

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



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

40. Jahrgang / Dezember 2010 www.bzoeg.de

Mundgesundheit
trotz Handicap
und hohem Alter

Einsparungen bei
Schulärztlichen Diensten
in Hamburg

Brauchen wir Statistik?



„Tolle Zähne – na logo!“
Jubiläumsveranstaltung
in Brandenburg

3.10

3 Editorial

Kongressbeitrag

4 Bericht zur Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen im Main-Kinzig-Kreis

Bericht

8 Jubiläumsveranstaltung zum 20. Tag der Zahngesundheit 2010 „Tolle Zähne – na logo!“

10 Achtung: Löcher in Hamburg auf Wanderschaft – heute im Haushalt, morgen in den Kinderzähnen

Aktuelles

6 Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter

7 Das Wohnumfeld entscheidet über Bildungschancen und Gesundheit von Kindern

9 Eignung von elmex-Lernzahnbürsten

14 Rekordbesuch beim Deutschen Zahnärztetag 2010

15 Ehrennadel der DGZMK für Dr. Dr. Claus Grundmann

16 Der Zahnärztliche Gesundheitsdienst sucht neue Redaktion

18 Apollonia-Preis zu Münster 2010 an Prof. Hinz

18 Ehrungen für Sanitätsrat Dr. Helmut Stein: Verdienstmedaille der LAGZ Rheinland-Pfalz und 60. Geburtstag

Fortbildung

11 CMD bei Kindern – frühes Erkennen gestörter Funktion

13 Brauchen wir Statistik?

Termine

17 Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf; Aus-, Fort- und Weiterbildung für den Zahnärztlichen Dienst

19 GBE als Querschnittsaufgabe

20 61. Wissenschaftlicher Kongress des BZÖG 2011 in Trier

Titelbild: Rebecca Ricker aus der Evangelischen Grundschule in Brandenburg

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 3.10
Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ –
Wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens

Herausgeber:
Bundesverband der Zahnärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

1. Vorsitzender: Pantelis Petrakakis
Willy-Brandt-Platz 19, 42105 Wuppertal
Tel. 02 02/5 63 28 40
pantelis.petrakakis@wuppertal.stadt.de

2. Vorsitzende: Dr. Sabine Breitenbach
R 1,12; 68161 Mannheim
Te. 0621/293 22 50, Fax 0621/293 22 95
sabine.breitenbach@mannheim.de

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

amt. 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
Kirchstr. 215, 47198 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
info@ag-zahngesundheit-hd.de

Zeitungsbeirat:
Dr. Angela Bergmann, Krefeld
Dr. Christoph Hollinger, Lünen
Dr. Gereon Schäfer, Aachen

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 zuge-
lassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung
des Herausgebers nicht gestattet.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persön-
liche 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



Pantelis Petrakakis

Liebe Leserinnen und Leser,

eigentlich hätten Sie die dritte Ausgabe unserer Zeitschrift für das Jahr 2010 bereits im Dezember letzten Jahres erhalten sollen. Gesundheitliche Probleme unserer Redakteurin führten jedoch dazu, dass wir die Abgabefristen unseres Layouts an die Druckerei überschritten und das Heft Nr. 3 nicht mehr im alten Jahr erscheinen konnte. Dafür möchte mich im Namen des Vorstands bei Ihnen entschuldigen und gleichzeitig um Ihr Verständnis bitten. Die gesundheitlichen Einschränkungen unserer lieben Kollegin haben ebenfalls zur Folge, dass sie als Redakteurin für den Zahnärztlichen Gesundheitsdienst zukünftig nicht mehr zur Verfügung stehen wird. Wir haben für ihre Entscheidung vollstes Verständnis und wünschen ihr auf diesem Wege eine baldige Genesung.

Dass Sie jetzt die dritte Ausgabe 2010 in den Händen halten, konnte nur durch den hohen Einsatz des gesamten Vorstands und im Besonderen durch die Initiative unserer ehemaligen Redakteurin, Frau Dr. Grit Hantzsch, ermöglicht werden. In bester Hoffnung, bald eine Kollegin oder einen Kollegen für die redaktionelle Leitung unserer Zeitschrift zu gewinnen, weise ich auf das Interview mit Kollegin

Hantzsch auf Seite 16 hin, in welchem sie Ihnen in anschaulicher Form Einblicke in die redaktionelle Tätigkeit für den Zahnärztlichen Gesundheitsdienst gibt.

„Die Welt wächst zusammen – Quo Vadis, Öffentlicher Gesundheitsdienst?“

lautet der Titel unseres kommenden, 61. Wissenschaftlichen Kongresses in Trier.

Wie ist es Ihnen beim Lesen des Kongresstitels ergangen? Als ich während des Jubiläumskongresses in Hamburg erfuhr, unter welchem Motto unser nächster Kongress firmieren wird, dachte ich augenblicklich an den berühmten Roman „Quo vadis?“, des Schriftstellers Henryk Sienkiewicz. Erinnern Sie sich noch an den beeindruckenden Sir Peter Ustinov in der Rolle des Kaisers Nero in der Verfilmung aus dem Jahr 1951? Als Sienkiewicz bereits im Jahr 1905 für sein literarisches Werk den Nobelpreis erhielt, war die Überraschung in der Fachwelt groß. War doch der Roman in Polnisch geschrieben und somit in einer Sprache verfasst worden, die aufgrund des Fehlens eines souveränen, eigenständigen polnischen Staates keine gültige Amtssprache war. Im historischen Rahmen des Romans wird der geschichtliche Wendepunkt beschrieben, der durch den beginnenden Untergang des römischen Imperiums und der Entstehung des frühen Christentums markiert wird. Die Frage nach dem „Wohin gehst Du?“ erhält durch die damaligen Veränderungsprozesse ihre Berechtigung und wird im Sinne eines dadurch initiierten Umdenkens begriffen. Vielleicht erhält unser Kongress durch die Assoziation zu diesem Stück Weltliteratur eine besondere Bedeutung. Sein Titel könnte vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlich-politischer Veränderungen und ihrer Bedeutung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Deutschland ähnlich aufgefasst werden.

Die Fähigkeit des ÖGD zu Kooperation und Vernetzung ist gefragt im Wandlungsprozess eines zusammenwachsenden Europa und der „Europäisierung“ der Gesundheitssysteme. War „Staatenlosigkeit“ für die Schaffenskraft des Schriftstellers vielleicht entscheidend, so könnte „Grenzenlosigkeit“ für den ÖGD die Triebfeder für Gestaltungskraft und Neuorientierung sein. Das Kongressmotto entspricht dem Zeitgeschehen und birgt ausreichend Gesprächsstoff, um die Erwartungen auf einen anregenden und interessanten Diskurs zu erfüllen. Die Örtlichkeit bietet dazu den passenden Rahmen, da Trier durch seine räumliche Nähe zu den Nachbarländern Frankreich, Belgien und Luxemburg in der so genannten „Saar-Lor-Lux-Region“ über Staatsgrenzen hinweg wirtschaftlich vernetzt ist.

An dieser Stelle sollte aber nicht unerwähnt bleiben, dass der Ort unseres kommenden Bundeskongresses auch sonst sehr viel zu bieten hat. Trier ist eine kreisfreie Stadt im Westen des Bundeslandes Rheinland-Pfalz. Sie ist römischen Ursprungs und kann auf eine mehr als 2.000-jährige Geschichte zurückblicken. Sie gilt als älteste Stadt in Deutschland und ist gleichzeitig älteste römisch-katholische Diözese in der Kirchenprovinz Köln. Trier ist aber auch eine moderne Universitätsstadt und liegt in der berühmten Weinanbau-Region Mosel-Saar-Ruwer, die für ihre exzellenten Weißweine bekannt ist. Die Verknüpfung der Kongressteilnahme mit einem netten „Schoppen“ zwischendurch oder einer professionellen Weinprobe bietet sich an und lädt Sie vielleicht zum etwas längeren Verweilen ein.

Ich freue mich sehr, Sie dazu auf den Bundeskongress in Trier einzuladen und dort begrüßen zu dürfen.

Pantelis Petrakakis

Graf P., Schreiber A., Ernst H.

Bericht zur Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen im Main-Kinzig-Kreis

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) auf kommunaler Ebene wird am Beispiel des Berichts zur Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen im Main-Kinzig-Kreis (MKK) 2008 dargestellt.

Der MKK ist der bevölkerungsreichste Landkreis Hessens (Kreisfläche 1400 km², Entfernung von West nach Ost ca. 83 km) mit 408.162 Einwohner (Stand 31.12.2007). Er entstand aus einem Zusammenschluss von 3 Altlandkreisen (Hanau HU, Gelnhausen GN, Schlüchtern SLÜ) und der Stadt Hanau, die einen Sonderstatus besitzt. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung gab es 213 Kindergärten, 91 Grundschulen, 39 weiterführende Schulen und 13 Förderschulen (für Lernhilfe und für Praktisch Bildbare).

Die GBE hat im MKK einen hohen Stellenwert. Unter Beteiligung der Mitarbeiter werden in allen Sachgebieten des Gesundheitsamtes Gesundheitsberichte erstellt und in einem kontinuierlichen Prozess regelmäßig fortgeschrieben. Zielgruppe dieser Berichte sind Bevölkerung, Kooperationspartner, Fachöffentlichkeit, lokale politische Entscheidungsträger und fachvorgesetzte Behörden. Nach § 13 HGöGD (Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 28.09.2007) ist die GBE eine Pflichtaufgabe der Gesundheitsämter.

Vom Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes und vom Arbeitskreis Jugendzahnspflege werden seit mehr als 10 Jahren bei den zahnärztlichen Untersuchungen in Kindergärten und Schulen die Einzelzahnbefunde standardisiert erfasst. Der vorliegende Gesundheitsbericht beruht auf den Ergebnissen der zahnärztlichen Untersuchungen. Es wird erläutert, wie die Untersuchungsergebnisse im Bericht dargestellt wurden, warum die Darstellung so erfolgte und wie sich lokale Strukturen und Gegebenheiten auf die Gestaltung ausgewirkt haben. Die Entwicklung der Zahngesundheit wird anhand von Beispielen gezeigt.

Der 1. Teil des Berichts wird als Forum genutzt, die regionalen Zielgruppen über die Arbeit des ZÄD/AKJZ zu informieren.

Im 2. Teil wird die Entwicklung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen nach zehnjähriger kontinuierlicher Mundgesundheitsförderung dargestellt.

Der 3. Teil enthält Tabellen, Literaturverzeichnis und Glossar.

Zur Beschreibung und graphischen Darstellung der Zahngesundheit im 2. Teil wurde als Indikator der naturgesunde Zahnstatus gewählt. Seine Erhaltung ist das wichtigste Ziel der Mundgesundheitsförderung. Er ist gut geeignet zur Beschreibung der Mundgesundheit und zur Beobachtung, wie viele Kinder im Verlauf der Schulzeit ihre gesunden Zähne behalten.

Die Struktur des Kreises (s. oben) und die Art der Einrichtungen – Schulen und Kindergärten – sind von Bedeutung für die Darstellung der Entwicklung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen im Gesundheitsbericht.

Die Altersgruppen wurden unterteilt in: Kindergärten (alle Altersgruppen), Grundschulen (1. Klassen und 4. Klassen), weiterführende Schulen (6. Klassen und 9. Klassen), Förderschulen (alle Altersgruppen; nur im Gesundheitsbericht dargestellt). Es wird darauf hingewiesen, dass in unserer Datenbank das exakte Alter der Kinder nicht dokumentiert ist, sondern nur die Zugehörigkeit zur 1., 4., 6. oder 9. Klasse; der naturgesunde Zahnstatus wird in allen Altersgruppen aus den Befunden der Milchzähne und der bleibenden Zähne gebildet.

Im Kindergarten- und Grundschulbereich wird die Entwicklung der Zahngesundheit für den gesamten Main-Kinzig-Kreis und separat für die einzelnen Kreisteile dargestellt, in den weiterführenden Schulen anhand des Schultyps.

Im Kindergarten werden jährlich ca. 8500 Kinder untersucht (66 %). Trotz unterschiedlicher Startbedingungen ist die Entwicklung des Anteils der Kindergartenkinder mit naturgesundem Zahnstatus zwischen 1997

und 2002 in allen Kreisteilen ähnlich positiv verlaufen (Abb. 1). Der Rückgang der Kinder mit naturgesundem Zahnstatus ab 2002 ist ebenfalls (ausgehend von unterschiedlichem Niveau) in allen Kreisteilen festzustellen. Auch der im Schuljahr 2006/2007 beobachtete erneute Anstieg des Anteils kariesfreier Kinder, findet sich in allen Kreisteilen wieder.

In den Grundschulen wird die Entwicklung der Zahngesundheit durch Untersuchungen in den 1. und 4. Klassen (Beginn und Ende der Grundschulzeit) aufgezeigt. Bei den Erstklässlern ist der Anteil der Kinder mit naturgesundem Zahnstatus von 24 % im

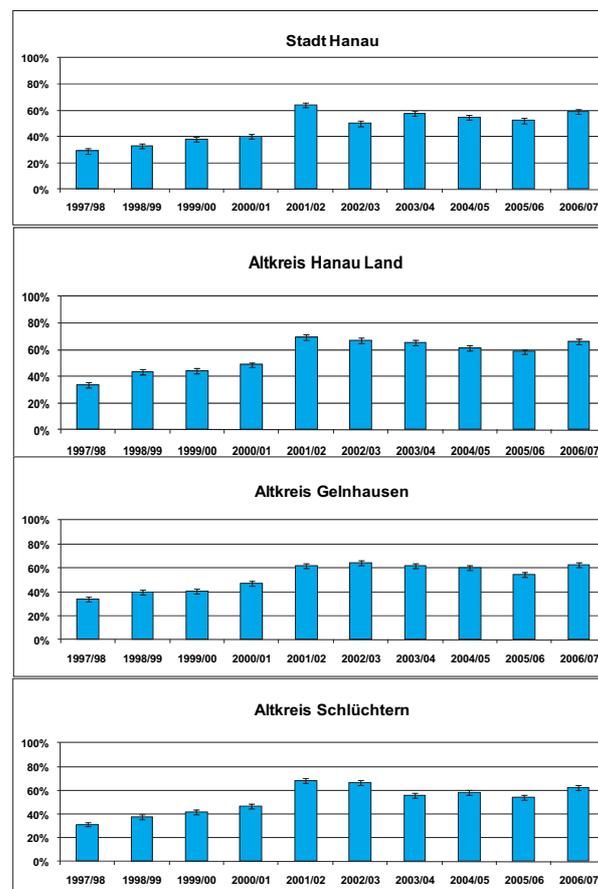


Abbildung 1: Entwicklung der Zahngesundheit der Kindergartenkinder in den einzelnen Kreisteilen von 1997 bis 2007 mit jährlich insgesamt ca. 8000 bis 9000 untersuchten Kindern. Die statistische Bandbreite der Prozentwerte (95 %iger Vertrauensbereich) liegt aufgrund der untersuchten Kinder bei etwa +/- 2 %.

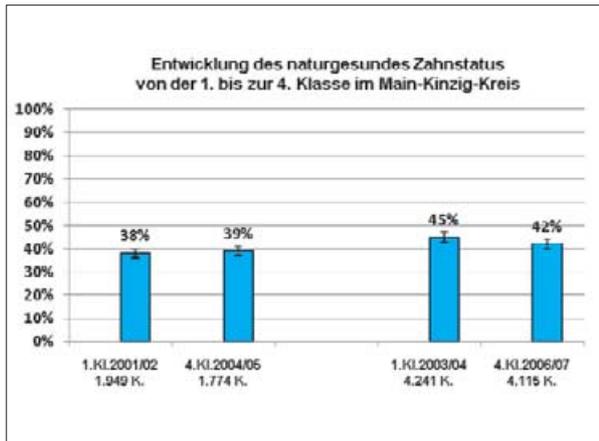


Abbildung 2: Stand und Entwicklung des naturgesunden Zahnstatus von den Erstklässlern 2001/02 bzw. 2003/04 bis zum Ende ihrer Grundschulzeit in der 4. Klasse. Die unterschiedlichen Kinderzahlen begründen sich aus dem Umstand, dass es sich hier jeweils um Querschnittsbetrachtungen derselben Jahrgänge handelt und nicht ausschließlich um eine longitudinale Beobachtung derselben Kinder. Am oberen Ende der Säule wird die statistische Bandbreite für den 95 %-igen Vertrauensbereich des Prozentwertes gezeigt.

Schuljahr 1996/97 auf 46 % im Schuljahr 2004/2005 gestiegen und hat sich damit nahezu verdoppelt. Der Anteil der Viertklässler mit naturgesundem Zahnstatus hat sich kreisweit seit 1996 mehr als verdreifacht. Diese positive Entwicklung ist in allen Kreisteilen zu erkennen.

Zur Darstellung der Entwicklung der Zahngesundheit während der Grundschulzeit wurden die Einschulungsjahrgänge 2001 und 2003 ausgewählt und beschrieben, wie sich der Anteil kariesfreier Kinder bis zur vierten Klasse im Schuljahr 2003/04 bzw. 2006/07 entwickelt hat. (Abb. 2). Unter Berücksichtigung der statistischen Vertrauensbereiche blieb der Anteil der Kinder mit naturgesundem Zahnstatus in der Grundschulzeit stabil. Das höhere Niveau des Einschulungsjahrgangs 2003 konnte ebenfalls bis zur vierten Klasse gehalten werden.

In den weiterführenden Schulen werden die sechsten und neunten Klassen untersucht. Ergebnisse liegen ab Schuljahr 2002/03 für die 6. Klassen und aus dem Schuljahr 2005/06 für die neunten Klassen vor. Da Sechstklässler im Durchschnitt 12 Jahre und Neuntklässler im Durchschnitt 15 Jahre alt sind, stellen sie Altersgruppen dar, die auch zu bundesweiten oder internationalen Vergleichen herangezogen werden können. Anhand der Ergebnisse der Untersuchung der 9. Klassen wird der Verlauf der Entwicklung der Zahngesundheit in den weiterführenden Schulen beurteilt.

Für die Darstellung der Entwicklung der Zahngesundheit in den weiterführenden Schulen wurde auf eine separate Darstellung der einzelnen Kreisteile verzichtet: durch die die Altkreise übergreifenden Einzugsbereiche dieser Schulen ist der Bezug des Wohnortes zur besuchten Schule nicht mehr vorhanden. Deshalb erfolgt die Darstellung anhand des Schultyps (Abb. 3): die soziale Bedingtheit von Gesundheit, speziell der Zahngesundheit wird am Beispiel der

besuchten Schulform sichtbar. Der Faktor Bildung, gemessen am Schultyp, wirkt sich hier stärker auf die Zahngesundheit aus als der Standortfaktor.

So hatten an den Gymnasien mehr als die Hälfte der Sechst- und Neuntklässler einen naturgesunden Zahnstatus. Real- und Gesamtschüler nahmen eine Mittelstellung ein: Der Anteil der Schüler mit naturgesundem Zahnstatus lag hier bei 35 bis 41 %, während bei den Hauptschülern noch 27 % völlig kariesfrei waren (Abb. 3).

Betrachtet man die Entwicklung der Zahngesundheit von der 6. bis zur 9. Klasse zeigt sich, dass der naturgesunde Zahnstatus der 6. Klasse 2002/03 weitgehend bis zur 9. Klasse 2005/06 erhalten werden konnte (Abb. 3).

Dieses erfreuliche Ergebnis zeigt sich auch bei Betrachtung der einzelnen Schultypen: Selbst im Hauptschulbereich wird das bei dieser Schulform niedrige Ausgangsniveau der Sechstklässler bis zur neunten Klasse gehalten.

Weitere Grafiken können im Gesundheitsbericht eingesehen werden. Detailangaben z. B. zur Gesamtzahl der Kinder in den verschiedenen Altersgruppen, der Anzahl der zahnärztlich untersuchten Kinder usw. sind im Tabellenanhang des Gesundheitsberichts enthalten.

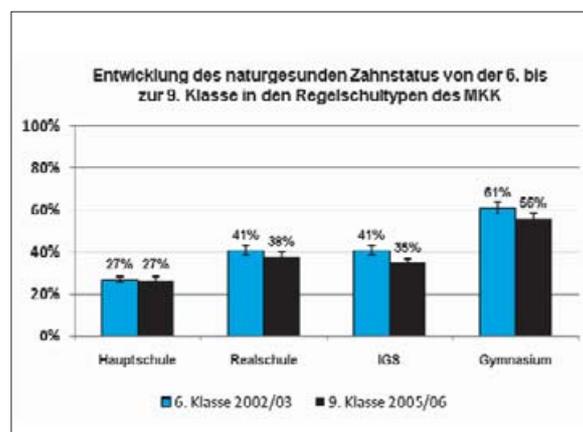


Abbildung 3: Stand und Entwicklung des naturgesunden Zahnstatus der 6. Klasse 2002/03 bis zur 9. Klasse 2005/06 in den verschiedenen Formen der weiterführenden Schulen. Die unterschiedlichen Kinderzahlen 2002/03 und 2005/06 (Hauptschule 601 und 622; Realschule 378 und 1180; IGS 394 und 772; Gymnasium 514 und 800) begründen sich aus dem Umstand, dass es sich hier jeweils um Querschnittsbetrachtungen derselben Jahrgänge handelt und nicht ausschließlich um eine longitudinale Beobachtung derselben Kinder. Am oberen Ende der Säule wird die statistische Bandbreite für den 95 %-igen Vertrauensbereich des Prozentwertes gezeigt.

Schlussfolgerungen: Der Anteil der Kinder mit naturgesundem Zahnstatus ist im Kindergarten- und Grundschulbereich in allen Altersgruppen gestiegen! Die Zahngesundheit in den weiterführenden Schulen zeigt eine Abhängigkeit vom Schultyp (s. oben). Während der Grundschulzeit und in den weiterführenden Schulen zwischen der 6. und der 9. Klasse bleibt der Anteil der Kinder mit naturgesundem Zahnstatus stabil. Die Maßnahmen zur Mundgesundheitsförderung im MKK in Form des zweimal jährlichen Mundgesundheitsunterrichts einschließlich abschließender Zahnputzübung mit fluoridierter Zahnpasta für alle Kindergartengruppen, Grundschulklassen und 5. und 6. Hauptschulklassen sowie der standardisierten zahnärztlichen Untersuchungen definierter Alterskohorten haben sich bewährt und sollten weiterentwickelt werden. Der naturgesunde Zahnstatus ist ein geeigneter Indikator zur Beobachtung und Darstellung der Mundgesundheit in der Gesundheitsberichterstattung.

Quelle: Frenz G, Ernst H (Hrsg.):

Bericht zur Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen im Main-Kinzig-Kreis. Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes im Main-Kinzig-Kreis Band 2 (2008).

Den vollständigen Gesundheitsbericht des ZÄD/AKJZ finden Sie auch im Internet unter: www.mkk.de · Fachämter Gesundheitsamt · Veröffentlichungen

Kontaktadresse:

Petra Graf

Gesundheitsamt Main-Kinzig-Kreis
Zahnärztlicher Dienst
Barbarossastraße 24 · 63571 Gelnhausen
Tel.: 06051/85 12425 Fax:
06051/85 91 43 75
E-Mail: petra.graf@mkk.de

Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter

Der demographische Wandel in den entwickelten Industrienationen, so auch in Deutschland, stellt insbesondere die sozialen Sicherungssysteme vor Herausforderungen. Auch die zahnmedizinische Versorgung ist unmittelbar betroffen. Studien belegen, dass die doppelte Altersdynamisierung deutlich im zahnärztlichen Versorgungsalltag wahrgenommen wird.

Ausgehend vom bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis und den altersbedingten Funktionseinschränkungen sowie Erkrankungen mit ihren Auswirkungen auf die orale Gesundheit ist der Zahnarzt zunehmend in seiner medizinischen Kompetenz gefordert. Auch weisen wissenschaftliche Untersuchungen auf, zum Teil bidirektionale, Wechselwirkungen von medizinischen und zahnmedizinischen Erkrankungen hin.

Das Alter ist generell keine homogene Lebensphase. Erfolge der Prävention bedingen in allen medizinischen Fachgebieten eine Kompression der Morbidität hin zu einem endständigen Lebensabschnitt. Daraus ergibt sich, dass die Erwartung und Bedürfnisse älterer Menschen abhängig von ihrer Lebenssituation deutlich heterogen sind. Somit erfordert die Betreuung von älteren Patienten eine individuelle Ausrichtung und situationsbezogene Ansätze unter Beachtung ethischer Grundsätze. Dies fordert das zahnärztliche Behandlungsteam in seiner medizinischen und sozialen Kompetenz und bedarf altersphasengerechter Betreuungsangebote. Die Bundeszahnärztekammer hat dazu bereits im Jahr 2002 einen Leitfaden zur Präventionsorientierten ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns herausgegeben. Dieser ist ein wissenschaftlich begründeter und gleichzeitig praxisnaher Problemaufriss, der den berufstätigen Zahnarzt eine systematische Orientierungshilfe zu dieser Thematik für die tägliche Praxis gibt (Abb. 1).



Abbildung 1: Leitfaden der Bundeszahnärztekammer „Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns“

Da eine konsequente Prävention bis ins hohe Lebensalter unter Umständen einer Unterstützung bedarf, ist Aufklärung und Information von Angehörigen und insbesondere Pflegepersonals zu Fragen der Mundhygiene von hoher Bedeutung. Im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen für das Pflegepersonal durch zahnärztliche Kompetenzangebote im Rahmen von Obteulemodellen, organisiert durch die zuständigen Landes Zahnärztekammern, werden neben Vortragsmaterialien das ebenso von der Bundeszahnärztekammer herausgegebene Handbuch der Mundhygiene – ein Ratgeber für das Pflegepersonal – genutzt (Abb. 2).

Damit sollen Defizite in der Pflege, vor allem die Tatsache, dass Mundhygiene im Pflegealltag nicht im Vordergrund steht, beseitigt werden und mit systematischer Mundhygiene die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessert werden.

Die Situation der etwa 2,25 Millionen Pflegebedürftigen ist dadurch gekennzeichnet, dass zwei Drittel im häuslichen Umfeld und die restlichen Patienten in Pflegeeinrichtungen betreut werden. Darüber hinaus gibt es in der Bundesrepublik 7,1 Millionen amtlich anerkannte Schwerbehinderte. Über die Hälfte dieser Patientengruppe ist älter als 65 Jahre. Nationale und internationale Studien belegen, dass die Mundgesundheit von betagten, multi-



Abbildung 2: Handbuch der Mundhygiene – Ein Ratgeber für das Pflegepersonal

morbiden und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderung deutlich schlechter als in anderen Bevölkerungsgruppen ist. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt im Jahr 2009 fest, dass eine zahnmedizinische Unterversorgung Pflegebedürftiger vorhanden ist. Gekennzeichnet ist die Situation dieser Menschen durch einen höheren Anteil fehlender Zähne, schlechten Sanierungsgraden, gehäuften Auftreten von Wurzelkaries sowie von parodontalen Erkrankungen. Oft handelt es sich um sehr komplexe Patientenfälle gekennzeichnet durch Multimorbidität, Multimedikation und erforderlicher Prämedikation. Neben einem erhöhten Personalaufwand ist ebenso ein höherer Zeitaufwand für die Behandlung und die Instruktion der Betreuer notwendig. Auch der nicht selten notwendige besondere organisatorische Aufwand für den Transport macht die aufwendigere Behandlungssituation für diese Patienten deutlich. Somit ist zu erklären, dass es sich derzeit um eine vorwiegend beschwerdeorientierte Versorgung dieser Patientengruppe handelt. Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen im Rahmen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung gehen davon aus, dass der Patient eigenständig Mundhygiene durchführen und selbstständig die zahnärztliche Praxis zur Betreuung aufsuchen kann. Die generell unbefriedigende Situation ist Sozialpolitikern, Krankenkassenvertretern und den Zahnärzten bewusst. Seit Jahren wird durch karitativ tätige Organisationen und aufopferungsvolles Engagement zahlreicher Zahnärztinnen und Zahnärzte die Versorgung dieser Patienten übernommen. Verschiedene Lösungsansätze und best practice-Modelle sind Ausdruck von Ansätzen einer systematischen Betreuung dieser Patientengruppe.

Auf Basis dieser Erkenntnisse wurde im Rahmen eines gemeinsamen Projektes von Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Wissenschaft im Juni 2010 ein Versorgungskonzept unter dem Titel „Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter – Konzept zur Vertragszahnärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen“ vorgelegt (Abb. 3).

Darin werden Vorschläge für die Einteilung der Anspruchsberechtigten, für eine entsprechende Versorgungsstrecke als auch das Leistungsspektrum für diese

Patientengruppe dargestellt. Ziel ist es, die Mundgesundheit dieser Menschen zu verbessern, Folgeerkrankungen zu vermeiden, die Lebensqualität anzuheben, für Integration, Rehabilitation und soziale Akzeptanz zu sorgen, und letztendlich an medizinischem Fortschritt teilzuhaben. Zur Umsetzung dieses Versorgungskonzeptes ist es notwendig im Rahmen des Sozialgesetzbuches V unter dem §22, den Anspruch einer besonderen zahnärztlichen Versorgung für pflegebedürftige Versicherte und Versicherte mit Behinderungen einzuführen.

Fest steht, dass es heute durchaus möglich ist, dass Zahnärzte mobil arbeiten und sich der aufsuchenden Betreuung und Therapie widmen. Dies erfordert jedoch einen zusätzlichen organisatorischen, personellen, apparativen und zeitlichen Aufwand, der unter den derzeitigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen nicht ausreichend abgedeckt wird. Darüber hinaus gehören zahnmedizinisch präventive Maßnahmen für erwachsene Menschen nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Das vorliegende Konzept versteht sich als Lösungsmöglichkeit und als Angebot an Gesundheitspolitik und Krankenkassen für eine angemessene zahnärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Patienten und Menschen mit Behinderungen zu sorgen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dietmar Oesterreich

Chausseestraße 13 · 10115 Berlin

– Literaturhinweis bei der Redaktion –

Abbildung 3: Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter - Konzept zur Vertragszahnärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen



Das Wohnumfeld entscheidet über Bildungschancen und Gesundheit von Kindern

Neue Studie der Bertelsmann-Stiftung veröffentlicht

Kinder aus so genannten „Problemvierteln“ haben schlechtere Entwicklungs- und Gesundheitschancen als die Kinder, die in gehobenen Wohnvierteln aufwachsen. Das ist das Ergebnis der Studie „Kommunale Entwicklung – Chancen für Kinder“ (KECK), die die Bertelsmann-Stiftung in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut (RKI) und der empirica AG kürzlich veröffentlichte. Die Studie basiert auf Datensätzen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KIGGS) des RKI, die mit Informationen zur Infrastruktur, dem Mietspiegel und der Bevölkerungsdichte auf Quartiersebene korreliert wurden. Demnach wirkt sich ein Wohnumfeld, dessen charakteristische Merkmale ein niedriges Mietpreisniveau und mehrgeschossige Mietbauten sind, eher negativ auf das Gesundheits- und Bildungsverhalten von Eltern und Kindern aus, als ein Umfeld, das durch ein hohes Mietniveau geprägt ist und wo Familien vorwiegend in Einfamilienhäusern leben. Jungen und Mädchen aus dem „Problemkiez“ sind weniger körperlich aktiv und verbringen mehr Zeit vor dem Fernseher und dem Computer. Entsprechend leiden sie häufiger unter Übergewicht als Kinder aus besser gestellten Familien.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind Teil des „KECK-Atlas“, der im Internet unter www.keck-atlas.de veröffentlicht worden ist. Die Initiatoren der Studie betrachten den KECK-Atlas als ein Instrument, das durch seine transparente Darstellung kommunaler Ressourcen und die damit verbundenen Strukturprobleme eine Grundlage für verantwortungsbewusstes politisches Handeln vor Ort und für die Entwicklung von neuen Konzepten, Strategien und Handlungsansätzen schaffen kann.

P. Petrakakis

Jubiläumsveranstaltung zum 20. Tag der Zahngesundheit 2010 „Tolle Zähne – na logo!“



Abbildung: Die interaktive Show zur Kariesprophylaxe des Künstlers Mausini begeisterte Jung und Alt. (Fotos: Kathleen Friedrich)

Die Stadt Brandenburg an der Havel war am 9. September Gastgeber der Jubiläumsveranstaltung des Landes Brandenburg zum 20. Tag der Zahngesundheit. Den Auftakt bildete die Preisverleihung zum Schülerwettbewerb „Tolle Zähne – na logo!“. Um der Brandenburger Gruppenprophylaxe ein Erkennungszeichen zu geben, hatte die Gesundheitsministerin im März alle Fünftklässler des Landes aufgerufen, ein Logo zu entwerfen. Der Schülerwettbewerb wurde ein voller Erfolg. 1.091 Einsendungen aus 17 Landkreisen und kreisfreien Städten bewertete eine 7-köpfige Jury und wählte 4 Preisträger aus. Sie wurden im Brandenburger Theater von Staatssekretär Dr. Daniel Rühmkorf und Oberbürgermeisterin Dr. Dietlind Tiemann prämiert. Dass eine Schülerin aus der Havelstadt das Gewinnerbild gestaltet hat, war für Dr. Tiemann als Schirmherrin der Veranstaltung eine besondere Freude. Die originellsten und kreativsten Entwürfe waren in einer Ausstellung im Foyer des Theaters zu sehen. Nach der Preisverleihung erlebten über 400 Schülerinnen und Schüler aus 12 Schulen eine mitreißende interaktive Bühnenshow zur Kariesprophylaxe des Künstlers „Mausini“.

Parallel dazu fand für die Gäste aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Politik und Verwaltung eine Fachtagung statt. Dr. Daniel Rühmkorf erläuterte Strukturen und Inhalte des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg, dem Gesundheitszieleprozess zur Kindergesundheit. Dr. Elke Friese, Referatsleiterin im Gesundheitsministerium, stellte das Handlungsfeld Mundgesundheit und die Ergebnisse der für 2010 vereinbarten Mundgesundheitsziele vor.

63 % der 5 Jahre alten Kita-Kinder haben kariesfreie Milchgebisse und 12 Jahre alte Schülerinnen und Schüler haben weniger als einen bleibenden Zahn mit Karieserfahrung (DMF-T 0,8). Zum Zeitpunkt der Zielvereinbarung im Jahr 2003 hatten nur 53 % der Fünfjährigen kariesfreie Milchgebisse und der DMF-T-Wert der 12-Jährigen lag noch bei 1,4. Auch bei den 15-jährigen Jugendlichen ist eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit feststellbar, wie die Reduzierung des DMF-T-Index von 3,3 auf 1,9 verdeutlicht. Die Zielstellungen zur Mundgesundheit wurden landesweit erreicht. Ein deutlicher Kariesrückgang und messbarer Gesundheitsgewinn ist in allen Altersgruppen zu verzeichnen.



Abbildung oben: Rebecca Ricker aus der Evangelischen Grundschule in Brandenburg an der Havel lieferte die Vorlage für das Logo der Brandenburger Gruppenprophylaxe.

„Kinderzähne sind heute viel gesünder als vor 20 Jahren. Dazu hat vor allem das Engagement der Zahnärzte, Eltern, Lehrer, Krankenkassen und Teams der Zahnärztlichen Dienste beigetragen, das weit über den Tag der Zahngesundheit ausstrahlt“, lautete das Fazit von Dr. Rühmkorf.

Um die Mundgesundheit der Brandenburger Kinder und Jugendlichen weiter zu verbessern, soll die Erfolgsgeschichte der Prävention fortgesetzt werden. Neue Zielstellungen bis zum Jahr 2020 zeigen, in welche Richtung alle Beteiligten gehen werden. Nachzulesen sind sie unter www.buendnis-gesund-aufwachsen.de.

Den wissenschaftlichen Schwerpunkt der Fachtagung bildete der Vortrag von Prof. Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien, Universität Jena. Sie referierte über die Besonderheiten der Mundgesundheit im Kleinkindalter. Die Darstellungen der frühkindlichen Karies mit ihren multikausalen Ursachen und Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder waren für die Zuhörer besonders beeindruckend.

Abbildung unten: Oberbürgermeisterin Dr. Dietlind Tiemann stellt das Logo der Brandenburger Gruppenprophylaxe vor.



Ingo Ziswiler, Schulzahnklinik Basel, erläuterte aus Schweizer Sicht die Veränderungen im Prophylaxebereich und stellte seine Erfahrungen mit der interdisziplinären Zusammenarbeit vor.

Als gelungenes und erfolgreiches Praxisbeispiel informierte Dr. Petra Haak aus Frankfurt (Oder) über das Präventionsprojekt „Kita mit Biss“. In allen Vorträgen kam zum Ausdruck, dass Mundgesundheit ein integraler Bestandteil der Kindergesundheit ist. Die Arbeit in Netzwerken sollte weiter entwickelt werden,

um den Gesundheitsgewinn für die Kinder und Jugendlichen nachhaltig zu sichern und weiter auszubauen.

Dr. Gudrun Rojas

Stadtverwaltung Brandenburg
an der Havel
Zahnärztlicher Dienst
Gudrun.Rojas@stadt-brandenburg.de

Abbildung: Gesundheitsstaatssekretär Dr. Daniel Rühmkorf begrüßt die Gäste zur Landesveranstaltung zum 20. Tag der Zahngesundheit im Brandenburger Theater.



Almut Makuch, Vanêssa de Moura Sieber

Eignung von elmex-Lernzahnbürsten

Spätestens gegen Ende des 2. Lebensjahres kann mit dem zur Selbständigkeit führenden Zahnputztraining begonnen werden. Das Kind ist bestrebt, etwas „alleine“ machen zu wollen. Außerdem erkennt es sich jetzt im Spiegel. Es ist also genau der richtige Zeitpunkt. Aber, aller Anfang ist schwer. Das betrifft das Ergreifen der Zahnbürste im stabilen Faustgriff sowie das Öffnen des Mundes und das Finden der eigenen Zähne unter Sichtkontrolle. Hierbei muss der Erwachsenen Hilfestellung geben und hierzu gehört auch eine dem Alter entsprechend handliche und farblich gestaltete Zahnbürste. Typisch für dieses Alter ist immer noch, dass alles im Mund ausprobiert, sprich mit den Zähnen getestet wird, vor allem wenn die Zahnbürste nun endlich zur freien Verfügung steht ...

Deshalb ist bei der Entwicklung von Zahnbürsten speziell für Kleinkinder oberstes Gesetz, zunächst deren Eignung und unbedenklichen Einsatz nachzuweisen.

Die elmex-Lernzahnbürste wurde dabei daraufhin geprüft, ob sie allen gesetzlichen Vorgaben genügt. Das betraf sowohl die Anforderungen an einen Bedarfsgegenstand gemäß dem deutschen Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch (LFGB), der jeweiligen Empfehlung der Kunststoffkommission beim Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) und der europäischen Richtlinie für Bedarfsgegenstände (Richtlinie 2002/72/EG der Kommission vom 6. August 2002 über Materialien und Gegenstände aus Kunststoff, die dazu bestimmt sind, mit Lebensmitteln in Berührung zu kommen). Es konnte durch

die Quality Assurance Manager GABA Gruppe nachgewiesen werden, dass die Zahnbürsten und deren Ausgangsmaterialien den einschlägigen rechtlichen Vorschriften entsprechen. Dabei wurde insbesondere auch auf die Migration von Komponenten aus den Kunststoffen geachtet. Alle Ergebnisse lagen weit unterhalb der Grenzwerte. Zusätzlich wurden die Zahnbürsten nach der Spielzeugnorm EN 71 Teil 3 auf die Schwermetalle Cadmium und Blei getestet. Beide konnten nicht nachgewiesen werden. Ebenso enthalten die Komponenten kein Latex. Es wurden weder Schwermetalle noch Weichmacher in Testmedien abgegeben.

Das sind die grundsätzlichen Voraussetzungen, die eine Zahnbürste erfüllen muss, ehe diese in der Praxis eingesetzt wird.

In einer klinisch-praktischen Studie wurden dann zwei in ihrer Zusammensetzung verschiedene elmex-Lernzahnbürsten getestet. 20 Kinder im Alter von 20 – 30 Monaten erhielten zufällig ausgewählt ein Exemplar für den selbständigen Gebrauch an 20 Tagen, 10 Kinder unter häuslichen Bedingungen und 10 Kinder in der Kindertagesstätte. Hier ging es vor allem um die Beurteilung der Materialstabilität hinsichtlich Materialverlust bzw. Materialbeeinträchtigung am Bürstenkopf und die Borstenbesteckung. Eine Evaluierung erfolgte durch den Versuchsleiter.

Es konnte gezeigt werden, dass sich die Zahnbürstentypen bezüglich der Materialbeeinträchtigung nicht unterschieden. Von den 20 Zahnbürsten wiesen 10 Bisspuren auf, 3 hatten ein stark beanspruchtes (nicht



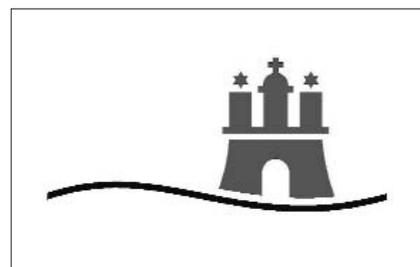
mehr einsetzbares) Borstenfeld und 7 ein normal benutztes Borstenfeld. In keinem Falle traten Materialverluste auf.

Diese Ergebnisse beweisen einmal mehr den unbedenklichen Einsatz der Lernzahnbürste. Sie weisen aber auch dringlich darauf hin, dass das Zähneputzen nicht dem Selbstlauf überlassen werden und unbeaufsichtigt sein darf. Der Erwachsene muss den zweckbestimmten Einsatz der Zahnbürste kontrollieren und die nicht mehr effektiven entsprechend zeitnah auswechseln. Bis zur Unbrauchbarkeit darf es das nicht erst kommen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. habil. Almut Makuch
Diplompsychologin
Friedrich-Louis-Hesse-Zentrum
Selbständige Abteilung Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe
Universität Leipzig · Nürnberger Str. 57
04103 Leipzig · Email:
almut.makuch@medizin.uni-leipzig.de

Dr. med. Vanêssa de Moura Sieber
Projektmanagerin Medizinische
Wissenschaften GABA GmbH
Berner Weg 7 · 79539 Lörrach
Email: Vanessa_de_Moura_Sieber@gaba.com



Dr. Cornelia Wempe, Pantelis Petrakakis

Achtung: Löcher in Hamburg auf Wanderschaft – heute im Haushalt, morgen in den Kinderzähnen

Geplante Sparmaßnahmen in Hamburg sind kein gutes Vorbild für den Rest der Republik

Wie in allen anderen Bundesländern ist auch in Hamburg die Haushaltslage seit geraumer Zeit sehr angespannt. Um den Haushalt zu konsolidieren, plante der Finanzsenator der Stadt als Erstes die Abschaffung der Schulärztlichen und Schulzahnärztlichen Dienste. Nur weil sich sofort lautstarker Widerstand formierte, rückte er von seinem ursprünglichen Vorhaben ab, um dann aber den Beschluss zu fassen, im Bereich der Schulzahnärztlichen Dienste 370.000 Euro einzusparen, was einer Reduktion der bisherigen Kosten um ein Drittel entsprechen würde. Folgende Tatsachen rechtfertigen einen sehr kritischen Blick auf dieses Vorhaben:

- Jedes vierte Kind geht nicht zur regelmäßigen Kontrolluntersuchung in die Zahnarztpraxis (DMS-IV-Studie des IDZ von 2006)
- 40 % der kariösen Milchzähne bei Schulanfängern in Hamburg sind nach

wie vor nicht mit Füllungen versorgt (aktuelle DAJ Studie 2009, Hamburg)

- Annähernd jedes vierte Kind in Hamburg hat ein erhöhtes Kariesrisiko
- Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialem Status und Karies
- 20 % der Kinder haben 80 % der Löcher, es liegt eine Polarisierung der Karies vor

Diese Fakten verdeutlichen, warum Kürzungen im Bereich der Zahnärztlichen Dienste nicht zu verantworten sind. Nur durch die aufsuchende Betreuung in Schulen und Kindertagesstätten ist sichergestellt, dass Eltern, die mit ihren Kindern nicht regelmäßig in die Praxis gehen, auf den bestehenden Behandlungsbedarf hingewiesen werden. Einsparungen in diesem Bereich treffen vor allen Dingen Kinder aus schwierigen sozialen Verhältnissen, die eine nachgehende Betreuung dringend benötigen.

Im Schuljahr 2008/09 wurden in Hamburg mehr als 88.500 zahnärztliche Reihenuntersuchungen durchgeführt. Sie bilden die Grundlage für das in allen Bezirken etablierte Prophylaxeprogramm, an dem zurzeit fast 11.000 Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko teilnehmen. Das Programm ist sehr effizient und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wirkt kompensatorisch auf die Chancengleichheit für sozial Benachteiligte hin. Auch in Hamburg ist die Zahngesundheit ganz wesentlich vom sozioökonomischen Hintergrund abhängig. Bei der bestehenden, starken Polarisierung der Karies sind weitere Verbesserungen der Mundgesundheit nur möglich, wenn diese Risikogruppen intensiv betreut werden.

Der Rückzug der Stadt aus der Verantwortung durch die geplanten Sparmaßnahmen ist erst recht nicht nachvollziehbar vor dem Hintergrund, dass im Juni 2010 in Hamburg unter großem Medieninteresse der „Pakt für Prävention“ geschlossen wurde. Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz fördert maßgeblich diesen Kooperationsverbund, dem mittlerweile weit mehr als 60 Akteure des kommunalen Gesundheitswesens angehören. Neben Krankenkassen, Selbsthilfverbänden und Bürgerinitiativen sind die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG), die Hamburgische Krankenhausesellschaft, die örtliche Ärztekammer, der Deutsche Kinderschutzbund, die Universität und die Landesstelle Hamburg des BZÖG beteiligt. Ziel ist es, die Gesundheit und die damit verbundene Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger in Hamburg nachhaltig zu fördern und zu verbessern. „Gesundheit braucht Orientierung, Kompetenz, Engagement und gute Hilfs- und Beratungsangebote“, wird der amtierende Gesundheitssenator der Stadt, Dietrich Wersich zitiert. Diese Kernkompetenzen und bereits bestehende Präventionsangebote sollen in den sogenannten „Zielkonferenzen“ des Pakts für Prävention gebündelt, koordiniert und

aufeinander abgestimmt werden, um daraus gemeinsam gesundheitsbezogene Ziele und Interventionsstrategien zu entwickeln. Da der Pakt für Prävention sich an den unterschiedlichen Lebensphasen orientiert, stand die erste Zielkonferenz unter dem Motto „Gesund aufwachsen“.

Besonders pikant: Grundlage für die Strategien zur Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung sind zentrale Erkenntnisse und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen aus der Gesundheitsberichterstattung (GBE). Sie ist im Hamburgischen Gesundheitsdienstgesetz festgeschrieben und liefert gerade im Bereich der Zahngesundheit seit vielen Jahren kontinuierlich vergleichbare Daten. Finanzielle und personelle Kürzungen würden somit dem Pakt für Prävention langfristig die Handlungs- und Entscheidungsgrundlage entziehen, sowohl die Basis als auch Ziele des gerade geschlossenen Paktes würden ad absurdum geführt.

Der ÖGD ist in Hamburg in den sieben Bezirksamtern dezentral organisiert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort kennen die spezifischen strukturellen

„Schwachzonen“ und sind dadurch in der Lage, auf Bezirks-, Stadtteil- und Quartiersebene ihre subsidiären Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung direkt und zielgerichtet vorzuhalten. Die gute Kenntnis sozialraumbezogener Probleme auf Mikro- und Mesoebene und der umfassende Datenbestand aus der Medizinalstatistik – unter anderem zur Kinder- und Jugendgesundheit und Zahngesundheit – bilden beste Voraussetzungen für eine funktionsfähige GBE.

Auch in den Bereichen der „Frühen Hilfen“ und der Früherkennung kindlicher Vernachlässigung kommt den Zahnärztlichen Diensten eine wesentliche Bedeutung zu. Erst kürzlich konnten wir uns im Rahmen des Wissenschaftlichen Kongresses 2010 in Hamburg (sic!) in den Vorträgen von Prof. Kamann und Dr. Schilke über die dramatischen Folgen von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung für die Zahngesundheit informieren. Beide Referenten wiesen auf die zentrale Funktion der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste bei der Früherkennung erster Anzeichen von Kindeswohlgefährdung hin. Prof. Splieth hob in

seinem Vortrag besonders die wichtige Rolle des ÖGD bei der Vernetzung und Koordinierung aller Akteure in diesem Bereich hervor. Auch vor diesem Hintergrund wirken die in Hamburg geplanten Einsparungen geradezu unbedacht und nicht zeitgemäß.

Der Vorstand des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes betrachtet das geplante Vorgehen als Negativ-Beispiel für mangelnde Nachhaltigkeit von Entscheidungen, welches in Deutschland keine Schule machen darf. Ein derartiges Vorgehen setzt langfristig die (Zahn-)Gesundheit der Bevölkerung und die Erfolge in der Prävention aufs Spiel, die sich in den letzten 10 Jahren besonders deutlich durch den Rückgang der Karies im bleibenden Gebiss gezeigt haben.

Dr. Cornelia Wempe
BZÖG-Landesstellenleiterin
Hamburg

Pantelis Petrakakis
1. Vorsitzender des BZÖG

CMD bei Kindern – frühes Erkennen gestörter Funktion

„Verursacht ein kleiner Stein eine Lawine, so wird niemand die folgenden Zerstörungen auf diesen Stein zurückführen können. Ähnlich ist es mit frühen Störungen der Bewegung und Funktion bei Kindern.“

Mit diesem Bild leitete Dr. Andreas Köneke, Kieferorthopäde in Kiel und wissenschaftlicher Leiter und Initiator die 2. Kieler KinderCMD-Konferenz im März 2010 ein.

„Um es ganz korrekt sagen zu können, müssten wir von einer Kinder-Funktionsstörungskonferenz sprechen“, so Dr. Andreas Köneke. Statt auf eine ausgeprägte krankheitsrelevante Symptomatik zu warten, gelte es frühzeitig Störungen in Funktion, Bewegung oder auch Asymmetrien zu korrigieren, solange diese anders

als bei Erwachsenen noch beeinflussbar sind. Dennoch gelte es, analog zur Behandlung erwachsener CMD-Patienten, im Rahmen einer interdisziplinären Diagnostik diejenigen Faktoren zu korrigieren, die ein Gleichgewicht verhindern. „Das orofaziale System sei dabei nur einer der vielen relevanten Bereiche“, betonte Köneke. Als kieferorthopädische Risikofaktoren benannte er Deckbisse, Zwangsbisse (meist nach retral), offene Bisse, Traumata, fehlende posteriore Abstützung sowie Rezidive einer KFO-Behandlung. Unter den von ihm aufgezählten allgemeinen Risikofaktoren benannte Köneke auch Parafunktionen und Habits, die strukturelle Schädigungen hervorrufen, ebenso Arthritiden, neurologische und psychische Störungen oder aktuelle Belastungszustände – teils sogar schon vor der Geburt.

„Ist das Kind im 3./4. Lebensmonat nicht in der Lage, den Ellenbogen-Beckenstütz einzunehmen, kann dies bereits die Entwicklung des orofazialen Systems beeinträchtigen.“ erklärte die Hamburger Entwicklungstherapeutin Dr. phil. Wibke Bein-Wierzbinski. In Ihrem Vortrag zur Entwicklung der Motorik von Kindern und Jugendlichen zeigte sie Meilensteine frühkindlicher Entwicklung in Form von Positionen auf, die die Kinder im Rahmen des neuromotorischen Aufrichtungsprozesses selbständig einnehmen sollten. Damit bauen die Kinder immer wieder auf Gelerntes auf. Bereits seit einigen Jahren fallen ihr jedoch vermehrt Störungen auf: Oft sind Kinder im Hinblick auf Körperbeherrschung, Bewegung, Sprache, Aufmerksamkeit und sowie Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitung

nicht altersgemäß entwickelt. Für Dr. Bein-Wierzbinski liegen viele Ursachen bereits im ersten Lebensjahr. Beispiel Ellenbogen-Beckenstütz: Kann sich das Kind im 3./4. Lebensmonat aus der Bauchlage auf die Unterarme stützen und den Kopf heben, arbeitet es hier bereits an einer koordinierten Mund- und Rachenmotorik, die Atmung vertieft sich und während die Zunge sich nach hinten verlagert, kommt der Unterkiefer vor. Bleibt das Kind jedoch einfach auf dem Bauch ohne Stütze liegen, entwickelt sich statt der Motorik ein „Minibuckel“, der Blick geht nach unten statt die Umgebung zu erkunden. Deshalb empfiehlt Dr. Bein-Wierzbinski – entgegen Empfehlungen, die Säuglinge aus Angst vor Plötzlichem Kindstod nur noch auf den Rücken zu legen – regelmäßige Bauchlage unter Aufsicht. Stillen wirke zudem wachstumsanregend, kieferformend und bereite bereits Artikulation und Mimik vor. Die flächendeckende Problematik erläuterte sie am Langsitz, der normalerweise von Kindern im 10./11. Lebensmonat beherrscht wird. Bei einer Erhebung in der zweiten Klasse einer Regelschule beherrschten von 28 Schülern jedoch nur zwei den Langsitz. „Häufiger Bewegungsmangel der Generation „Playstation“ fördert dies noch“, so Bein-Wierzbinski. Bereits geringe Abweichungen von den gezeigten Meilensteinen des Aufrichtungsprozesses wie das Verweigern der Bauchlage, Kopfgelenkdysfunktionen oder Rotationseinschränkungen führen laut der Hamburger Entwicklungstherapeutin oft zu einem lückenhaften neuromotorischen Fundament, zu Fehlstellungen der Gelenke, Bewegungseinschränkungen und zu unreifer Neuromotorik. Spätere deutliche Zeichen für eine solche Entwicklungsstörung können eine schlechte Fußaufrichtung (z.B. Knick- oder Senkfuß), eine innenrotierte Beinhaltung, ein vorgewölbtes Abdomen („dicker Bauch“), ein Hohlkreuz im Stehen sowie Auffälligkeiten im orofazialen Bereich sein, die unter anderem PÄPKi®-Therapeuten behandeln. In Kiel war dieser Thematik ein eigener Workshop gewidmet.

Wie kann ein zahnärztliches bzw. kieferorthopädisches Risikoscreening auf CMD für Kinder aussehen? Dieser Frage ging CMD-Experte und Kieferorthopäde Michael Ermert (Berlin) nach. „Beiß mal bitte zusammen. Hinten!“ sei die typische Aufforderung auf der Suche nach dem

habituellen Biss, da Kinder viel zu oft auf Anfrage nicht ihre eigentliche Bisslage zeigen. Ermert macht kein Screening mit klassischem Ablauf – die Anamnese vor Beginn der Untersuchung. „Spontan-Inspektion“ nennt er es, wenn er Gang und Haltung des Kindes bereits beim Herkommen ansieht und während der Anamneseerhebung mit den Eltern das Kind im Auge behält. „Phänotyp Nussknacker, Deckbisse, Anzeichen für Habits und Parafunktionen, Schultasche oder Rucksack auf der einen Seite getragen“ – viele Details zusammen genommen geben zunächst Anlass für einen Verdacht und stützen schließlich die Diagnose. Fotos (en face/Profil) sollten mehr als

/// *Beiß mal bitte zusammen. Hinten!“ sei die typische Aufforderung auf der Suche nach dem habituellen Biss, da Kinder viel zu oft auf Anfrage nicht ihre eigentliche Bisslage zeigen.*

lediglich Zähne zeigen, empfahl Ermert. Die Frage nach Stress werde meist verneint, beim Aufzählen der mehr als vier Hobbys oder Leistungssport liege jedoch der Verdacht auf Freizeitstress nahe. Extraoral fallen ihm gelegentlich Narbenzüge auf, die durch Zugeinwirkung durchaus ein asymmetrisches Wachstum und asymmetrische Funktion zur Folge haben können. Bei Patienten mit brachiofazialem Wachstumsmuster wirken laut Ermert häufiger größere Kaukräfte, die sich im Falle einer CMD und Pressen nachteilig für diese Betroffenen auswirken können. Zwangsbisse und Balancekontakte können ebenso Hinweise auf eine gestörte Funktion geben wie ein „Sunday bite“ (Patient hat mehr als eine „Bissposition beim Zubeißen“) ein Anzeichen für eine unvollständige Bissumstellung sein kann. Bruxismus bei Kindern und verstärkte Abrasionen im Milchgebiss? Zwar dürfe das Milchgebiss insgesamt stärker abradieren als das Bleibende, jedoch sollte man starken Abrieb nicht ignorieren. Aus kieferorthopädischer Sicht nutzt Ermert hier gern die Vorteile

des Funktionsreglers nach Fränkel Typ I, der den Biss hebt, übermäßigen Druck der Weichteile fernhält und Engstände korrigieren hilft.

Für diese Thematik hätte der wissenschaftliche Leiter Köneke wohl keine passendere Referentin finden können als Dr. med. dent. Christiane Fränkel, Kieferorthopädin, Zwickau, die wie ihr Vater die wichtigste Aufgabe einer funktionellen Orthopädie darin sieht, „neue Funktionsmuster zu erlernen“, die dann dauerhaft stabil die CMD-Gefahr minimieren. Physiotherapie und Muskeltraining seien demnach integraler Bestandteil insbesondere bei der Behandlung der mandibulären Retrusion mit funktionskieferorthopädischen Geräten, wo der Unterkiefer 6 mm oder mehr vorverlagert wird. „Diese grobe mechanische Intervention unterscheidet sich deutlich von der allmählichen Verlagerung des Unterkiefers während des Wachstums.“ so Dr. Fränkel und verwies auf die Probleme „Doppelbiss“ und „temporomandibular dysfunction“. Anders liege der Fall mit Funktionsreglern. Hier werde der Unterkiefer in kleinen Schritten allmählich nach anterior verlagert. Da der Unterkiefer nicht mechanisch abgestützt ist, gibt es über „sensory motor feedback“ einen Trainingseffekt der Aufhängemuskulatur und werden neue neuromuskuläre Funktionsmuster erlernt. Ferner werde die inadäquat entwickelte zirkumorale Weichteilkapsel in ihrem kaudalen Anteil strukturell und funktionell so verändert, so dass auch nach Absetzen des Geräts eine weitere Translation des Unterkiefers erwartet werden kann. Der kompetente Lippenschluss sei ein Zeichen für eine erfolgreiche Umorientierung. „Unsere Longitudinaluntersuchungen haben gezeigt, dass bei diesem Vorgehen nicht nur die kondyläre Wachstumszone stimuliert, sondern eine signifikante Verlängerung des Corpus mandibulae als Äquivalent zum Oberkiefer erreicht werden kann“, so Dr. Fränkel. Im Gegensatz dazu könne nach Absetzen der häufig verwendeten Herbst-Mechaniken kein Training der Protraktoren erwartet werden, und sei die eingenommene Lage nicht als sichere Position zu betrachten.

Ansprechpartner:

Dr. Doreen Jaeschke

Lüder-von-Bentheim-Str. 18

28209 Bremen

www.cmd-therapie.de

Herzog M., Petrakakis P., Weißbach R.

Brauchen wir Statistik?

Im Editorial dieser Zeitschrift wurde kürzlich die zunehmende Bedeutung von Expertisen aus den Reihen der Zahnärztinnen und Zahnärzte des öffentlichen Zahngesundheitsdienstes prognostiziert. In diesem Zusammenhang appellierte der BZÖG-Vorstand an die Kolleginnen und Kollegen, ihre Fort- und Weiterbildung nicht aus den Augen zu verlieren, um für zukünftige Herausforderungen gewappnet zu sein. Einheitliche Untersuchungsstandards, Epidemiologie, Gesundheitsplanung und regelmäßige Gesundheitsberichterstattung seien zentrale Fortbildungsthemen zur Stärkung der Kompetenz der Kollegen aus den zahnärztlichen Gesundheitsdiensten. Dabei stellt sich die Frage, in wie weit für diese Themen ein Grundverständnis der medizinischen Statistik benötigt wird.

In der Epidemiologie sind eine Reihe mathematischer Methoden unverzichtbar. So wird eine vermutete Wirkung von Einflussfaktoren auf die Entstehung und Ausbreitung einer Krankheit in der Regel durch entsprechende statistische Tests abgesichert. Bei der Suche nach Risikofaktoren für das Auftreten einer Krankheit werden Studiendaten häufig in so genannten „Regressionsmodellen“ verarbeitet. Zum Verständnis dieser Konzepte ist allerdings selten viel mehr als Schulmathematik erforderlich. Gut verständliche Einführungen in die Konzepte der Epidemiologie sind zum Beispiel bei [1 – 3] zu finden.

Auch für die Gesundheitsberichterstattung, bei der auf wissenschaftliche Publikationen zurückgegriffen wird, ist ein Grundverständnis der Statistik zu deren Beurteilung notwendig. Im öffentlichen Gesundheitswesen tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte sollten in der Lage sein, sowohl die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien als auch ihre eigenen Untersuchungen korrekt zu interpretieren, um daraus die richtigen Schlussfolgerungen für eine adäquate Gesundheitsplanung zu ziehen. Das Auffinden relevanter Literatur, beispielsweise in der Datenbank MEDLINE, und die anschließende Bewertung der darin enthaltenen Informationen erfordern auch Kriterien der evidenzbasierten Medizin, die unter anderem bei [4 – 6] nachzulesen sind.

Wichtig ist ein Grundverständnis der Statistik natürlich auch für die Planung und Auswertung zahnärztlicher Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen, deren Ergebnisse zum Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung werden sollen. Einheitliche Standards hierfür beinhalten nicht nur Empfehlungen für die praktische Durchführung in den Einrichtungen, wie zum Beispiel für Lichtquelle, Instrumente oder Befundbögen (Eingabemasken). Sie haben auch den Zweck, systematische Fehler bei der Datenaufnahme zu minimieren und annähernde Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen herzustellen. Idealerweise sollten sich die Gruppen untersuchter Kinder, die man vergleichen möchte, bezüglich ihrer wesentlichen Strukturmerkmale (z.B. Alter, Herkunft, Wohngebiet) nicht unterscheiden (Strukturgleichheit). Außerdem sollten die Untersuchungen von der gleichen Person und mit den gleichen Methoden etwa zur selben Zeit erfolgen (Beobachtungsgleichheit). Da letzteres normalerweise nicht realisierbar ist, werden mehrere Untersucher kalibriert. Anhand einer Kappa-Statistik wird ermittelt, ob alle Untersucher die gesetzten Anforderungen erfüllen. Optimal wäre es zudem, wenn die Untersucher bei einem geplanten Vergleich zweier oder mehrerer Kindergruppen nicht wüssten, welcher Gruppe die Kinder angehören (Verblindung).

Treten Unterschiede zum Beispiel im dmf-t-Wert zwischen den untersuchten Gruppen auf, so kommen eine Reihe von Einflussfaktoren in Betracht, die häufig aus fehlender Strukturgleichheit dieser Gruppen resultieren. Aber es gibt auch weitere Gründe, die für sich oder in Kombination für differierende Ergebnisse verantwortlich sein können. Handelt es sich beispielsweise um Ergebnisse aus Stichprobenuntersuchungen, so kann der Unterschied rein zufällig sein. Dies wird dann deutlich, wenn man nicht nur die entsprechenden Mittelwerte, sondern auch deren Vertrauensbereiche berechnet.

Leider gehört die medizinische Statistik nicht zu den Inhalten des Studiums der Zahnheilkunde, so dass erforderliche Kenntnisse hierzu auf anderen Wegen

erworben werden müssen. Gute Einführungen bieten unter anderem die unter [7–11] genannten Literaturstellen. In den folgenden Ausgaben dieser Zeitschrift möchten die Autoren in kurzen Beiträgen einige für die öffentliche Zahngesundheit berufsspezifische statistische Probleme und deren Lösungen behandeln. Fragen oder Hinweise zu den einzelnen Beiträgen aus dem Kreis der Kolleginnen und Kollegen sind stets willkommen.

Autoren:

Dr. M. Herzog

Universitätsklinikum Heidelberg
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Klinik für Mund-, Zahn- und
Kieferkrankheiten

ZA P. Petrakakis

Gesundheitsamt Wuppertal
Zahnärztlicher Dienst

Prof. Dr. Rafael Weißbach

Universität Rostock
WISO Fakultät · Lehrstuhl für Statistik

Einführende Lehrbücher

Epidemiologie:

1. L. Gordis: Epidemiologie, Verlag Kilian (Marburg)
2. R. H. Fletcher, S. W. Fletcher: Klinische Epidemiologie, Verlag Hans Huber (Bern)
3. R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström: Basic epidemiology, WHO (Genf)

Evidenzbasierte Medizin:

4. M. Perleth, G. Antes: Evidenzbasierte Medizin, Verlag Urban und Vogel (München)
5. G. Antes, D. Bassler, J. Forster: Evidenz-basierte Medizin, Verlag Thieme (Stuttgart)
6. EbM-Splitter der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift 2001–2009

Medizinische Statistik:

7. H. J. Trampisch, J. Windeler: Medizinische Statistik, Springer Verlag (Berlin, Heidelberg)
8. Ch. Weiß: Basiswissen Medizinische Statistik, Springer Verlag (Berlin, Heidelberg)
9. D. G. Altman: Practical Statistics for Medical Research, Verlag Chapman & Hall (London)
10. J. S. Kim, R. J. Dailey: Biostatistics for Oral Healthcare, Blackwell Munksgaard (UK)
11. J. Hartung: Statistik, Oldenbourg Verlag (München)

Rekordbesuch beim Deutschen Zahnärztetag 2010

Wissenschaft und Standespolitik rücken enger zusammen.



Foto: Eröffnung des Deutschen Zahnärztetages durch Prof. Dr. Thomas Hoffmann

Über 6300 Besucher kamen zum Deutschen Zahnärztetag ins Congress Center Messe in Frankfurt am Main, der vom 11. bis 12. November gemeinsam von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie den beiden Landes Zahnärztekammern Hessen und Rheinland-Pfalz organisiert wurde. Mit über 220 Vorträgen der insgesamt 28 Fachgesellschaften und Arbeitskreise der DGZMK wurde dem Fachpublikum nach Ansicht des scheidenden Präsidenten der DGZMK, Prof. Dr. Thomas Hoffmann (Dresden) ein sehr breites Themenspektrum und ein „maximales Maß an Information, Kommunikation, Interdisziplinarität und kollegialer Atmosphäre“ geboten. In seiner Eröffnungsansprache mahnte er die Dringlichkeit einer neuen Approbationsordnung und die Angleichung der Vergütung der Hochschullehrer an international gültigen Standards an. Durch diese Maßnahmen soll die Qualität der Lehre in Deutschland auf ein höheres Niveau gehoben und Abwanderungstendenzen wissenschaftlich tätiger Zahn-

/// *Die anstehende Finanzierungsreform der GKV soll das bestehende Finanzdefizit von 9 Milliarden Euro im Gesundheitssystem lösen.*

medizinerinnen und Zahnmediziner reduziert werden. Auf die Bereiche „Ethik in der Medizin“ sowie der Versorgungsforschung sollte in Zukunft ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Die DGZMK hat durch die Bildung des Arbeitskreises Ethik und ihrer Repräsentanz im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) die ersten Schritte in die richtige Richtung gemacht. Nach Ansicht des neuen Präsidenten, Herrn Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, erwies sich die Veranstaltung in Frankfurt als ein erfolgreiches Format, das Wissenschaft, Praxis und Standespolitik enger zusammen und ein gutes Stück nach vorne gebracht hat.

Die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz bezeichnete in ihrer Ansprache den demografischen

Wandel, den kostenintensiven medizinischen Fortschritt und konjunkturbedingte Mindereinnahmen als die großen aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die anstehende Finanzierungsreform der GKV soll das bestehende Finanzdefizit von 9 Milliarden Euro im Gesundheitssystem lösen. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben soll dabei nicht automatisch zum Anstieg der Lohnnebenkosten führen.

Anfang 2011 soll ein Gesetzentwurf zur Novellierung der GOZ vorgelegt werden. Weiterhin soll eine Vergütungsanpassung der Zahnärzte im Bereich der GKV zwischen Ost und West erfolgen. Die Finanzierung des Strukturanpassungsprozesses soll von den Krankenkassen, den Beitragszahlern und den Ländern getragen werden.

Die Ansprachen des ersten Vorsitzenden der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz und des ersten Präsidenten der BZÄK, Dr. Peter Engel, waren gleichermaßen geprägt von der Enttäuschung über die bisherigen Leistungen der schwarz-gelben Regierungskoalition. Die Hoffnungen und Erwartungen der Zahnärzteschaft auf eine schnelle Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sowie der Approbationsordnung seien durch die neue Regierung bislang nicht erfüllt worden. Herr Dr. Engel erwähnte, dass die BZÄK derzeit weiterhin an der neuen „Honorarordnung für Zahnärzte“ (HOZ) arbeitet. Die HOZ ist ein an den aktuellen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft angepasstes Leistungsverzeichnis, das unter Einbeziehung der am häufigsten verwendeten Analogpositionen weiterentwickelt und erweitert werden soll. Dr. Fedderwitz führte Kritik gegen das starre Budgetierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an. Das momentane System führe dazu, dass Budgets permanent überschritten und 1,7 Millionen zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen in Deutschland umsonst durchgeführt würden.

Foto und Text: P. Petrakakis

Ehrennadel der DGZMK für Dr. Dr. Claus Grundmann

Am 11. November 2010 erhielt unser Kollege Claus Grundmann im Rahmen der feierlichen Eröffnung des Deutschen Zahnärztetages in Frankfurt am Main aus den Händen des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), Prof. Dr. Thomas Hoffmann die Ehrenmedaille der DGZMK „für seine hervorragenden Tätigkeiten und Leistungen auf dem Gebiet der forensischen Zahnheilkunde und der Begutachtung sowie Identifizierung unbekannter Toter im In- und Ausland in zahlreichen Einsätzen“.

Kollege Grundmann studierte Medizin an den Universitäten Bochum, Köln und Düsseldorf. Anschließend begann er seine ärztliche Tätigkeit in der Abteilung für Chirurgie und Unfallchirurgie am St. Josef Krankenhaus in Moers. Kurz darauf entschloss er sich noch das Fach Zahnmedizin auf seine ärztliche Grundausbildung „draufzusatteln“ und begann mit seinem Studium der Zahnmedizin an der RWTH Aachen. Nach Abschluss des Zahnmedizin-Studiums im Jahr 1988 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Zahn-, Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der RWTH Aachen. Nach einer zweijährigen Assistenzzeit in freier Praxis trat Grundmann 1992 in den Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Duisburg ein.

Gleichzeitig mit dem Eintritt in den öffentlichen Dienst begann Grundmann seine Tätigkeit als freier Mitarbeiter am Institut für Rechtsmedizin der Stadt Duisburg, das zu den wenigen nicht-universitären Rechtsmedizinischen Instituten in Deutschland gehört, welches unter der Fachaufsicht des Gesundheitsamts geführt wird. Seine Tätigkeit dort umfasst einerseits die Aufgaben der zweiten ärztlichen Leichenschau und andererseits die der zahnärztlichen Identifizierung, der forensischen Altersdiagnostik und der Begutachtung von Bissspuren. Als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin war er als Co-Autor maßgeblich an den im Jahre 2008 erschienenen „Aktualisierten Empfehlungen für Altersschätzungen bei

Lebenden im Strafverfahren“ beteiligt. Als Mitglied der weltweit tätigen „International Organisation for Forensic Odonto-Stomatology (IOFOS)“ ist er Co-Autor zweier IOFOS-Leitlinien und gleichzeitig einer der drei verantwortlichen Experten zur „Quality Assurance“ von IOFOS. Außerdem ist er seit mehr als 10 Jahren Vorstandsmitglied im Arbeitskreis für Forensische Odonto-Stomatology der DGZMK und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin.

Sein reichhaltiger Erfahrungsschatz auf dem Gebiet der Forensik – speziell bei der Identifizierung von unbekanntem Toten – führte bereits im Jahre 1998 zur Aufnahme in die Identifizierungskommission des Bundeskriminalamtes. In dieser Funktion war er bei zahlreichen Katastropheneinsätzen, unter anderem beim Absturz zweier Passagierflugzeuge über dem Bodensee (2002), bei der Tsunami-Katastrophe in Thailand (2004), beim Flugzeugabsturz in Madrid (2008) und bei der Identifizierung von zwei Bibelschülerinnen im Jemen (2009) beteiligt. Für seinen Einsatz in Thailand erhielt er im Oktober 2005 im Bundesgesundheitsministerium die „Verdienstmedaille der Deutschen Zahnärzteschaft“ und wurde im gleichen Jahr mit der Identifizierungskommission des Bundeskriminalamtes mit dem Medienpreis „Bambi 2005“ in der Kategorie „Engagement“ ausgezeichnet.

Die zahlreichen Aktivitäten von Herrn Grundmann auf dem Gebiet der Forensik fließen in Fortbildungsveranstaltungen ein, die er regelmäßig für das Bundeskriminalamt, die Sanitätsakademie der Bundeswehr in München und den Arbeitskreis für Forensische Odonto-Stomatology mit hohem fachlichem und persönlichem Engagement durchführt. Im Laufe der Jahre konnte sich Herr Grundmann neben dem nationalen auch ein hohes internationales Ansehen auf dem Gebiet der Forensischen Odonto-Stomatology erwerben: u.a. sind forensisch-odontologische Vorträge, Zeitschriften-Veröffentlichungen und wissenschaftliche Poster in Norwegen, Frankreich, Österreich, Belgien, Australien und Südafrika Beweis für sein weltweites berufliches Ansehen.



Gruppen-Foto von links nach rechts: Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, Prof. Dr. Reinhard Hickel, Dr. Dr. Claus Grundmann und der scheidende Präsident der DGZMK, Prof. Dr. Thomas Hoffmann nach der Verleihung der Ehrungen

Neben seinen forensischen Aktivitäten ist Kollege Grundmann seit 2004 Bezirksstellenleiter des Gesundheitsamtes Duisburg-Hamborn und einer von drei im Duisburger Gesundheitsamt tätigen Zahnärzten. Zusätzlich zu den fast täglichen Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen des Duisburger Nordens – mit seinen bekannten sozialen Brennpunkten – war Grundmann mehr als 10 Jahre Vorsitzender des „Arbeitskreises Zahnmedizinische Prophylaxe Duisburg“. In dieser Funktion hatte er maßgeblichen Anteil daran, dass die ersten zahnmedizinischen Prophylaxehelferinnen zum Wohle der Duisburger Kinder eingestellt werden konnten. Unter seiner Leitung konnte der Kariestunnel der Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege in Nordrhein bei den „Duisburger Tagen der Zahngesundheit 1994“ Premiere feiern.

Neben unserem BZÖG-Kollegen Grundmann wurde im Jahr 2010 die Ehrenmedaille an Herrn Prof. Dr. Reinhard Hickel „in Würdigung seiner herausragenden Leistungen und Verdienste um die DGZMK, insbesondere um die Entwicklung der zahnärztlichen Approbationsordnung“ verliehen. Gleichzeitig erhielt Herr Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner die Ehrenmitgliedschaft in der DGZMK, die als höchste Auszeichnung der Gesellschaft gilt, „in Würdigung seiner herausragenden Leistungen und Verdienste für die Weiterentwicklung der DGZMK und ihrer Positionierung im Kontext von Wissenschaft und Gesundheitspolitik“.

Für den Vorstand des BZÖG:

Pantelis Petrakakis, 1. Vorsitzender



Der Zahnärztliche Gesundheitsdienst sucht neue Redaktion

Die in Hamburg gewählte Redakteurin der Verbandszeitschrift sieht sich aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, das Amt fortzuführen. In der Vorbereitung einer Neubesetzung sprach der 1. Vorsitzende des BZÖG, Herr Pantelis Petrakakis, mit der früheren Redakteurin der Zeitschrift, Frau Dr. Grit Hantzsche, über die Entstehung einer neuen Ausgabe und die vielfältigen Aufgaben in der Redaktion.

Die Zeitung erscheint regelmäßig und stets mit vielseitigen interessanten Themen. Woher kommen die Artikel?

Es sind drei Hauptquellen, von denen die Zeitung lebt. Als erstes sind es die Veröffentlichungen der Kongressbeiträge, die die Referenten selbst liefern. Manche übergeben die Dateien schon zum Kongress, da sie ja bereits bei der Einladung auf die Veröffentlichung hingewiesen wurden. Bei manchen bedarf es auch schon einmal einiger Nachfragen.

Der zweite Schwerpunkt sind Berichte aus den Landesstellen von Aktionen, Erfahrungen und Fortbildungsveranstaltungen, die in den einzelnen Bundesländern stattfanden. Da gerade die Weitergabe von Erfahrungen für alle im Verband wichtig ist, sollte der Trend einer kontinuierlichen Berichterstattung aus den Landesstellen wie in den letzten Jahren fortgesetzt werden.

Mitteilungen aus der Vorstandsarbeit bzw. von einzelnen Vorstandsmitgliedern bilden den dritten Schwerpunkt.

Daneben gehen in der Redaktion eine Reihe von Pressemitteilungen oder Einladungen zu Pressekonferenzen ein, von der Bundeszahnärztekammer, zahnärztlichen Verbänden bis zu Anbietern auf dem Sektor der Zahnmedizin und Prophylaxe. Je nach Inhalt und Bedarf können diese einbezogen werden.

Wenn dann noch Platz in einer Ausgabe gefüllt werden muss, gibt es verschiedene Seiten im Internet, die für die Presse Aktuelles und Wissenswertes, zum Teil auch mit Bildern, zur Verfügung stellen. Auch für Veröffentlichungen von zugesandten Manuskripten zu interessanten Themen von Nichtverbandsmitgliedern war die Zeitung stets offen.

Die Artikel kommen sicherlich in unterschiedlicher Form an. Wie weiß man, ob das Material für eine Zeitung ausreicht?

Dazu werden die Artikel zunächst einheitlich formatiert und die Abbildungen in extra Dateien abgelegt.

Ein angehängtes Literaturverzeichnis haben wir aus Platzgründen nicht abgedruckt. Das wird in der Redaktion gespeichert und ist jederzeit abrufbar. Davon wird so etwa 4 bis 5 Mal im Jahr Gebrauch gemacht. Derzeit sind mindestens die Literaturverzeichnisse von den im Internet sichtbaren Zeitungsexemplaren bei mir archiviert und verfügbar.

Anhand der Anzahl der Zeichen einschließlich Leerzeichen des Volltextes lässt sich ablesen, wie viele Spalten der Text füllt. Wenn die Artikel in der gewünschten Reihenfolge entsprechend ihrer Größe in das Layout-Schema eingepasst werden, kann man die Gestaltung schon erahnen.

Das ist ja schon eine Menge Vorarbeit, bevor die Druckerei ins Spiel kommt. In welcher Form erhält die Druckerei die Vorlagen für das Entwurfslayout?

Zur Vorarbeit zähle ich noch, dass die Artikel mindestens zweimal gelesen werden, damit später nicht so viele Schreib- bzw. Druckfehler korrigiert werden müssen. Auch Professoren vergessen mal ein Wort im Satz oder setzen zu viele Leerzeichen. Manchmal fehlten ganze Abschnitte, sodass dann beim Autor noch einmal nachgefragt werden musste, wie der Text lauten soll. Auch die Abbildungen sind nicht immer für den Druck geeignet und müssen gegebenenfalls verändert und neu angefordert werden.

Wenn dann alles korrekt erscheint und die Abbildungslegenden zu den Abbildungen passen, werden die Unterlagen für die Druckerei fertig gemacht. Dazu gehört ein Ausdruck jedes Textes mit Hinweis auf den Dateinamen und die dazugehörigen Abbildungen, das Seitenlayout, die Vorstellungen für die Titelseite und eine CD, auf der sich alle Dateien befinden.

Nach etwa zwei Wochen kommt der erste Entwurf. Das ist immer ein spannender Moment. Wird alles passen? Wie ist es angeordnet? Ist noch viel Platz übrig?

Mit Herrn Helbig von der Satzabteilung unserer derzeitigen Partnerdruckerei haben wir jemanden gefunden, der die Wissenschaftlichkeit unserer Zeitschrift umsetzen kann, ohne dass die Zeitung langweilig ist.

Wie lange dauert es dann noch, bis die Zeitung erscheint?

Der Erstentwurf geht, wenn nicht schwerwiegende Änderungen notwendig sind, per E-Mail an die Mitglieder im Zeitungsbeirat. Sie prüfen die Seiten genauestens auf Druckfehler und geben die Korrekturvorschläge an die Redaktion zurück, in der Regel innerhalb einer Woche. Diese werden an die Druckerei weitergegeben. Manchmal sind noch ein, zwei Korrekturhinweise notwendig und kurze Zeit später erfolgt die Druckfreigabe.

Inzwischen hat die Druckerei auch von der Geschäftsführerin des BZÖG die aktuelle Adressliste für den Postversand erhalten und spätestens zehn Tage nach Druckfreigabe können die Mitglieder ihre Verbandszeitschrift in den Händen halten. Und auch die Redaktion kann stolz auf ihr Werk blicken.

Und dann kann die Redakteurin sich zurück lehnen ...

Nein, eigentlich ist nie eine Ruhepause dazwischen. Nach der Zeitung ist vor der Zeitung. Die Artikel für die nächste Ausgabe sind einzufordern, z.B. von den Kongressreferenten, Pressemitteilungen können abgefordert werden, Wünsche nach Literaturlisten sind zu bearbeiten, den Zusendern ist für eingehende Texte zu danken. Die Redaktion sollte ständig verfügbar sein.

Die kontinuierliche Arbeit ist wichtig, aber ich könnte mir heute auch vorstellen, dass sich die Redaktion unserer Verbandszeitschrift etwas anders organisieren ließe.

Offensichtlich warten mit der Fülle der Aufgaben sowie der ständigen Verfügbarkeit auch in Zukunft einige Herausforderungen auf die Redaktion unserer Zeitung. Gibt es Erfahrungen und Hinweise, die du hinsichtlich der Redaktionsstruktur an künftige Betreuer weitergeben kannst?

Es hat sich so entwickelt, dass der Zeitungsbeirat dann erst einbezogen wird, wenn das Entwurfslayout vorliegt. Hier könnte ich mir Veränderungen vorstellen. Dabei geht es nicht nur darum, dass der Zeitungsbeirat selbst Texte verfasst.

Wenn engagierte Mitstreiter unter Nutzung heutiger Kommunikationsmöglichkeiten selbst Verantwortung in den Hauptbereichen der Recherche übernehmen, hätte der Redakteur dann noch die Aufgabe der Koordination, er müsste auf die Termine achten und mit der Druckerei zusammenarbeiten.

Für diese Ausgabe unserer Verbandszeitschrift hast du die Redaktion noch einmal übernommen, herzlichen Dank dafür. Aber so bald wie möglich soll eine Neuwahl erfolgen. Welche Voraussetzungen sollte eine Redakteurin/Redakteur mitbringen? Was würdest du einem Interessierten auf den Weg mitgeben?

Eine Zeitschrift, auch die unseres Verbandes, hat nach meinem Verständnis viel mit Journalismus zu tun. Eine Voraussetzung wäre deshalb die Freude am Schreiben und Lesen. Die digitale Unterstützung der Text- und Bildbearbeitung erleichtert die Korrekturen. Kenntnisse von Word und Excel sind also unabdingbar, während die Arbeit mit dem Layout-Programm dem Grafiker überlassen bleibt.

Auf der anderen Seite bedeutet Journalismus gute Kommunikation. Die ständige Erreichbarkeit wurde schon angesprochen.

Dafür müssen natürlich auch die technischen Voraussetzungen da sein, also eine funktionierende Internetverbindung, und das Wissen, wie man damit umgeht.

Mir persönlich hat die Redaktion des Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes sehr viel Spaß gemacht und das nicht nur, weil man das Ergebnis seiner Arbeit und Mühen in den Händen halten kann. Ich habe während der sechs Jahre viele interessante Menschen kennen gelernt, mit denen ich als einfache ÖGD-Zahnärztin nie in Kontakt gekommen wäre. Dadurch konnte ich manche Zusammenhänge besser begreifen und von diesen Verbindungen kann ich noch immer bei meiner Arbeit im Zahnärztlichen Dienst profitieren.

Vielen Dank für deine Darstellungen und auch für deine Bereitschaft, interessierten Kolleginnen und Kollegen detaillierte Fragen zu beantworten sowie sie in die Redakteurstätigkeit einzuarbeiten.



Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf: Aus-, Fort- und Weiterbildung für den Zahnärztlichen Dienst

Kariesgruppenprophylaxe

Inhalte

Im Sozialgesetzbuch V wird im § 21 die Gruppenprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen vorgesehen. Vor dem Hintergrund der vollständigen Kostenübernahme bei Zahnersatz durch die heranwachsenden Generationen kommt der Gruppenprophylaxe entscheidende bevölkerungsmedizinische Bedeutung zu. Gruppen- und Individualprophylaxe sind unter didaktisch-methodischen sowie pädagogischen und psychologischen

Aspekten unterschiedliche Vorgehensweisen. Gruppenprophylaxe stellt andere Anforderungen an die Darbietung und Vermittlung der Lerninhalte und der einzuübenden Verhaltensweisen.

Themen werden u. a. sein

- Aufbau und die Organisation der Gruppenprophylaxe
- Theoretische Konzepte des Gesundheitsverhaltens, Verhaltens- und Verhältnisprävention, Gesundheitsförderung
- Erfahrungsaustausch

Zielgruppe

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kariesgruppenprophylaxe in den kommunalen Zahnärztlichen Diensten

Termin

23. und 24. März 2011

Veranstaltungsleitung

Dr. med. Wolfgang Müller
Angelika Burandt

Anmeldung siehe
www.akademie-oegw.de

Der Apollonia-Preis zu Münster 2010 geht an Prof. Hinz aus Herne

Am 6. Oktober 2010 verlieh die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe Herrn Professor Rolf Hinz (Herne) den diesjährigen Apollonia-Preis der Kammer. Damit wurden dessen langjährige Verdienste um die zahnärztliche Prävention geehrt.

Es fällt schwer, das vielfältige Wirken von Prof. Hinz kurz zu beschreiben, ist er doch ein „Allrounder“: Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, Berufspolitiker, Autor, Forscher, Verleger, um nur einiges zu nennen. Auch heute noch, mit 82 Jahren, leitet Prof. Hinz seine Praxis in Herne.

Viele, mittlerweile weit bekannte und etablierte Prophylaxe-Konzepte gehen auf die Initiative von Prof. Hinz zurück. Der „Tag der Zahngesundheit“ und das „Krocky-Mobil“ sind den Lesern bestens vertraut. Bereits vor Einführung der Prophylaxe in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich der gebürtige Berliner für dieses Aufgabenfeld der zahnärztlichen Arbeit stark gemacht.

„Zahnärztliche Prophylaxe ist dank Prof. Hinz heute eine zahnärztliche Pflicht!“ beschrieb der Ehrenpräsident der BZÄK und ZÄK Westfalen-Lippe,

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp in seiner Laudatio das Wirken von Prof. Hinz.

Der Vorstand des BZÖG gratuliert Herrn Prof. Hinz zu dieser Auszeichnung und wünscht weiterhin gute Gesundheit und viel Schaffenskraft.

Dr. Sabine Breitenbach
2. Bundesvorsitzende

Zwei Ehrungen für Sanitätsrat Dr. Helmut Stein: Verdienstmedaille der LAGZ Rheinland-Pfalz und 60. Geburtstag

Gleich zwei hohe Ehrentage konnte der sehr geschätzte Kollege Dr. Helmut Stein aus Clausen (Rheinland-Pfalz) im Jahr 2010 begehen: Am 31. August feierte er seinen 60. Geburtstag und nur kurze Zeit später, anlässlich der Feier zum „Tag der Zahngesundheit“ wurde ihm die Verdienstmedaille der Landesarbeitsgemeinschaft Rheinland-Pfalz verliehen. Mit dieser Auszeichnung würdigt die LAGZ den seit drei Jahrzehnten unermüdlichen Einsatz von Dr. Stein für die Belange der Gruppenprophylaxe.

Vor über 25 Jahren war Dr. Stein der „Motor“ und engagierte Verfechter einer Gruppenprophylaxe, die alle Beteiligten (Zahnärzteschaft, Öffentlichen Gesundheitsdienst, GKV, das rheinland-pfälzische Sozial-Ministerium sowie Schulen

und Kindertagesstätten) auf einen gemeinsamen Weg brachte. Seiner Standhaftigkeit und Weitsicht ist es zu verdanken, dass trotz zahlreicher Konflikte die Gruppenprophylaxe in Rheinland-Pfalz zu einem wirklichen Erfolgsmodell geworden ist und sich stets zeitgemäß orientiert. „Mundgesundheitsbewusstes Verhalten muss von klein auf altersgerecht vermittelt und erlernt werden.“

Wer Dr. Stein kennt, weiß, mit welcher Überzeugungskraft, dabei humorvoll und offen, er seine Position zum Wohle der Kinder und Jugendlichen vertritt. Auch als Vorstandmitglied der DAJ zeigt er sich immer praxisorientiert und pragmatisch denkend.

Die aktive Mitarbeit in der zahnärztlichen Standespolitik als langjähriger KZV-Vorsitzender ist ebenfalls Ausdruck seines überall geschätzten beruflichen Engagements. Viele weitere

Ehrungen zeugen davon, die Dr. Stein im Laufe seines Wirkens erhalten hat. Beispielhaft sei die Verleihung der Tholuck-Medaille des Vereins für Zahnhygiene erwähnt.

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und sein Vorstand gratuliert Herrn Sanitätsrat Dr. Stein sehr herzlich und freut sich auf viele weitere Jahre der Zusammenarbeit voller Engagement und Tatkraft.

Dr. Sabine Breitenbach
2. Bundesvorsitzende

Gesundheitsberichterstattung als Querschnittsaufgabe



Akademie für
öffentliches
Gesundheitswesen
in Düsseldorf

Die kommunalen Zahngesundheitsdienste erheben regelmäßig Daten zur Mundgesundheit. Dabei stellt sich jedoch die Frage, was letztendlich mit diesem wertvollen Datenmaterial geschieht. Einige Daten fließen in größer angelegte Untersuchungen ein, andere liegen, zum Teil sogar noch in Papier-und-Bleistift-Form „auf Halde“. Das muss nicht sein, denn die Daten sind für eine Berichterstattung zur Zahn-/Mundgesundheit anhand einer konkreten Fragestellung in der eigenen Kommune verwendbar. Aus der Auswertung der Daten nach speziellen Fragestellungen, wie den Veränderungen der Zahn- gesundheit in einem bestimmten Zeitraum oder Unterschieden, die systematisch mit sozialen Kriterien in Verbindung

gebracht werden können, lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten.

In der **Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf** wird vom **30. bis 31. März 2011** eine Fortbildung zu diesem interessanten und aktuellen Thema angeboten. Ziel der Veranstaltung mit dem Titel „GBE als Querschnittsaufgabe – GBE im Zahnärztlichen Gesundheitsdienst“ ist es, Gesundheitsberichterstattung als Querschnittsaufgabe zu präsentieren und aufzuzeigen, wie notwendig eine Kooperation zwischen der Gesundheitsberichterstattung und den unterschiedlichen Fachabteilungen im ÖGD ist. Zunächst werden Grundlagen der Gesundheitsberichterstattung vorgestellt. Im Anschluss daran soll ein Austausch darüber erfolgen,

was bereits jetzt mit Daten aus dem Zahngesundheitsbereich geschieht, wo Probleme liegen und wie man damit umgehen kann. An Beispielen wie der Erfassung der Milchzahnkaries und Zahnhypoplasien soll konkret die Problematik der Bewertung aufgezeigt werden. Mit Beispielen aus einzelnen Bundesländern werden Möglichkeiten und Grenzen der Zahn-/Mundgesundheitsberichterstattung präsentiert. Die grafische und beschreibende Darstellung von Daten wird ebenso thematisiert wie eine Diskussion über Standards initiiert werden soll.

Veranstaltungsbüro
Telefon 02 11/310 96 41
www.akademie-oegw.de



easy-soft GmbH Dresden
Computer · Software · Systementwicklung

Erfassung und Auswertung zahnmedizinischer Befunde im Öffentlichen Gesundheitsdienst mit **Octoware**[®]

Octoware[®] Gesundheit ist ein komplexes Datenbanksystem für Gesundheitsbehörden. Die Software wird in ca. 200 Gesundheitsämtern in 12 Bundesländern eingesetzt.

Charakteristika des **Octoware**[®]-Moduls Zahnärztlicher Dienst sind

- effektive Erfassung zahnärztlicher Untersuchungsbefunde
- Zahnstatus, Flächenstatus, Sonderbefund, Anomalien (u. a. auch nach KIG) etc.
- automatische Ermittlung des Kariesrisikos nach DAJ-Kriterien und Dentoprogramm
- gruppen- und personenbezogene Erfassung von Prophylaxemaßnahmen
- jährlich automatische Umsetzung der Schulklassen in die nächste Klassenstufe
- Nutzung der gleichen Schülerdatei wie im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- Einsatzmöglichkeit auf Laptops mit Replikation zur zentralen Datenbank
- Altdatenübernahmemöglichkeit aus JZP und anderen Programmen
- Datenimportschnittstelle für Angaben der zu untersuchenden Kinder
- spezielle (anonyme) Datenexportschnittstellen für Landesbehörden
- MS-Excel- und MS-Word-Schnittstellen, u. a. für grafische Präsentationen

Unter **Octoware**[®] Zahnärztlicher Dienst sind umfangreiche Statistiken integriert, wie z. B.

- nach Altersgruppen, Schulen, Schulorten, Klassen, Klassenstufen, Kariesrisikoanteilen
- Zahnstatusauswertungen für Milchgebiss und bleibendes Gebiss, u. a. mit Grafiken
- Sanierungsgrad- und Füllungsgradanalysen
- Anomalien, Parodontopathien, Mundhygienestatus, Elternmitteilungen
- Fluoridierungs- und andere Prophylaxemaßnahmen



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

12. bis 14. Mai 2011 in Trier, Rheinland-Pfalz

Motto: „Die Welt wächst zusammen – Quo Vadis, Öffentlicher Gesundheitsdienst?“

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

Donnerstag, 12.05.2011, 10:00 – 12:00 Uhr

10:00 Uhr	Begrüßung	Frau Dr. Breitenbach
10:15 Uhr	Gruppenprophylaxe in Rheinland-Pfalz – nur Erfolge? (Arbeitstitel)	Herr Dr. Stein
10:45 Uhr	Wissenstand der Eltern über die Möglichkeiten der Kariesprophylaxe	Herr Dr. Schneller
11:15 Uhr	Neues Konzept der Gruppenprophylaxe bei Grundschulkindern	Herr Dr. Reinhardt
11:45 Uhr	Diskussion	
14:00 Uhr	Eröffnung des Kongresses	
17:00 Uhr	Delegiertenversammlung des BZÖG	

Freitag, 13.05.2011, 9:00 – 12:00 Uhr

09:00 Uhr	Aktueller Stand bei der Fissuren- und Grübchenversiegelung	PD Dr. Kühnisch
09:30 Uhr	Softdrinks und moderne Ernährungsgewohnheiten	Frau Prof. Willershausen
10:00 Uhr	Diskussion	
10:15 Uhr	Pause	
10:45 Uhr	Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Diskussion der DAJ-Studie 2009	Herr Prof. Pieper
11:15 Uhr	Mundgesundheitsförderung: Psychologische Aspekte	Frau Prof. Deinzer
11:45 Uhr	Diskussion	
12:00 Uhr	Pause	

Freitag, 13.05.2011, 14:00 – 17:00 Uhr

14:00 Uhr	Ätiologie und Pathogenese der Anomalien der Zahnzahl, Zahnform und Zahngröße	Herr Prof. Kamann
14:30 Uhr	Molar Incisor Hypomineralisation: Ätiologie, Einteilung, Therapie und Grenzen	Herr Prof. Krämer
15:00 Uhr	Diskussion	
15:15 Uhr	Pause	
15:45 Uhr	„Fit for School“ – ein Schulgesundheitsprogramm zur Verbesserung von Mund- und Allgemeingesundheit von philippinischen Kindern	Frau Prof. Heinrich-Weltzien
16:15 Uhr	Mundgesundheitsvergleich China-Deutschland: Schlussfolgerungen aus deutscher Sicht	Herr Saekel
16:45 Uhr	Diskussion	

Sonnabend, 14.05.2011, 9:00 – 12:00 Uhr

09:00 Uhr	Zahn um Zahn – ein Weg zu mehr Gesundheit und Lebensqualität	Frau Dr. Brunner-Strepp
09:30 Uhr	Das Marburger Mini-Modell	Frau Völkner-Stetefeld
10:00 Uhr	Diskussion	
10:15 Uhr	Pause	
10:45 Uhr	Zahngesundheit bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung	Herr Freyer
11:15 Uhr	Ergebnisse einer bundesweiten Befragung kommunaler zahnärztlicher Dienste zum Einsatz von Fluoriden in der Gruppenprophylaxe	Herr Petrakakis
11:45 Uhr	Diskussion	
12:00 Uhr	Ende	

Tagungsort:

Europahalle Trier · Kaiserstraße 29
54290 Trier

Hotelbuchungen möglich unter:

http://www.kongress-trier.de/wk_bvoegd2011.php

Hotelvermittlung:

Tourist-Information Trier e. V. · Offizielles Kongressbüro der Stadt Trier
An der Porta Nigra · 54290 Trier · Tel.: (0651) 97 809 16 · Fax: (0651) 97 808 69
E-Mail: hotel@tit.de