsbeirat:

Dr. Gudrun Rojas
Dr. Christoph Hollinger
Dr. Gereon Schäfer

Satz und Druck:

Poly-Druck Dresden GmbH
Reisstraße 42, 01257 Dresden

Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ erscheint dreimal im Jahr.
Verbandsmitglieder erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.
Einzelheft: 5,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, inkl. Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.
Bestellungen werden von der Geschäftsführung entgegengenommen. Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluss.

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.

Auflage: 650 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de

EDITORIAL



Dr. Michael Schäfer
MPH



Dr. Claudia Sauerland

Liebe Leserinnen und Leser,

mit der ersten Ausgabe unserer Zeitschrift 2010 läutet der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes redaktionell die zweite Dekade im 21. Jahrhundert ein.

Eine Dekade, an deren Ende die Überprüfung der Mundgesundheitsziele für Deutschland – 2020 steht. Hierzu wird zählen, ob der Anteil kariesfreier Gebisse bei den 6-Jährigen mindestens 80 % beträgt oder ob der Anteil des gruppenprophylaktischen Betreuungsgrades für Kinder und Jugendliche zwischen dem 3. und 16. Lebensjahr auf 80 % gestiegen ist.

Gesundheit kann nicht allein durch die Versorgung in der Praxis gewährleistet werden. Die Förderung der Gesundheit muss an den alltäglichen Lebensbereichen ansetzen, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen.

Dieses als Setting bezeichnete soziale Gefüge umfasst zahlreiche Elemente, die die Gesundheit beeinflussen und gilt als Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung. Zahnärzten resp. Ärzten fällt dabei eine Schlüsselfunktion in der präventiven Versorgung zu. Bereits 1996 wies die „Preventive Services Task Force“ darauf hin, dass effektive verhaltensbezogene Primärprävention ein weitaus größeres Potential zur Verbesserung der Gesundheit hat als nicht standardisierte Routineuntersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung.

Es geht um die frühzeitige Identifikation von verhaltensbezogenen, verhältnisbezogenen und iatrogenen Risikofaktoren, die Ermittlung von persönlichen Ressourcen und die Empfehlung geeigneter präventiver Maßnahmen. Erfolgreiche Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention wird sehr früh beginnen müssen; es gilt, die Nachfrage zu kennen und gesichertes Wissen zu vermitteln.

Zukünftige Aufgaben nicht zuletzt unseres Verbandes und seiner Mitglieder werden die Kenntnis präventiver Potenziale, von Ansätzen und Strategien präventiver Interventionen und ihrer Wirksamkeit vor Ort sein.

Dieser gegen Ende des 20. Jahrhunderts und im Laufe der ersten Dekade dieses Jahrhunderts entstandene Überbau wird und muss weitere Akteure in der zahnmedizinischen Prävention zusammenbringen, die gelebte Prävention praktizieren.

Für diesen Weg ist der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den letzten 10 Jahren eingetreten und wir wünschen uns, dass er auch in 10 Jahren noch hierfür eintritt.

Als Vorsitzende des Verbandes möchten wir uns an dieser Stelle von Ihnen verabschieden und dem neuen Vorstand alles Gute und viel Erfolg bei der Bewältigung der nicht wenigen und anspruchsvollen Aufgaben wünschen!

Viel Spaß beim Lesen der Zeitung wünschen Ihnen,

Dr. Claudia Sauerland
Dr. Michael Schäfer MPH



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Brauns,U., Dürr,K.-G., Füllkrug, A., Hartmann,Th., Petrakakis,P., Pollok,R., Schmidt-Schäfer, S., Völkner-Stetefeld,P., Winter-Borucki,G., Wleklinski,C., Wohner-Deul, N.

Dritte Querschnittsuntersuchung zur Mundgesundheit 3- bis 5-jähriger Kindergartenkinder in fünf Landkreisen und drei kreisfreien Städten in Hessen 2007/2008

Die dritte Querschnittsuntersuchung zur Mundgesundheit von Kindergartenkindern in 2007/2008 erlaubt nun einen Überblick über einen Zeitraum von vier Jahren. Die Ergebnisse der ersten Untersuchung aus 2003/2004 sind in „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ Ausgabe 1/07 und im DHZ 11/2005 veröffentlicht worden. Die zweite Querschnittsuntersuchung aus 2005/2006 wurde in der Ausgabe 1/08 „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ vorgestellt.

Im Folgenden werden neben den aktuellen Ergebnissen von 2007/2008 alle Untersuchungen im Vergleich dargestellt. Ziel war es, Trends und Veränderungen beobachten und beschreiben zu können.

Probanden und Methode

Die Auswahlkriterien für die Stichproben wurden vor der ersten Untersuchung (2003/2004) festgelegt. Um die Bevölkerungsstruktur möglichst widerzuspiegeln, sind geografische und soziografische Gesichtspunkte berücksichtigt worden. Die Datenerhebung erfolgte auch in dieser dritten Querschnittsuntersuchung bei Kindern im Alter von drei, vier und fünf Jahren. Alle Untersucher sind im jugendzahnärztlichen Dienst tätig und im Rahmen der Vorbereitungen für die DAJ Studien kalibriert.

In der zweiten und dritten Untersuchung waren die teilnehmenden Kreise und kreisfreien Städte identisch. Zwischen den ersten beiden Untersuchungen gab es eine Verschiebung, ein Landkreis hatte in 2005/2006 keine Daten mehr geliefert, dafür ist eine kreisfreie Stadt in die Erhebung mit einbezogen worden. Die Stichprobe umfasste in allen Zeiträumen ca. 10 % der Kindergärten des betreffenden Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt.

So stand in 2007/2008 eine Stichprobe von 96 Kindergärten mit insgesamt 3775 Kindern zur Verfügung, davon 1046 Dreijährige, 1371 Vierjährige und 1358 Fünfjährige.

Auswertung

Bewertet wurde in jeder Altersgruppe nach den Kategorien naturgesund, behandlungsbedürftig ($d > 0$) und saniert, sowie nach dmf-t-Mittelwerten. Die Situation in der Gruppe der Kinder, die schon Karieserfahrung haben, wird gesondert dargestellt, da die Befunde aus dieser kleinen Gruppe einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Mundgesundheitsdaten haben.

Ergebnisse

naturgesund, behandlungsbedürftig und saniert in 2007/2008

Der Anteil der naturgesunden Gebisse liegt in 2007/2008 bei den Dreijährigen bei 84 %, bei den Vierjährigen bei 72 % und nimmt bei den Fünfjährigen auf 62 % ab. Der Verlust an Zahngesundheit vom dritten bis zum fünften Lebensjahr beträgt damit etwa 20 %. Der Behandlungsbedarf der Kinder steigt von 14 % (Dreijährige) auf 22 % (Vierjährige) und 28 % (Fünfjährige).

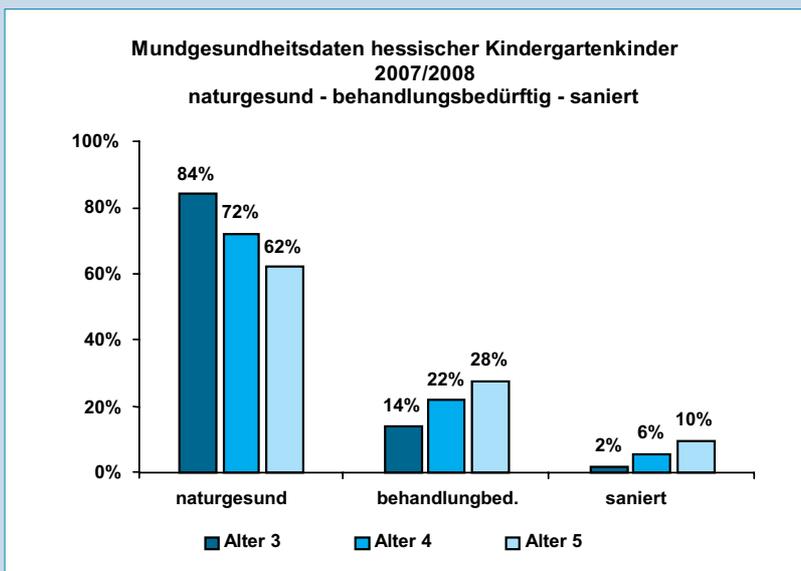


Abbildung 1

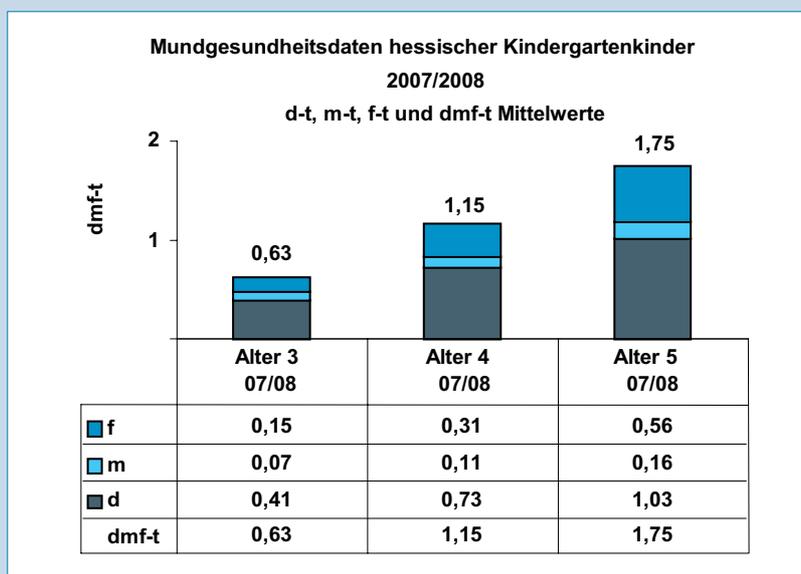


Abbildung 2

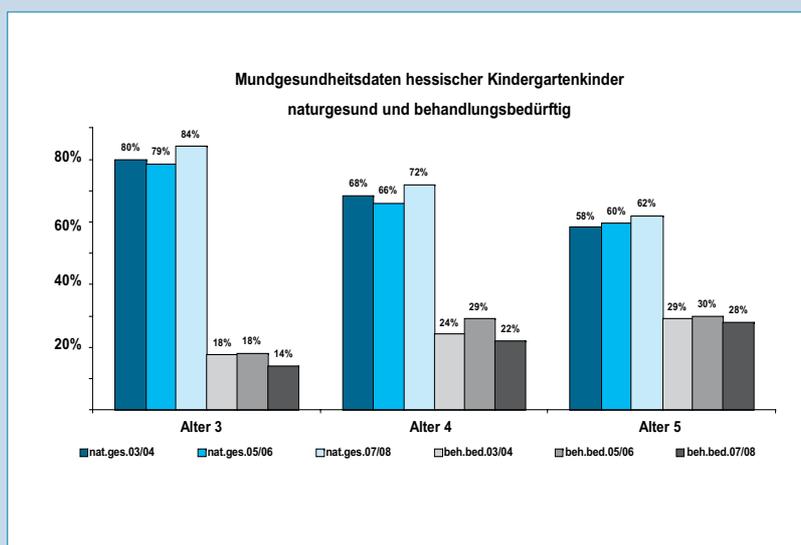


Abbildung 3

Der Anteil von Kindern mit vollständig sanierten Zähnen beträgt bei den Dreijährigen 2 %, bei den Vierjährigen 6 % und bei den Fünfjährigen 10 %. Interpretiert man diese Daten zur Sanierung, so muss berücksichtigt werden, dass die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit für zahnärztliche Therapien in diesen Altersgruppen gering ist (Abbildung 1).

dmf-t-Mittelwerte in 2007/2008

Der dmf-t-Mittelwert steigt mit dem Alter der Kinder deutlich an. Auffällig ist insbesondere die hohe d-t-Komponente in allen Altersgruppen, der d-t-Mittelwert steigt von etwa 0,4 bei den Dreijährigen auf 1,0 bei den Fünfjährigen

Über den gesamten Untersuchungszeitraum zeigt der Anteil der Kinder mit naturgesunden Milchzähnen einen Aufwärtstrend

gen an (Abbildung 2). Diese Grundtendenz stellt sich auch in Abbildung 1 durch die Zunahme der Behandlungsbedürftigkeit und die Reduktion des Anteils von Kindern mit primär gesunden Milchzähnen dar.

naturgesund und behandlungsbedürftig im Vergleich 2003/2004, 2005/2006 und 2007/2008

Über den gesamten Untersuchungszeitraum zeigt der Anteil der Kinder mit naturgesunden Milchzähnen einen Aufwärtstrend, vergleicht man die Ergebnisse der ersten und der letzten Untersuchung miteinander ist ein Anstieg zwischen 4 % und 5 % festzustellen. Der Parameter Behandlungsbedürftigkeit zeigt eine gewisse Abwärtsbewegung, aber uneinheitlich in den verschiedenen Altersstufen (Abbildung 3).

dmf-t-Mittelwerte im Vergleich 2003/2004, 2005/2006 und 2007/2008

Bei den Drei- und Vierjährigen ist der dmf-t-Mittelwert im Beobachtungszeitraum vorübergehend angestiegen, in 2007/2008 aber wieder auf das Niveau von 2003/2004 gesunken. Anders bei den Fünfjährigen, hier ist ein stetiger Anstieg im gesamten Untersuchungszeitraum zu verzeichnen, der sich aber zwischen den beiden letzten Untersuchungen abgeschwächt hat (Abbildung 4).

dmf-t- und d-t-Mittelwerte bei Kindern mit Karieserfahrung 2007/2008

Da sich die Situation im Laufe der letzten Jahrzehnte dahingehend verändert hat, dass es keine Normalverteilung der Karieserkrankung mehr gibt, sondern eine Polarisierung (diese „Schiefverteilung“ wird andernorts in

/// *Das Risiko an Karies zu erkranken ist also in einer kleinen Gruppe besonders hoch, die Polarisierung wird damit ein weiteres Mal deutlich.*

der Literatur ausführlich beschrieben), erscheint es uns wichtig, den dmf-t-Mittelwert in der Gruppe der Kinder mit Karieserfahrung gesondert zu betrachten. Dieser Mittelwert, bezieht er sich auf die Gesamtzahl der Probanden, ist nicht mehr in dem Maße zur Beurteilung der Mundgesundheitssituation aussagekräftig, wie in Zeiten, in denen die Kariesprävalenz noch bei 60-70 % lag.

In unserer Untersuchung 2007/2008 haben 16 % der Dreijährigen, 27 % der Vierjährigen und 38 % der Fünfjährigen Karieserfahrung. Der dmf-t-Mittelwert in diesen Gruppen liegt bei 3,91 (Dreijährige), 4,19 (Vierjährige) und 4,58 (Fünfjährige). Das Risiko an Karies zu erkranken ist also in einer kleinen Gruppe

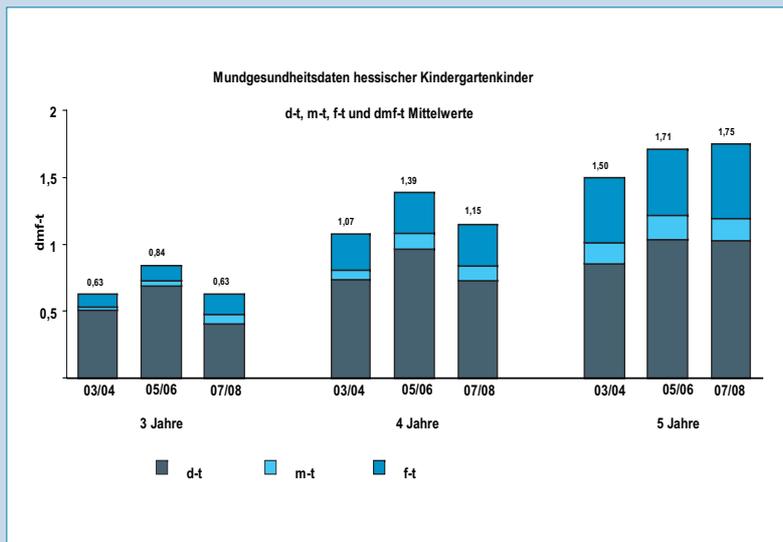


Abbildung 4

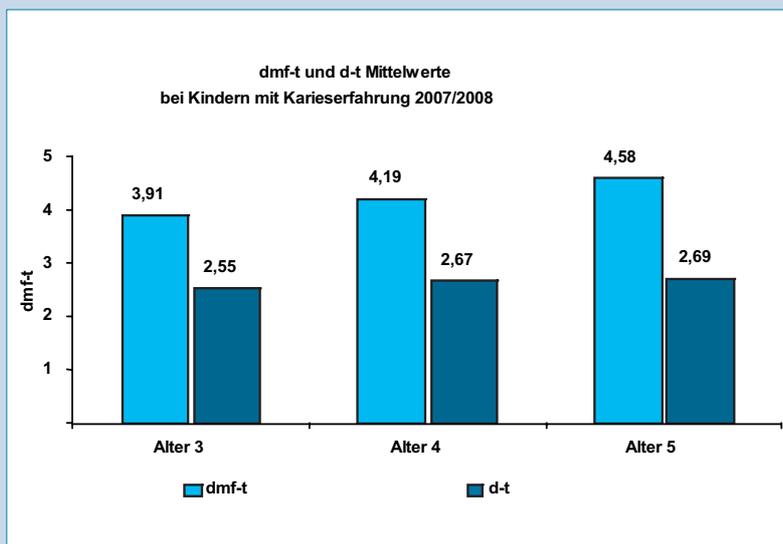


Abbildung 5

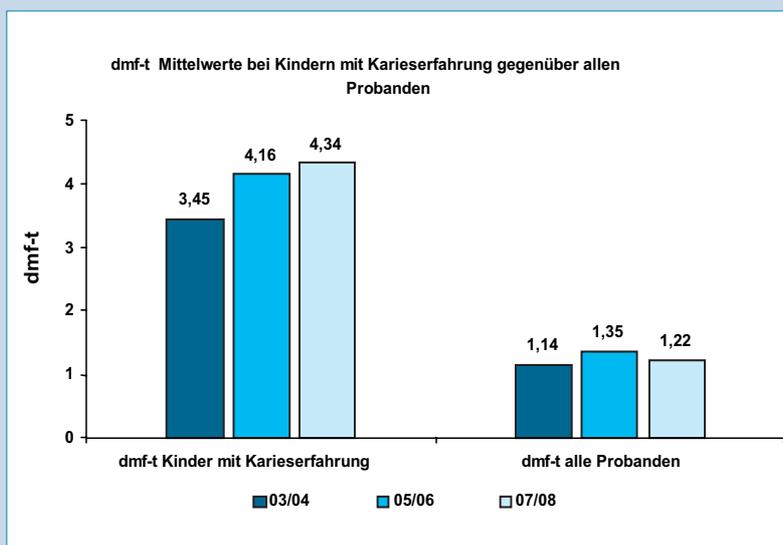


Abbildung 6

besonders hoch, die Polarisierung wird damit ein weiteres Mal deutlich. Die d-t-Komponente nimmt einen relativ hohen Anteil am dmf-t-Gesamtwert ein, dieser Anteil verändert sich in den drei Altersgruppen nur unwesentlich (Abbildung 5).

Gegenüberstellung der Entwicklung der dmf-t-Mittelwerte bei Kindern mit Karieserfahrung und der dmf-t-Mittelwerte aller Probanden im Vergleich 2003/2004, 2005/2006 und 2007/2008

Während der mittlere dmf-t-Wert aller Probanden im Zeitraum 2003/2004 bei 1,14 liegt, in 2005/2006 auf 1,35 ansteigt und in 2007/2008 auf 1,22 absinkt und somit geringfügigen Schwankungen unterliegt, hat er sich in der Gruppe der Kinder mit Karieserfahrung im gleichen Zeitraum kontinuierlich erhöht und ist von 3,45 in der ersten Untersuchung auf 4,16 in der zweiten und auf 4,34 in der dritten Untersuchung gestiegen (Abbildung 6).

Gleichzeitig ist der Anteil der Kinder, die einen Kariesbefund aufweisen, von 33 % in 2003/2004 auf 28 % in 2007/2008 gesunken. Das heißt, in der letzten Untersuchung wiesen weniger als ein Drittel der Kinder im Durchschnitt mehr als vier kariöse, gefüllte und extrahierte Zähne auf.

Diskussion

Die Auswertung unserer Untersuchungsdaten zeigt in allen Altersgruppen einen leicht positiven Trend bei dem Anteil der Kinder mit naturgesunden Milchzähnen (Abbildung 3). Im Hinblick auf den kurzen Vergleichszeitraum

Das heißt, in der letzten Untersuchung wiesen weniger als ein Drittel der Kinder im Durchschnitt mehr als vier kariöse, gefüllte und extrahierte Zähne auf.

von vier Jahren sollten die Ergebnisse dieser Querschnittsuntersuchung allerdings mit der gebotenen Vorsicht interpretiert werden.

In Anbetracht des für 2015 formulierten Zieles (80 % Kariesfreiheit bei den 6- bis 7-Jährigen) müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, frühe Kariesläsionen zu vermeiden. Immerhin wurden bei 16 % der von uns untersuchten Dreijährigen schon Zahnschäden festgestellt, im Durchschnitt waren fast vier (3,91) Zähne betroffen. Ganz sicher bedarf es weiterer fundierter Analysen, warum im Milchgebiss eine „caries decline“ nicht im gleichen Umfang zu beobachten ist wie bei den bleibenden Zähnen.

In Anbetracht des für 2015 formulierten Zieles (80 % Kariesfreiheit bei den 6- bis 7-Jährigen) müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, frühe Kariesläsionen zu vermeiden.

Die Zahl der Kinder, die schon vor dem dritten Lebensjahr in Kindertagesstätten, Kinderkrippen und Krabbelgruppen betreut werden, hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Hier können im Rahmen der Gruppenprophylaxe Informationen eingesetzt werden, die speziell auf diese Altersgruppe zugeschnitten sind. Aufklärung über die Folgen risikoreicher Ernährungsgewohnheiten, wie den Dauergebrauch von Nuckelflaschen (Prof. W.E. Wetzel: Frühkindliche Karies durch Fehlernährung in Zahnärztliche Mitteilungen 3/2008, S. 114 ff), ist nach wie vor notwendig. Gleichwertig daneben müssen die positiven Aspekte früh einsetzender Zahnpflege betont werden. Insgesamt wird aber die Zahl der unter Dreijährigen, die über gruppenprophylaktische Maßnahmen nach § 21 SGB V in den Einrichtungen erreicht werden können, begrenzt bleiben, da bis zum Jahr 2013 nach Zielvorgabe der Bundesregierung tatsächlich nur für ein Drittel dieser Altersgruppe ein

Betreuungsplatz zur Verfügung stehen muss. Im Rahmen der Frühprävention sollte also die Zusammenarbeit mit Hebammen und Kinderärzten weiter ausgebaut und genutzt werden, um das Risiko der frühkindlichen Karies zu minimieren.

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen durch den ÖGD sollten in Kindergärten und Kindertagesstätten, auch unter sozialkompensatorischen Aspekten, regelmäßig und flächendeckend angeboten werden. Die dabei gewonnenen Daten können zur effizienten Planung von (zahn)gesundheitsfördernden Maßnahmen und - bei entsprechender Standardisierung der Befunderhebung - als Grundlage für Aussagen zur Entwicklung der Mundgesundheit herangezogen werden

Korrespondenzadresse:
Dr. Gisela Winter-Borucki
Zahnärztin für öffentliches
Gesundheitswesen
Gesundheitsverwaltung
Rheingau-Taunus-Kreis
Heimbacher Straße 7
65307 Bad Schwalbach

S.Bausback-Schomakers, M.Schade

Schulungen in der Altenpflegeausbildung – Ein Projekt zur Verbesserung der Mundhygiene bei Pflegebedürftigen

Neben der ganz erheblich zunehmenden Zahl alter Menschen – über 20 Prozent der deutschen Bevölkerung ist bereits 65 Jahre alt oder älter (Statistisches Bundesamt, 2008) - haben wir heute die Situation, dass immer mehr ältere Menschen durch Prävention und intensiven Zahnerhalt über mehr eigene Zähne verfügen. Die DMS IV Studie aus dem Jahre 2005 konnte zeigen, dass in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen nur 22,6 % völlig zahnlos sind.

Die Totalprothetik wird immer mehr in den Hintergrund gedrängt. Hochwertiger Zahnersatz und Implantate werden in der Zukunft vermehrt bei Senioren in den Pflegeeinrichtungen oder in häuslicher Pflege zu finden sein.

Mangelnde Grundkenntnisse in der Mundhygiene und im Umgang mit diffizilem Zahnersatz, so wie die Unkenntnis über die Folgen von oralen Erkrankungen auf den Gesamtorganismus führen zu großen Defiziten der Gesundheit pflegebedürftiger Menschen.

Zahlreiche Untersuchungen aus dem In- und Ausland konnten zeigen, dass durch Schulungen der Pflegekräfte in den Altenpflegeheimen die Mundgesundheit der Bewohner nachhaltig und deutlich verbessert werden konnte.

2007 wurde in Frankfurt am Main ein Pilotprojekt gestartet, eine auf ein Jahr angelegte Interventionsstudie, die die Auswirkung eines Trainingsprogramms für Pflegekräfte auf die Mundgesundheit der Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen überprüfte (Jäger 2009). Das Ergebnis unterstreicht die Forderungen nach mehr Schulungen des Pflegepersonals.

Um eine möglichst flächendeckende Schulung der Pflegekräfte zu erreichen, werden in Frankfurt am Main zwei unterschiedliche Wege begangen:



Ein Ziel dieser Schulungen ist es, die Eigenkompetenz zu stärken.

■ Alle vier Altenpflegeschulen in Frankfurt werden durch das Amt für Gesundheit -Abteilung Zahnmedizin- und die Universitätszahnklinik Carolinum betreut.

Die Unterrichtung der Auszubildenden erfolgt durch eine Zahnärztin oder Zahnmedizinische Fachassistentin. In das Lernfeld Körperpflege werden spezielle Unterrichtsmodule zur Mund- und Zahnpflege integriert, die während der 2- oder 3-jährigen Ausbildungszeit vermittelt werden.

Die Inhalte erstrecken sich u. a. über die Kariesentstehung, Munderkrankungen, Zahnersatzarten bis hin zu Mundhygienemaßnahmen mit Einsatz verschiedener Hilfsmitteln in Kombination mit praktischen Übungen.

■ Die Landeszahnärztekammer Hessen bietet allen Frankfurter Altenpflegeheimen in Zusammenarbeit mit dem Amt für Gesundheit kostenlose Schulungen der

Pflegekräfte durch speziell in der Alterszahnheilkunde geschulte Zahnärzte an.

Das Schulungsprogramm des Amtes für Gesundheit erfolgt über einen Powerpoint-Vortrag (in Anlehnung an die Schulungs-CD "Mundpflege in der Pflege" Prof. Dr. C. Benz, Dr. Haffner, Gesund im Alter - auch im Mund, GABA, Schulungs-CD, LZKH). Modelle und Zahn- und Prothesepflegeartikeln stehen als Anschauungs- und Übungsmaterial zur Verfügung. Ein Handout mit den wichtigsten Informationen wird zusätzlich verteilt.

Ein Ziel dieser Schulungen ist es, die Eigenkompetenz zu stärken.

Die Unterrichtung der Altenpflegeschüler erfordert, zu Beginn das Interesse an der Thematik zu wecken, um Vorurteile abzubauen und das Verständnis für die Notwendigkeit auch der eigenen täglichen Mundpflege zu fördern. Dies trägt maßgeblich mit zum Erfolg des Unterrichts und somit zur Pflege bei. Die Mundhygiene bei anderen zu praktizieren, kann nur derjenige, der sie bei sich selbst richtig beherrscht und regelmäßig durchführt. Die hohe Verantwortung gegenüber ihren Patienten sollte auch in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden.

Resonanz der Altenpflegeschüler auf die Schulungsmaßnahmen

2009 wurde nach der Durchführung einer Unterrichtseinheit (90min.) in drei Ausbildungsstätten eine Umfrage unter 138 Auszubildenden durchgeführt, die erstmalig an einer Schulung teilgenommen haben. Der Fragebogen erfasste den persönlichen Nutzen der Schulung und bewertete den Unterricht nach verschiedenen Aspekten.

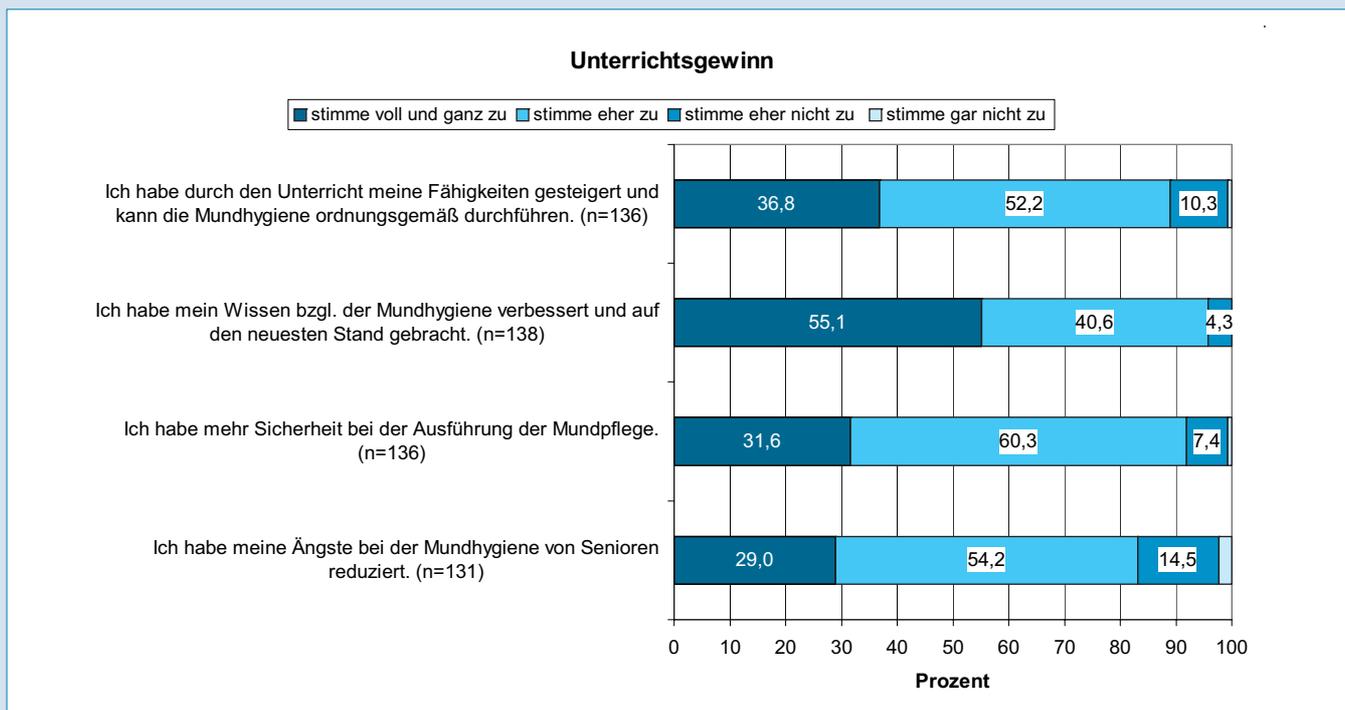


Abbildung 1: Unterrichtsgewinn bei der praktischen Umsetzung der Mundhygiene/-pflege im Arbeitsalltag

Vorrangig waren Likertsskalen mit vier Antwortmöglichkeiten von „stimme voll und ganz zu“, „stimme eher zu“ bis „stimme eher nicht zu“ und „stimme gar nicht zu“ anzukreuzen und am Ende sollte eine Gesamtbeurteilung von 1=sehr gut bis 6=ungenügend abgegeben werden. Auch zwei offene Fragestellungen wurden integriert. Der Fragebogen diente lediglich als erstes grobes Feedback, weshalb keine weiteren zusätzlichen soziodemografischen Daten wie z.B. Alter und Geschlecht erhoben wurden.

Zunächst wurden die Auszubildenden darüber befragt, ob ihnen der durchgeführte Unterricht bei der praktischen Umsetzung der Mundhygiene/-pflege im Arbeitsalltag weitergeholfen hat oder weiterhelfen wird. Hier wurden einige Statements vorgegeben (vgl. Abbildung 1).

Der Grafik ist zu entnehmen, dass die Schüler mit großer Mehrheit einen Unterrichtsgewinn sehen. Jeweils mindestens über 80 % der Schüler kann den einzelnen abgefragten Aspekten „voll und ganz“ bzw. „eher“ zustimmen, wobei die Antwortkategorie „stimme eher zu“ bei fast allen abgefragten Statements überwiegt außer bei der Wissenssteigerung.

Erstaunlich ist, dass lediglich 36,8 % der Schüler voll und ganz zustimmen durch den Unterricht die Fähigkeiten gesteigert zu haben und die Mundhygiene

ordnungsgemäß durchführen zu können. Über 50 % der Schüler stimmen dem eher zu. Dies unterstreicht die weitere notwendige praktische Übung, um theoretisches Wissen adäquat in die praktische Handlung transferieren zu können, da immerhin auch ca. 10 % hier eher nicht zustimmen können.

Über die Hälfte der Schüler haben ihr Wissen verbessert und auf den neuesten Stand gebracht und weitere 40 % haben dies eher. Zudem wurde bei der offenen Fragestellung, bei der weitere Aspekte angegeben werden konnten, vereinzelt geäußert, dass die Vorstellung von Hilfsmitteln und Darstellung von Beispielbildern sowie Anschauungsmaterial für das Verständnis und die Erlangung neuen Wissens hilfreich sind. Ebenso haben die Schüler laut eigenen Aussagen zufolge auch mehr über Krankheitsbilder im Mundraum und Erkrankungen der Zähne gelernt.

Ca. 30 % der Altenpflegeschüler stimmen voll und ganz zu, mehr Sicherheit bei der Ausführung der Mundpflege zu haben. Die Mehrheit (ca. 60 %) können hier nur eher zustimmen, was bedeutet, dass weitere praktische Übungen in der Praxis sinnvoll erscheinen, um die Sicherheit bei der Ausführung weiter zu erhöhen.

Ein wichtiger Aspekt ist die Angst bei der Mundpflege von Senioren. Hier stim-



Ein wichtiger Aspekt ist die Angst bei der Mundpflege von Senioren.

men lediglich 29 % der Schüler voll und ganz zu, die Ängste bei der Mundhygiene von Senioren reduziert zu haben. Vereinzelt geben einzelne Schüler an, von vornherein keine Ängste bezüglich der Mundhygiene zu haben. Dies schließt jedoch lediglich 7 Schüler ein, die auch keine Angaben zu diesem Aspekt gemacht haben. Hier wird deutlich, dass Ängste im Umgang mit der Mundhygiene bei Senioren eine große Rolle spielen. Um diese gänzlich abzubauen, bedarf es weiterer

Anstrengungen, die über die Unterrichtsinhalte hinaus weiter in der Praxis vollzogen werden müssen.

Abbildung 2 zeigt die Bewertung des Unterrichts nach bestimmten abgefragten Kriterien. Hier ist ebenfalls ein positives Bild ersichtlich. Ca. 40 % der Schüler befinden, dass die Kommunikation und der Austausch untereinander gefördert werden. Die Hälfte der Befragten stimmt dem eher zu. Hier scheint trotz positiver Resonanz noch weiterer Bedarf angezeigt zu sein, sich untereinander austauschen zu können und seine Erfahrungen mitzuteilen. Dies jedoch in eine Unterrichtseinheit zu integrieren ist schwierig.

Ca. 40 % der Schüler befinden, dass die Kommunikation und der Austausch untereinander gefördert werden.

Die Inhalte der Lerneinheit werden von der Mehrheit als interessant und gut gewählt betrachtet. Fast 70 % der Schüler stimmen voll und ganz zu, dass der Dozent fachlich kompetent war und die Lerninhalte gut vermitteln konnte, weitere ca. 30 % der Schüler stimmen hier eher zu. Auch die Aufbereitung und Darstellung der Inhalte werden als gut bewertet.

Etwas kritischer wird der Theorie-Praxis-Transfer bewertet. Hier stimmen lediglich ca. 27 % der Schüler voll und ganz zu, dass der Unterricht mit praktischen Übungen vertieft wurde und weitere 45 % stimmen dem eher zu. Fast 30 % der Schüler sehen hier allerdings Verbesserungsbedarf. Dies deckt sich auch mit der offenen Fragestellung, was noch verbessert werden kann am Unterricht. Für die Schüler ist es von Bedeutung erfahrenes Wissen mittels praktischer Lernelemente im Unterricht zu vertiefen, da oft geäußert wurde, dass mehr praktische Elemente und Übungen (vielleicht an Puppen bzw. Phantomköpfen) in den Unterricht integriert werden sollten, um den Theorie-Praxis-Transfer zu fördern. Diese Forderung wird nun berücksichtigt, da in nachfolgenden Unterrichtseinheiten noch mehr praktische Elemente integriert werden.

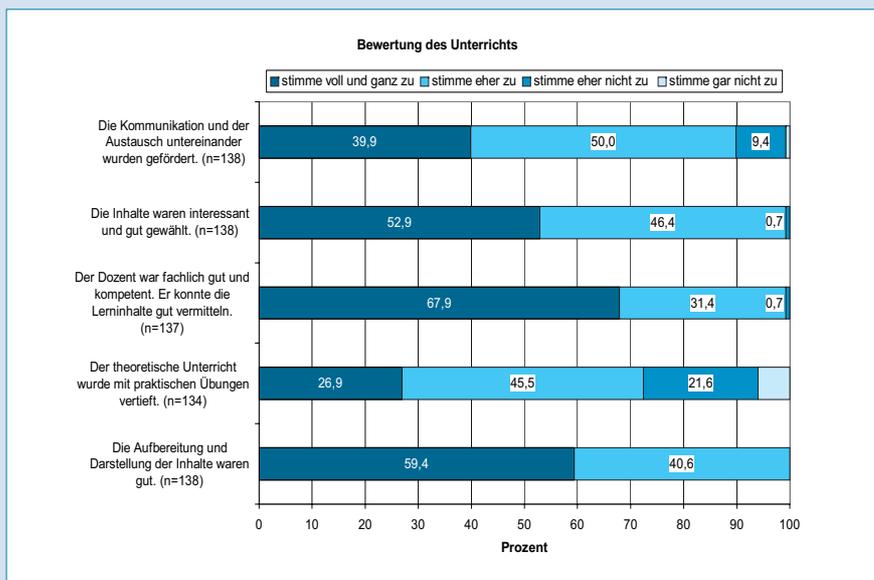


Abbildung 2: Bewertung des Unterrichts nach bestimmten Aspekten

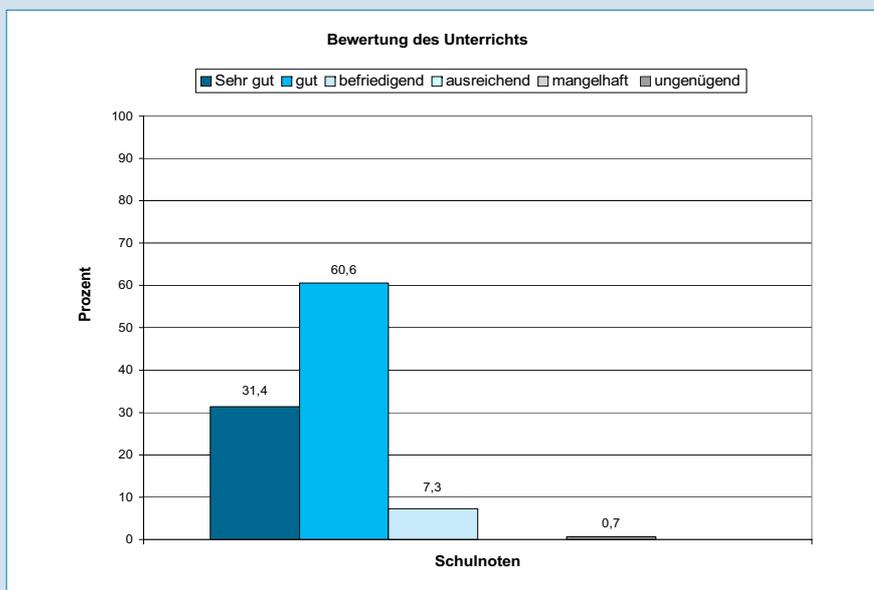


Abbildung 3: Bewertung des Unterrichts nach Schulnoten

Abschließend wurden die Schüler gebeten, den Unterricht allumfassend zu bewerten (Abbildung 3).

Es ist ersichtlich, dass der Unterricht überaus positiv bewertet wird, da über 90 % der Schüler die Noten sehr gut (31,4 %) und gut (60,6 %) vergeben haben. Hierauf lässt sich schließlich weiter aufbauen.

Korrespondenzadresse

Dr. Sibylle Bausback-Schomakers
 Amt für Gesundheit
 Abteilung Zahnmedizin
 Breite Gasse 28
 60313 Frankfurt am Main

Email: sibylle.bausback-schomakers@stadt-frankfurt.de

Dipl.-Pflegerin

Manuela Schade, MPH
 Amt für Gesundheit
 Sachgebiet
 Gesundheitsberichterstattung
 Breite Gasse 28
 60313 Frankfurt am Main
 Email: manuela.schade@stadt-frankfurt.de

Literatur bei der Redaktion

Zum Abschied

Frau Dr. Gisela Winter-Borucki beendet ihre Landesstellenleitertätigkeit in Hessen



Frau Dr. Gisela Winter-Borucki

Im Dezember 2009 trafen sich die hessischen Jugendzahnärzte sich zu ihrer halbjährlichen Sitzung in Frankfurt am Main. Es stand u. a. die Neuwahl der Landesstellenleitung an. Gisela Winter-Borucki, die unsere Interessen in Hessen fast 10 Jahre lang vertrat, hatte uns bereits im Jahre 2008 darüber informiert, dass sie bei der Wahl nicht mehr antreten würde.

Seit dem Jahr 2000 war Frau Dr. Winter-Borucki unsere Landesstellenleiterin. In dieser Zeit hat sie bei wichtigen Weichenstellungen für die tägliche Arbeit vor Ort die Interessen der Zahnärzte im ÖGD erfolgreich vertreten. Aus meiner Sicht ist in diesem Zusammenhang besonders die Berücksichtigung unserer Belange bei der Umsetzung des § 21 SGB V und der Formulierung des Hessischen Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (HGÖGD) zu erwähnen. Ohne ihr Engagement hätten wir möglicherweise für unsere Maßnahmen der Gruppenprophylaxe vorher schriftliche Einverständniserklärungen zur Teil-

/// *Durch den Einsatz ihrer Person hat sie es erreicht, dass wir als Zahnärzte im ÖGD wahrgenommen und angehört wurden.*

nahme einholen müssen oder wären im HGÖGD nicht in einem gesonderten Paragraphen erwähnt worden. Durch den Einsatz ihrer Person hat sie es erreicht, dass wir als Zahnärzte im ÖGD wahrgenommen und angehört wurden.

Sie hat unsere Umstellung auf elektronische Datenverarbeitung begleitet und hier im Kontakt zu den Ministerien in Wiesbaden viele datenschutzrechtliche Fragen klären können. Nicht zuletzt hat sie uns erfolgreich animiert, in verschiedenen Arbeitsgruppen Themen wie z.B. die Überarbeitung der Mitteilungs- bzw. Verweisungsformulare sowie die Qualitätsverbesserung und Qualitätsstandards in der Gutachtertätigkeit intensiv zu bearbeiten.

Sie kennen alle unsere ständigen Klagen, dass wir mit unseren Pflichtaufgaben mehr als ausgelastet sind und keine weiteren Tätigkeiten daneben wahrnehmen können. Frau Gisela Winter-Borucki gelang es, auch dieses bekannte Argument zu durchbrechen und die Mitarbeit von vielen Kolleginnen und Kollegen an der Datenerhebung zur Zahngesundheit im Kindergartenalter in Hessen zu gewinnen. Sie selbst hat die Daten ausgewertet und nach Rücksprache mit den beteiligten Kolleginnen veröffentlicht.

In ihrer Abschiedsrede hat sie uns Hessen viele gute und verpflichtende Wünsche für die Zukunft der Zahnärztlichen Dienste in Hessen mit auf den Weg gegeben.

Zusammenfassend hat sie uns Mut zugesprochen für die Zukunft und verdeutlicht, dass hierfür mehr Präsenz in

Gremien und Institutionen erforderlich ist. Mit gestärkten Kompetenzen und gemeinsamen Grundgedanken und -ideen können wir kompetente Ansprechpartner aller Bürger sein. Gerade unser Privileg, dass wir von marktwirtschaftlichen Zwängen weitgehend unabhängig sind, verleiht uns bei der Bevölkerung Glaubwürdigkeit. Zuletzt soll sich jeder die Kritikfähigkeit bewahren und dabei stets offen für andere Meinungen bleiben, um sich selbst bzw. das eigene Handeln immer wieder neu justieren zu können.

Sie hat uns Hessen damit ein Päckchen mit auf den Weg in die Zukunft gegeben, das sie sich selbst in den letzten Jahren nicht nur als eigenes Ziel gesetzt hatte, sondern auch umgesetzt und gelebt hat. Ich persönlich habe oft ihre Geduld und gleichzeitig auch das Durchhaltevermögen bewundert, mit denen sie uns in den letzten Jahren in vielen Gremien und Institutionen vertreten hat. Unsere Kollegin und Freundin Gisela Winter-Borucki wird in diesem Jahr ihre aktive Tätigkeit im Gesundheitsamt beenden. Ich möchte ihr im Namen der hessischen Mitglieder im BZÖG unseren Dank für ihre engagierte und erfolgreiche Arbeit als Landesstellenleiterin aussprechen.

Carl Wleklinski

A. Falticko

Bedarfsorientiertes Präventionskonzept für die weiterführenden Schulen im Kreis Gütersloh

Der Kreis Gütersloh in Nordrhein-Westfalen, der in seiner heutigen Struktur seit 1973 besteht, umfasst 9 Städte und 4 Gemeinden mit etwa 357.800 Einwohnern. Die 44.000 Schüler lernen in 72 Grundschulen, 16 Haupt- und 13 Realschulen, in 12 Gymnasien, 15 Förderschulen und einer Freien Waldorfschule.

Insgesamt fünf Zahnärztinnen führen die jährlichen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen, organisiert durch den Zahnärztlichen Dienst der Kreisverwaltung, nach folgendem Schema durch:

Jährlich werden untersucht:

- Kindergärten und Förderkindergärten
- Grundschulen (2. + 4. Klasse)
- Hauptschulen (bis 10. Klasse)
- Gesamtschule (5. + 6. Klasse)
- Förderschulen (bis zum Schulabschluss)

Die Realschulen und die Gymnasien werden stichprobenartig im Zeitraum von

drei Jahren untersucht. Hier finden die Untersuchungen ebenfalls in den 5. und 6. Klassen statt.

Das Ziel einer Evaluation war es, den Stand der Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen der 5. bis 10. Klassen, die nicht mehr in regelmäßige Programme der Gruppenprophylaxe eingebunden sind, festzustellen.

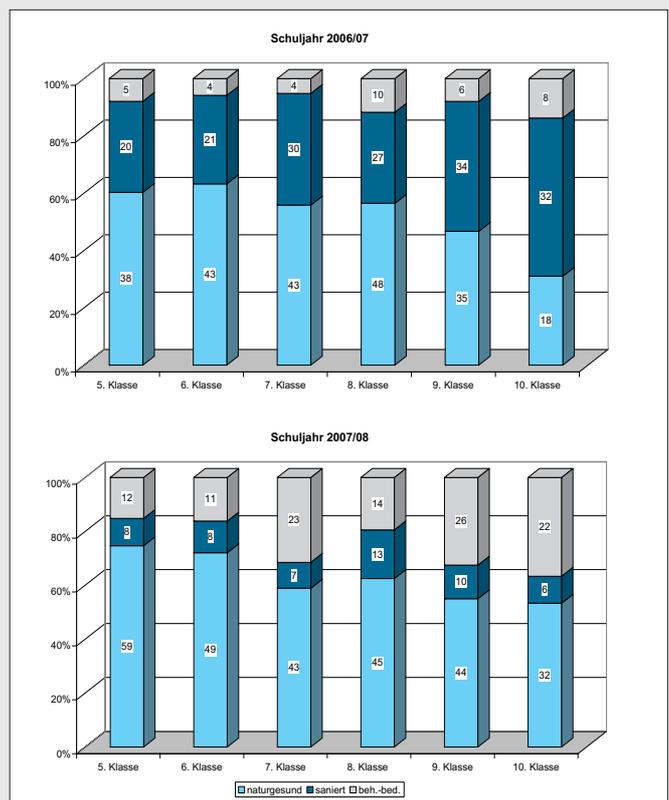
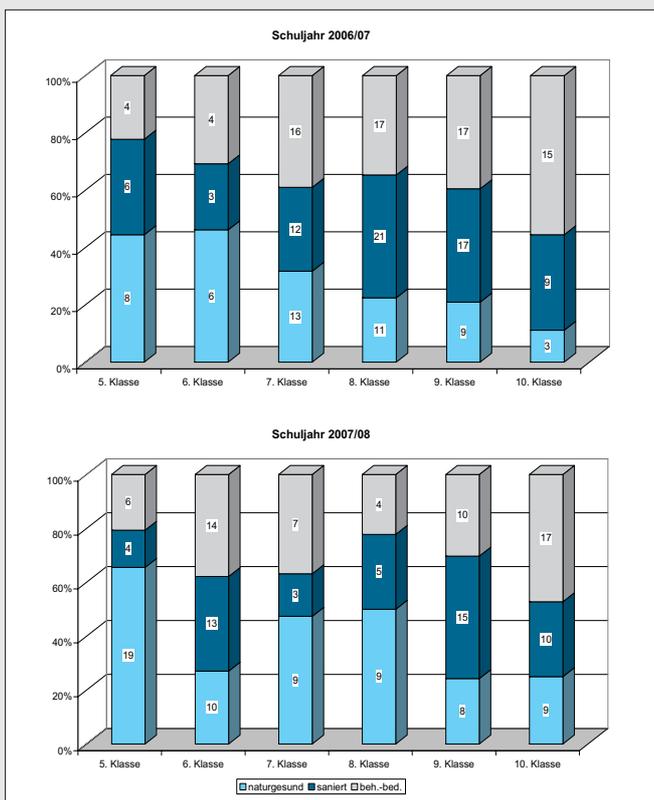
Als Grundlage wurden die Untersuchungsergebnisse in allen weiterführenden Schulen der Schuljahre 2006/07 und 2007/08 ausgewertet. Es zeigte sich, dass der Behandlungsbedarf kontinuierlich gestiegen ist. In der Abbildung 1 wurden exemplarisch die Ergebnisse aus zwei Hauptschulen dargestellt.

Um einen höheren Sanierungsgrad bei den besonders betroffenen Schülern zu erreichen, wurde die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, den Regionalteams und Sozial- bzw. Familienbetreuern gesucht. Zunächst erhielten die Eltern von den Kindern und Jugendlichen, deren altersgemäßer DMF-T-Wert ein erhöhtes Kariesrisiko erwarten ließ, neben der Information zur notwendigen Zahnsanierung einen zusätzlichen Elternbrief, der auf die dringende Behandlung hinwies. Wenn bei der Untersuchung im folgenden Schuljahr der Behandlungsbedarf noch immer bestand, wurde eine zweite Elterninformation verschickt, bzw. im dritten

Abbildung 1:

2006/07 – Gesamtzahl zu untersuchende Schüler: 199; Gesamtzahl untersuchte Schüler: 191; **2007/08** – Gesamtzahl zu untersuchende Schüler: 187; Gesamtzahl untersuchte Schüler: 172

2006/07 – Gesamtzahl zu untersuchende Schüler: 453; Gesamtzahl untersuchte Schüler: 426; **2007/08** – Gesamtzahl zu untersuchende Schüler: 464; Gesamtzahl untersuchte Schüler: 432



eine Dritte. Zusätzlich wurde in Einzelfällen Kontakt mit den Mitarbeitern des Jugendamtes, die in den Regionalteams vor Ort in den Städten und Gemeinden tätig sind, aufgenommen. Diese sollten darauf hinwirken, dass eine Zahnbehandlung durchgeführt wird. Die Familien- und Sozialbetreuer gingen zum Teil in die Familien oder die Familien wurden durch das Jugendamt angeschrieben. Stets konnte bei einem Teil der Kinder und Jugendlichen in den Folgejahren festgestellt werden, dass die zahnärztliche Behandlung erfolgt war (Abbildung 2).

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit stark erhöhten DMF-T-Werten konnte so von 437 im Jahr 2008 auf 312 im Jahr 2009 gesenkt werden.

Die Identifikation von Kariesrisikokindern und -einrichtungen erfolgt durch die Bewertung des DMF-T-Wertes, der Behandlungsbedürftigkeit und einer individuellen Einschätzung des Prophylaxedarfes. Die Schulen, die auf Grund der Ergebnisse als gesamte Einrichtung eine Einstufung als Kariesrisikoeinrichtung erhalten, werden durch den Arbeitskreis Zahngesundheit im Rahmen eines mit den Zahnärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein und mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales abgestimmten Programms, betreut.

Für die Förderschulen bietet der Zahnärztliche Dienst des Kreises Gütersloh

Im Zeitraum von Juli 2008 bis April 2009 wurden 156 Elternbriefe verschickt

109 bekamen die
42 bekamen die
5 bekamen die

1. Elterninformation
2. Elterninformation
3. Elterninformation

1. Information

Bei 20 Kindern erfolgte eine zahnärztliche Behandlung. Bei 61 Kindern konnte eine Folgeuntersuchung nicht durchgeführt werden.

Bei 16 Kindern wurde Kontakt über Mitarbeiter der Regionalteams des Kreises Gütersloh aufgenommen.

2. Information

Bei 8 Kindern erfolgte eine zahnärztliche Behandlung. Bei 25 Kindern konnte eine Folgeuntersuchung nicht durchgeführt werden.

Bei 5 Kindern wurde Kontakt über Mitarbeiter der Regionalteams des Kreises Gütersloh aufgenommen.

3. Information

Bei einem Kind erfolgte eine zahnärztliche Behandlung. Bei 2 Kindern konnte eine Folgeuntersuchung nicht durchgeführt werden.

Bei 2 Kindern wurde Kontakt über Mitarbeiter der Regionalteams des Kreises Gütersloh aufgenommen.

Abbildung 2

ein individuell auf die Bedürfnisse der Schüler abgestimmtes Programm an. Dabei werden u. a. die Themen Zahnwechsel, Zahnaufbau, Zahnfüllungen, Fluoridierung und Ernährung als Unterrichtseinheit angeboten. Im Schuljahr 2007/08 wurden 71 Unterrichtseinheiten in den Förderschulen abgehalten. Durch zahlreiche praktische Übungen werden die Themen interessant und kindgerecht vermittelt, da für die verschiedenen Altersstufen unterschiedliche Programme mit den dazugehörigen Unterrichtsmaterialien vorhanden sind. Daneben wird

eine Intensivbetreuung zu den Themen Zahn- und Mundgesundheit sowie Zahnpflege bei Aktionstagen und Gesundheitswochen in den Förderschulen durchgeführt.

Dr. Andrea Falticko

Kreisverwaltung Gütersloh
Abteilung Gesundheit
Jugendzahnärztlicher Dienst
Herzebrockerstraße 140
33324 Gütersloh
Telefon 05241-85 1600
e-Mail Andrea.Falticko@gt-net.de

9. Naunhofer Gespräche in Leipzig

Am 13. November 2009 hatte die GABA GmbH zu den 9. Naunhofer Gesprächen eingeladen. Die Resonanz war, wie auch zu den letzten Treffen, sehr gut.

45 Vertreterinnen aus Universitäten, Gesundheitsämtern, dem Jugendzahnärztlichen Dienst und aus Zahnarztpraxen waren der Einladung gefolgt, um sich über den aktuellen Wissensstand zur Karies- und Gingivitisprophylaxe und zu Fluoridierungsmaßnahmen zu informieren. Tagungsort war in diesem Jahr das Hotel Michaelis in Leipzig.

Die Organisation und die wissenschaftliche Leitung lagen erneut in den Händen von Frau Dr. de Moura Sieber. Referenten waren Frau Dr. Hinrichs von GABA International und Herr Dr. Selent von GABA GmbH Deutschland.

Frau Dr. Hinrichs referierte zum Thema „Gingivitis und Parodontitis im Kindes- und Jugendalter“ Einleitend erläuterte sie die Ätiologie, Pathogenese und die seit 2002 für Deutschland verbindliche Klassifikation parodontaler Erkrankungen.

Anhand der Daten der DMS IV zeigte sie, dass bereits im Kindesalter unterschiedliche Formen parodontaler Erkrankungen auftreten. Am häufigsten wurde die plaqueinduzierte Gingivitis diagnostiziert. Bei den 12-Jährigen waren 70 % betroffen. Auch bei den 15-Jährigen waren kaum plaque- und entzündungsfreie Gebisse zu finden. Bei mehr als 12 % der 12- und 15-Jährigen wurden Taschentiefen von mindestens 4 mm gemessen, was bereits Indiz für eine Parodontitis ist. Im Kindes- und Jugendalter

tritt die Parodontitis zwar selten auf, ist aber meist durch einen schweren und schnell fortschreitenden Verlauf sowie durch die Verbindung mit systemischen Erkrankungen gekennzeichnet.

Entscheidend für die Therapie parodontaler Erkrankungen ist eine sorgfältige Diagnostik auf der Basis von Anamnese, extra- und intraoralen Befunden, Röntgenaufnahmen sowie mikrobiologischen Befunden. Der Parodontale Screening Index (PSI) sollte Bestandteil jeder zahnärztlichen Routineuntersuchung sein. Er ermöglicht erste Informationen zum Schweregrad und zum Behandlungsbedarf. Da die Gingivitisprophylaxe einen hohen Stellenwert zur Vorbeugung irreparabler parodontaler Destruktionen im Erwachsenenalter hat, sollen Kinder so früh wie möglich altersgerecht und entsprechend ihrer motorischen Fähigkeiten an Mundhygienemaßnahmen gewöhnt werden. Während Kinder sich gut durch das Anfärben der Plaque motivieren lassen, gelingt dies bei Jugendlichen besser über die orale Ästhetik. Für die mechanisch/chemische Plaquekontrolle mittels Zahnbürste und fluoridhaltiger Zahnpasta benötigen Kinder die Unterstützung und Kontrolle durch die Eltern. Bei erhöhtem Gingivitisrisiko können Kinder ab 6 Jahren zusätzlich eine antibakterielle Mundspülung, z. B. mit Aminfluorid/Zinnfluorid verwenden. Für eine deutliche Keimzahlreduktion und um den Heilungsprozess zu fördern ist eine 0,2-%ige Chlorhexidin Mundspüllösung für den Zeitraum von zwei Wochen zu empfehlen.

Die Referentin verwies auch auf die mögliche Verbindung von parodontalen Erkrankungen und Halitosis. Anschaulich erläuterte sie Konzepte zum Management und zur Behandlung von Mundgeruch. Neben Zungen- und Interdentalreinigung empfiehlt sie die „meridol® HALITOSIS Mundspülung“ mit ihrem 3-fach-Wirkungsmechanismus ab dem 6. Geburtstag.

Herr Dr. Selent referierte zu dem Thema „Aktueller Wissensstand zur Fluoridierung“

Im ersten Teil des Vortrages wurden die Ergebnisse zahlreicher klinischer Studien zur Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasten, Mundspülungen, Gelen und Lacken vorgestellt, die in umfangreichen Review-Artikeln der Cochrane Collaboration und anderer Autoren zusammengefasst sind. Diese beweisen, dass alle lokalen Fluoridierungsmaßnahmen zu einer Kariesreduktion führen. Auf der Basis

dieser evidenzbasierten Literaturübersichten wurden in vielen Ländern Leitlinien entwickelt, die dem zahnmedizinischen Fachpersonal ermöglichen, jedem Patienten auf seine Bedürfnisse zugeschnitten, die richtigen Maßnahmen zugute kommen zu lassen.

In Deutschland sind seit der Veröffentlichung der „Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen“ im Jahr 2006 einige neue Studienergebnisse publiziert worden, die neue Themenfelder beleuchten. So konnten Altenburger et al. in ihrer in situ Untersuchung nachweisen, dass die Remineralisation initialer Kariesläsionen bereits durch

/// *Der Parodontale Screening Index (PSI) sollte Bestandteil jeder zahnärztlichen Routineuntersuchung sein.*

eine einzige Anwendung einer 10.000 ppm fluoridhaltigen Aminfluoridlösung möglich ist. Damit steht sowohl der Gruppenprophylaxe als auch der Individualprophylaxe ein hocheffektives Produkt zur Verfügung, das bereits bei halbjährlicher Anwendung kariesprotektiv wirkt.

Stokes et al. wiesen in ihrer kontrollierten randomisierten 2-Jahres-Studie mit 1075 12- bis 13-jährigen Schülern die hohe Wirksamkeit von elmex® gelée nach. In der klinischen Studie von Madlena et al. führte die kombinierte Anwendung von elmex® Zahnpasta und elmex® gelée bei Jugendlichen mit hohem Kariesrisiko ebenfalls zu einer signifikanten Kariesreduktion. Limberger et al. beobachteten bei 257 Erstklässlern von 6 Thüringer Schulen mit hoher Kariesrisikoeinstufung in einer 2-Jahres-Studie die karieshemmende Wirkung von elmex® gelée. Unter dem Einfluss der Intensivbetreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe konnte der Karieszuwachs auf einem akzeptablen Niveau gehalten werden, der mit dem von Nichtrisikokindern vergleichbar ist. Auch aus dem Schweizer Kanton Solothurn gibt es Untersuchungen aus 37 zufällig ausgewählten Gemeinden von 7- bis 12-jährigen Schülern. Die Zahl der Zahnputzübungen mit elmex® gelée in den vorangegangenen Schuljahren zeigte einen Zusammenhang mit dem erreichten niedrigen Kariesbefall bei den 12-Jährigen.

Im Rahmen der Intensivprophylaxe haben sich neben Fluoridlösungen und Gelen auch Fluoridlacke bewährt. Weintraub et al. bewiesen in einer randomisierten klinischen 2-Jahres-Studie bei initialkariesfreien Kleinkindern im Alter von durchschnittlich 1,8 Jahren nach halbjähriger Anwendung des duraphat® Fluoridlackes eine signifikante und dosisabhängige Reduktion der Kariesinzidenz. Bei kariesaktiven Kindern sollte die Fluoridapplikation öfter als 2x pro Jahr erfolgen.

Alle diese Studien beweisen den hohen Stellenwert, den hochkonzentrierte Fluoridpräparate in der Kariesprophylaxe haben. Für den Erfolg in der Gruppenprophylaxe ist das Zusammenwirken aller Beteiligten von entscheidender Bedeutung. Hilfreich hierfür waren die Ausführungen zur Kommunikation mit Trägern, Lehrern und Eltern sowie zur Delegation von zahnärztlichen Leistungen.

Im zweiten Teil seiner Ausführungen erläuterte Dr. Selent den Einsatz von Fluoriden bei der Behandlung von Zahnerosionen, deren Prävalenz und Inzidenz in den letzten 15 Jahren ständig gestiegen ist. Ursache hierfür sind extrinsische und intrinsische Risikofaktoren, insbesondere Säuren aus Nahrungsmitteln, Getränken sowie aus dem Magen, deren Säureangriffe zu einem Substanzverlust der Zahnoberfläche führen. Vorgestellt wurde der von internationalen Experten entwickelte BEWE-Index, der die systematische Diagnose von Erosionen erleichtern soll. Einen wirkungsvollen Schutz vor Zahnerosionen bietet die neue elmex® Erosionsschutz Zahnpasta mit der Wirkstoffkombination Zinnchlorid und Aminfluorid. Dafür sprechen die vorgestellten klinischen Studien der Giessener Arbeitsgruppe um Prof. Klimek und Prof. Ganss.

Die Vorträge der beiden Referenten wurden mit großem Interesse aufgenommen, was auch in der sich anschließenden lebhaften Diskussion zum Ausdruck kam. Der Abend bot dann Möglichkeit für einen regen kollegialen Erfahrungsaustausch.

OÄ Dr. med. dent. Leonore Kleeberg
 Abteilung Kinderzahnheilkunde
 Zentrum für ZMK
 Martin Luther Universität Halle
 Harz 42-44 · 06108 Halle (Saale)
 Email:
 leonore.kleeberg@medizin.uni-halle.de

Literatur bei Verfasserin

Eindrücke vom 19. Brandenburgischen Zahnärztetag

Zum ersten Mal wurde im Land Brandenburg anlässlich eines Zahnärztetages das Thema „Kinderzahnmedizin – up to date!“ von Landeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung für das wissenschaftliche Programm gewählt.

Wie groß das Interesse an der Kinderzahnheilkunde war, zeigte u.a. die Teilnehmerzahl – 700 Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie 500 Zahnmedizinische Fachangestellte besuchten am 13. und 14.11.2009 den Zahnärztetag in der Messehalle Cottbus. Die wissenschaftliche Leitung lag bei Professor Dr. Christian Splieth (Greifswald), der es mit einem Team von 13 Referenten sehr gut verstand, die Kinderzahnheilkunde als Querschnittsfach mit Beiträgen aus Wissenschaft und Praxis zu beleuchten.

Von der Prävention über die Verhaltensformung und minimalinvasive Verfahren bis hin zur maximalen Intervention mit Milchzahnendodontie, -kronen, kieferorthopädischer Frühbehandlung, Traumen und der speziell auf Kinder zugeschnittenen Praxisorganisation, wurden alle relevanten Gebiete dargestellt.

Angesichts der breiten gesellschaftlichen Diskussion über den Kinderschutz war es wichtig, dass über „Kindesvernachlässigung und –misshandlung in der Zahnarztpraxis erkennen“ referiert wurde. Die Vorgehensweise, insbesondere die beweissichere Dokumentation und sich daraus ableitende Handlungsstrategien und Interventionsmöglichkeiten zeigte PD Dr. Christine Erfurt vom Rechtsmedizinischen Institut der TU Dresden an Hand von Fallbeispielen auf.

Interessant waren die Ausführungen von Dr. Wolfgang Kuwatsch (Rostock), der als Ausbilder, Supervisor und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose sehr anschaulich seine praktische Erfahrungen in der Kinderbehandlung beim Aufbau eines dauerhaften Vertrauensverhältnisses zwischen Kind und Behandler, beim Einsatz spezieller Kommunikation und von Hypnosetechniken nach Milton Erickson erläuterte.

Dr. Lutz Laurisch (Korschenbroich) führte die Teilnehmer an das Thema „Individualisierte Prävention für das Kind“ vom 2. bis 12. Lebensjahr heran und Dr. Gudrun Rojas (Brandenburg an der Havel) stellte die „Prävention in der



Gruppe – Möglichkeiten, Ergebnisse und Grenzen“ vor. Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe als flächendeckendes Präventionsangebot und Basis für die darauf aufbauende individuelle prophylaktische Betreuung war ebenso Inhalt des Vortrags wie die Instrumente der „Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe“ der Landes Zahnärztekammer Brandenburg für Mutter & Kind, Vorschul- und Schulkinder. Sie sind ein Beispiel dafür, wie Netzwerkbildung zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst, Zahnärzten, Krankenkassen, Eltern, Erziehern und Lehrern realisiert werden kann. Ärzte, Hebammen und Strukturen der Jugendhilfe sowie das Bündnis „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ sind weitere Kooperationspartner und –formen der zielgruppenspezifischen Herangehensweise bei der Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe und verdeutlichen, dass Mundgesundheit Kindergesundheit ist.

Im Rahmen der DentaAusstellung war auch der Stand des Büros der Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg dicht umlagert. Das Interesse an Informationen über die Herangehensweisen und Materialien in der Gruppenprophylaxe war erstaunlich groß. Dank der Unterstützung

der Informationsstelle für Kariesprophylaxe und der Aktion Zahnfreundlich konnten bevölkerungsorientierte Präventionsmaßnahmen wie die Speisesalzfluoridierung ebenfalls in den Focus der Teilnehmer gerückt werden. Auch die von Frau Bels, Koordinatorin des Büros der Gruppenprophylaxe, geführten Gespräche haben gezeigt, dass es gut war, die gruppen- und bevölkerungsorientierte präventive Betreuung mit all ihren Facetten in solch einem Rahmen darzustellen und auf ihren Stellenwert zur Sicherung und Verbesserung des erreichten Gesundheitsgewinns aufmerksam zu machen.

Die Medien haben, anders als in den Vorjahren, ausführlich über den Zahnärztetag in Cottbus berichtet und dabei dem Frankfurter Präventionsprojekt „Kita mit Biss“ einen besonderen Stellenwert eingeräumt.

Dr. Martina Schulz
Zahnärztlicher Dienst
Landkreis Barnim

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ informiert

Der BZÖG war die erste zahnärztliche Organisation, die dem Kooperationsverbund beiträgt. Erste Beispiele für Good Practice-Projekte sind in der Datenbank enthalten, weitere sollten folgen.

Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ gibt für Partner und die Regionalen Knoten regelmäßig einen Newsletter heraus und stellt die aktuellen Themen auf ihre Internetseite: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Wichtige aktuelle Themen sollen hier kurz dargestellt werden.

Leitfaden zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten „Gesunde Kita für alle!“ erschienen

Die Frage, ob Menschen krank werden oder gesund bleiben, entscheidet sich vor allem dort, wo sie wohnen, spielen, lernen oder arbeiten. Die Lebenswelt Kindertagesstätte (Kita) kann schon früh das gesunde Aufwachsen von Mädchen und Jungen beeinflussen und hat dabei eine wichtige Funktion. Der nun erschienene Handlungsleitfaden „Gesunde Kita für alle!“ zeigt, wie Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten funktionieren kann und wie sie in den Kita-Alltag integriert werden kann. Herausgeber des Leitfadens ist die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Gesundheitsförderung sieht Kitas nicht nur als Ort, über den möglichst viele Kinder und Eltern erreicht werden können, sondern auch als Arbeitsplatz mit typischen Belastungen und Ressourcen und als wichtigen Kooperationspartner im Gemeinwesen. Auf diese Weise werden die Kita selbst und ihre alltäglichen Abläufe zum Gegenstand der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung wird zum „Qualitätsmerkmal“ und erhält einen festen Platz in den Bildungs- und Erziehungsaufgaben der Kindertagesstätte.

„Gesunde Kita für alle!“ veranschaulicht, wie Akteure beim Einsatz von Gesundheitsförderung in Kitas systematisch vorgehen



können. Es werden Hintergrundtexte und eine Anleitung zur Umsetzung geliefert, wesentliches Ziel ist dabei, „Gesundheit“ unter Beteiligung von Kindern, Beschäftigten und Eltern zu einer Konstante im Kita-Alltag zu machen. Abgerundet wird der Leitfaden durch die Darstellung empfehlenswerter Praxisbeispiele und eines Werkzeugkastens, der Vorlagen zur Planung von Maßnahmen sowie nützliche Links und Literaturhinweise enthält.

Unter <http://www.gesundheit.nds.de/CMS/index.php/veroeffentlichungen> kann der Leitfaden „Gesunde Kita für alle!“ herunter geladen werden.

Teilnehmerschulen für das Finale des Deutschen Präventionspreises 2010 nominiert

13 von über 400 Teilnehmerschulen aus ganz Deutschland sind im Rahmen des Deutschen Präventionspreises für das Finale am 15. Juni 2010 in Berlin nominiert worden. Bis zum 11. Januar 2010 konnten sich Schulen für den Preis unter dem Motto „Gesund aufwachsen – Ganzheitliche Gesundheitsförderung von Heranwachsenden in der Sekundarstufe I“ bewerben. In den kommenden Wochen wer-

den die nominierten Schulen von Mitgliedern der Jury besucht, um die endgültigen Preisträger zu ermitteln. Auslober des Deutschen Präventionspreises sind das Bundesministerium für Gesundheit, die Manfred Lautenschläger Stiftung und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Zu den nominierten Schulen gehören im Bereich Halbtagschulen etwa die baden-württembergische Bolandenschule Wiesental und die Berliner Herman-Nohl-Schule. Im Bereich offene und teilweise gebundene Ganztagschulen wurden die bayerische Don-Bosco-Schule und die Gemeinschaftsschule Probstei in Schleswig-Holstein nominiert ebenso wie die Ernst-Schering-Oberschule in Berlin und die Fritz-Winter-Gesamtschule im nordrheinwestfälischen Ahlen (Bereich voll gebundene Ganztagschule). Weitere nominierte Schulen und Informationen finden Sie im Internet unter www.deutscher-praeventionspreis.de.

Der Preis ist mit einer Summe von insgesamt 100.000 Euro dotiert, die für die Fortführung und Weiterentwicklung der prämierten Maßnahmen bestimmt ist. Schirmherr des Preises ist Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler. Der Preis wird seit 2004 zum siebten Mal vergeben.

Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsam weiter entwickeln / Der 3. gemeinsame Präventionskongress in Hannover

„Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der eben aber auch alle mitwirken müssen“, sagte Daniel Bahr, Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesgesundheitsministerium (BMG), in seiner Eröffnungsrede zum 3. gemeinsamen Präventionskongress am 22. Februar 2010 in Hannover. Die Veranstaltung stand unter dem

GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Motto „Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsam weiter entwickeln“, organisiert wurde sie vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG).

Ziel des Kongresses war es, das im Dezember 2009 von der BVPG vorgelegte Positionspapier „Potential Gesundheit - Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 17. Legislaturperiode“ zu diskutieren. Zentral war daher die Frage: Wie kann gewährleistet werden, dass „Prävention und Gesundheitsförderung“ zukünftig als durchgängiges Handlungs- und Gestaltungsprinzip aller Politikbereiche begriffen, akzeptiert und auf Dauer sichergestellt wird?

Im Februar hat die SPD-Fraktion im Bundestag eine Kleine Anfrage zur „Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ an die Bundesregierung gestellt und sich darin nach der im Koalitionsvertrag angekündigten Präventionsstrategie der Bundesregierung erkundigt. In seiner Antwort auf diese Kleine Anfrage machte Gesundheitsstaatssekretär Daniel Bahr deutlich, dass es mit der neuen Bundesregierung kein Präventionsgesetz geben wird.

Um die Zielgruppe der sozial Benachteiligten besser zu erreichen, so Daniel Bahr in seiner Antwort auf die Kleine Anfrage, hat die Bundesregierung die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) damit beauftragt, Handlungsempfehlungen für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen zu entwickeln. Außerdem soll die BZgA eine Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und Langzeitarbeitslosen aufbauen.

Gesundheitsförderung im Quartier - Neuaufgabe der Arbeitshilfen im Frühjahr 2010

Dank der Förderung der BZgA wird in Kürze die erweiterte zweite Auflage der Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ zur Verfügung stehen. Nachdem die erste Auflage von

7.500 Exemplaren sehr rasch vergriffen war, werden diesmal 10.000 Stück des erfolgreichen Ordners produziert. Der Ordner wurde um folgende Themenhefte erweitert:

Das neue Heft 6 „Gesundes und aktives Altern im Quartier“ befasst sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention bei sozial benachteiligten älteren Menschen. Anhand praktischer Beispiele und mit den gewohnten Checklisten werden Herangehensweisen anschaulich gemacht, wie im Quartier ältere Menschen erreicht und beteiligt und welche Ressourcen für Gesundheitsförderung im Alter genutzt werden können.

Das neue Heft 7 behandelt das Thema der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, das für Gesundheitsförderung im Quartier von besonderer Bedeutung ist. Entlang der verschiedenen Lebensphasen werden erfolgreiche Beispiele der Zusammenarbeit vorgestellt. Der Fokus liegt dabei auf der Förderung gelingender Übergänge zwischen den einzelnen Lebensphasen.

Der gesamte neue Ordner kann kostenfrei bestellt werden. Wer schon einen Ordner hat, kann selbstverständlich auch separat die neuen Hefte bestellen unter: arbeitshilfen@gesundheitliche-chancengleichheit.de (Ansprechpartner ist Stefan Bränuling, Tel.: 030-44 31 90-74)

Europäisches Jahr 2010 gegen Armut und soziale Ausgrenzung

Die Europäische Kommission hat 2010 zum Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung ausgerufen (EJ 2010). Damit will die Kommission das öffentliche Bewusstsein für die Risiken von Armut und sozialer Ausgrenzung stärken und die Wahrnehmung für ihre vielfältigen Ursachen und Auswirkungen schärfen. Es soll Vorurteilen und Diskriminierungen gegenüber Menschen begegnet werden, die von Armutsrisiken und Ausgrenzung betroffen sind.

Zugleich wird gezeigt, welche Ansätze zu deren Überwindung es gibt. In Deutschland ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit der Durchführung des EJ 2010 beauftragt. Drei große Themenfelder will das EJ 2010 sichtbar machen: „Jedes Kind ist wichtig – Entwicklungschancen verbessern!“, „Wo ist der Einstieg? – Mit

Arbeit Hilfebedürftigkeit überwinden!“, „Integration statt Ausgrenzung – Selbstbestimmte Teilhabe für alle Menschen!

Mit dem EJ 2010 möchte die Europäische Kommission die Öffentlichkeit und Politik auf verschiedenen Ebenen für mehr soziales Engagement gewinnen. Dabei soll die Arbeit der Wohlfahrtsverbände, der unabhängigen Betroffenenverbände und die Initiativen freier Träger anerkannt und nachhaltig gestärkt werden. Zusätzlich will die Kommission Unternehmen ermutigen, Verantwortung zu übernehmen und sich freiwillig gesellschaftlich zu engagieren. Es soll deutlich werden, was jeder Einzelne und die Gesellschaft insgesamt gewinnen, wenn soziale Ausgrenzung und Armutsrisiken verringert werden.

Am 25. Februar 2010 findet die Auftaktveranstaltung zum EJ 2010 in Berlin statt. Informationen über geplante Aktionen und Projekte im EJ 2010 in Deutschland erhalten Sie auf der Homepage www.mit-neuemut.de.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat 40 Projekte ausgewählt, die im Rahmen des Europäischen Jahres gegen Armut und Soziale Ausgrenzung (EJ 2010) in diesem Jahr über Mittel der EU-Kommission und des Bundes gefördert werden.

gha

Termine

10.05. – 11.05.2010

15. Deutscher Präventionstag in Berlin
Veranstalter: Deutscher Präventionstag, DBH, Weißer Ring, Polizei Beratung, DFK

20.05.2010

Fachtagung zur Gesundheitsförderung bei älteren Migrantinnen und Migranten in Stuttgart
Veranstalter: Regionaler Knoten Baden-Württemberg

09.06. – 11.06.2010

Bundeskongress der Mitgliedsstädte des Gesunde Städte-Netzwerks „Zukunft Gesundheit – Neue Allianzen!“ in Potsdam

Informationen zu diesen Veranstaltungen und zahlreiche weitere Termine rund um die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung sind zu finden unter

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/termine



Zum Gedenken Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann

Mit großer Betroffenheit haben der Bundesverband und die Landesstelle Berlin der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die Nachricht erhalten, dass am 25. März 2010 Frau Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann, langjährige Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes im Bezirksamt Berlin-Neukölln, Landesvorsitzende in Berlin und Bundesvorsitzende unseres Verbandes verstorben ist.

Mit ihr verliert die Jugendzahnpflege und die Gruppenprophylaxe in Deutschland sowie der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eine national wie international anerkannte Persönlichkeit.

Von ihrer Wahl zur 2. Vorsitzenden der Landesstelle Berlin im Jahre 1980 bis zur Beendigung ihrer dritten Amtsperiode als 1. Bundesvorsitzende des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Jahre 1998 hat Frau Dr. Dohnke-Hohrmann einen nicht unwesentlichen Teil ihrer Schaffenskraft dem Dienst an der Kollegenschaft gewidmet.

Seit 1974 war sie, die gebürtige Berlinern, als Zahnärztin im Bezirksamt Berlin-Neukölln tätig, bald schon auch als Leiterin. Mit großer Kreativität, Kraft und Ausdauer ebnete sie Modellprojekten und neuen Methoden den Weg. Dabei galt ihr großes Interesse der zahnärztlichen Epidemiologie.

Großer Dank widerfuhr ihr im Rahmen der Wiedervereinigung, denn durch die Organisation von Veranstaltungen für Ost- und Westberliner sowie Brandenburger Zahnärzte bereitere sie den Weg zu einem Dialog zwischen den Kolleginnen und Kollegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Besonders hervorzuheben ist ihr langjähriges Engagement für unseren Verband. 1980 wurde sie zur 2. Vorsitzenden der Landesstelle Berlin gewählt, eine Funktion, die sie bis 1987 innehatte. Bis 1992 war sie anschließend Vorsitzende dieser Landesstelle, um 1992 den Vorsitz des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu übernehmen.

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.

Ihr beispielhaftes Engagement kann nur durch echte Begeisterung für die Sache erklärt werden, und wer sie kennen lernen durfte, wird sich auch heute noch an die Leidenschaftlichkeit erinnern, mit der sie für den ÖGD, die Jugendzahnpflege und die Gruppenprophylaxe eintrat.

Als einzige Deutsche arbeitete sie übrigens im europäischen Com-

mittee of Childrens Dental Health mit. Darüber hinaus hat sie sich in der Bundesarbeitsgemeinschaft für interkulturelle Zahnmedizin und Oralprophylaxe und in der European Association for Dental Public Health engagiert.

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

Für die Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst stellt der Tod von Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann einen schmerzhaften Verlust dar. Für sie waren die Jugendzahnpflege und die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Deutschland ein vordringliches Anliegen. Dabei ließ sie den sozialen Aspekt innerhalb der Zahnheilkunde nie außer acht und die Sorge um eine gute Zahngesundheit der nachwachsenden Generation prägte ihr berufliches Engagement.

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Verbandsmitglieder und viele weitere Kolleginnen und Kollegen schulden Frau Dr. Dohnke-Hohrmann großen Dank.

Dr. Michael Schäfer MPH
1. Bundesvorsitzender

Der Tipp für die tägliche Prophylaxe zwischendurch: Zahnpflegekaugummi nach dem Mittagessen



Prävention genießt bei den Patienten einen hohen Stellenwert: „Auf die Frage nach den Gründen für einen Zahnarztbesuch gaben 70,1 % der Patienten Vorsorgeuntersuchungen und 33,9 % professionelle Zahnreinigung an“, berichtet Prof. Stefan Zimmer, Leiter der „Stopp-Studie“, der mit über 12.000 befragten Zahnarztpraxen größten Studie zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität in Deutschland. Zu einer umfassenden Prophylaxe gehört nach heutigem Kenntnisstand auch das Kauen von Zahnpflegekaugummi, insbesondere nach dem Mittagessen, weil dann meist keine Möglichkeit zum Zähneputzen besteht. Durch das Kauen wird der Spei-

chelfluss bis um das Zehnfache gesteigert und eine rasche Säureneutralisation bewirkt. Dies ist vor allem wichtig nach kohlenhydrathaltigen Mahlzeiten, die einen extrem starken pH-Wert-Abfall im Mundraum zur Folge haben. Wissenschaftlich ist erwiesen, dass durch regelmäßiges Kauen von Zahnpflegekaugummi nach den Mahlzeiten – zusätzlich zum zweimal täglichen Zähneputzen – eine Reduzierung des Kariesrisikos um bis zu 40 % möglich ist. Deshalb sollte das Prophylaxe-Bedürfnis der Patienten mit dem Hinweis unterstützt werden, dass der regelmäßige Genuss von zuckerfreiem Kaugummi, gerade nach dem Mittagessen, eine ebenso

effiziente wie wohlschmeckende Ergänzung der täglichen Mundhygiene ist.

Wrigley's Extra, 1992 als erster Zahnpflegekaugummi von Wrigley in Deutschland eingeführt, präsentiert sich aktuell in einem neuen Verpackungsdesign. Wrigley Oral Healthcare Programs bietet die Produkte der Wrigley's Extra-Zahnpflegereihe sowie kostenlose Info-Materialien für Kinder und Erwachsene in einem exklusiven Bestellprogramm an. Abrufbar im Internet unter www.wrigley-dental.de oder alternativ über ein Bestellformular, das per Fax unter 089 / 66 51 04 57 angefordert werden kann.

Kommed Dr. Barbara Bethcke
Ainmillerstraße 34 · 80801 München



easy-soft GmbH Dresden

Computer · Software · Systementwicklung

Champus für den Octopus!

Zwei Jahrzehnte Software für den öffentlichen Gesundheitsdienst aus Dresden

Im Jahr 2010 begeht die easy-soft GmbH Dresden ihr 20-jähriges Firmenjubiläum. Das ist ein Grund zu feiern, aber auch, sich zu bedanken - bei unseren Kunden für die konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit, bei unseren Mitarbeitern für ihre engagierte und zielstrebige Arbeit, bei unseren Freunden und Ratgebern für die stets kritische und aufrichtige Wertung unseres Tuns und nicht zuletzt bei unseren Familien für ihr Verständnis und für ihre Unterstützung in all den Jahren.

Erheben wir das Glas, um auf das Erreichte und auf das noch zu Erreichende anzustoßen - Gesundheit!



Salzburger Str. 9 • 01279 Dresden • Tel: 0351 25506-0 • Fax: 0351 25506-10 • E-Mail: info@easy-soft.de • Internet: www.easy-soft.de

