

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



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

47. Jahrgang / April 2017 www.bzoeg.de

Zahnärztliche Betreuung
von Menschen mit
Unterstützungsbedarf

Mundgesundheits-
förderung – eine
Daueraufgabe

BZÖG Dokumentation
Frühkindlicher Karies



Intraoralkamera bei
Vorsorgeuntersuchungen
in der Schule

1.17

EDITORIAL



Dr. Ines Ankenbrand

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als erste bayerische Absolventin der Weiterbildung zum Fachzahnarzt/Fachzahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf freue ich mich sehr, an dieser Stelle die Begrüßungsworte an Sie richten zu dürfen.

Dass sich der ÖGD durch den Föderalismus in seiner Struktur und gesetzlichen Verankerung unterschiedlich entwickelt hat, ist allgemein bekannt. Deutlich wird dies auch am Beispiel der öffentlichen Jugendzahnpflege in Bayern:

1984 wurde die bis dahin von den Gesundheitsämtern durchgeführte Jugendzahnpflege vom Freistaat Bayern an die 1983 gegründete LAGZ übergeben,

jedoch ohne den Auftrag der Durchführung von flächendeckenden Reihenuntersuchungen. Da es im Vergleich zu vielen anderen Bundesländern in Bayern hierfür keinen gesetzlichen Auftrag gibt, werden aktuell nur noch von den kommunalen Gesundheitsämtern Nürnberg und München brennpunktbezogen zahnärztliche Reihenuntersuchungen durchgeführt.

Somit bin ich in Bayern als Zahnärztin im ÖGD eine echte Rarität. Für unsere Berufsgruppe bietet der ÖGD aber ein spannendes und abwechslungsreiches Aufgabenspektrum außerhalb einer Praxistätigkeit, das zudem eine hohe Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht. Im September 2015 bekam ich – trotz großer bürokratischer Hürden – die Möglichkeit, auch als bayerische ÖGD-Zahnärztin am Weiterbildungskurs zum Fachzahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen an der Akademie in Düsseldorf teil zu nehmen. Aus meiner persönlichen Erfahrung heraus kann ich Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, nur motivieren, diese umfassende Weiterbildungsmöglichkeit zu nutzen, wenn Ihnen die Möglichkeit dazu geboten wird. Die Weiterbildung hat mir neben einer fachlichen Vertiefung auch einen breiten Überblick über die rechtlichen, organisatorischen und administrativen Strukturen des ÖGD insgesamt verschafft, was für mein berufliches Wirken sehr wertvoll ist. Zudem entwickelte sich durch die Ausbildungsmonate in Düsseldorf ein kollegiales Netzwerk sowohl mit

den zahnärztlichen als auch den ärztlichen Kollegen, welches über den Kurs hinaus weiter lebt und immer wieder für einen regen fachlichen Austausch sorgt.

Im Sinne der Aufrechterhaltung und des weiteren Ausbaus dieses Netzwerkes freue ich mich daher sehr, Sie beim diesjährigen ÖGD-Kongress vom 03. bis 05. Mai 2017 in unserer bayerischen Landeshauptstadt München zahlreich begrüßen zu können.

Ihre Ines Ankenbrand

Korrespondenzadresse

Dr. Ines Ankenbrand-Krause
Gesundheitsamt Nürnberg
Theresienstr. 7
90403 Nürnberg
E-Mail: ines.ankenbrand-
krause@stadt.nuernberg.de

- 3 Editorial
Ines Ankenbrand

Kongressbeitrag

- 5 Die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf.
Das Konzept der Zahnärzteschaft in Baden-Württemberg
Elmar Ludwig
- 9 Möglichkeiten und Grenzen einer Intraoralkamera bei zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen
Matthias Brunner

Berichte

- 10 Mundgesundheit in Deutschland: Rückblick – Einblick – Ausblick
Uwe Prümel-Philippsen
- 13 BZÖG zur Klassifikation der Frühkindlichen Karies
Pantelis Petrakakis
- 14 Möglichkeiten der kleinräumigen Analyse von Daten des Zahnärztlichen Dienstes
Kathleen Häbler
- 15 Kleinräumige Analyse von Daten des Zahnärztlichen Dienstes der Landeshauptstadt Kiel
Frank Dietmar Sick, Henrik Waldmann, Fritz Schultz
- 17 Die Gesundheitsplattform des Landes Brandenburg
Gudrun Rojas

Verband

- 19 Nachruf Dr. Jürgen Eisert
Michael Schäfer

Programm

- 20 Kongressprogramm 3. bis 5. Mai 2017 in München
Uwe Niekusch

Titelbild: Bildarchiv Dr. Matthias Brunner

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 1.17
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:

Dr. Michael Schäfer, MPH
Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf
Tel. 0211/8 99 26 41, E-Mail: schaefer@bzoeg.de

2. Vorsitzende:

Dr. Claudia Sauerland
Uelzener Dorfstraße 9, 59425 Unna
Tel. 02303/27 26 53, E-Mail: sauerland@bzoeg.de

Geschäftsführung:

Dr. Cornelia Wempe
Erikastraße 73, 20251 Hamburg
Tel. 040/42 80 13 375, Fax 040/42 79 03 375
E-Mail: wempe@bzoeg.de

Redaktion Zeitung:

Dr. Silke Riemer
Möllhausenufer 33, 12557 Berlin
Tel.: 0176/58 67 90 58
E-Mail: riemer@bzoeg.de

Redaktion Internet:

Dr. Grit Hantzsche
Hohe Straße 61, 01796 Pirna
Tel. 03501/5 15 23 36, Fax 03501/5 15 23 09
E-Mail: hantzsche@bzoeg.de

Anzeigenverwaltung:

Schatzmeisterin: Dr. Sabine Breitenbach
Hans-Sachs-Ring 95a, 68199 Mannheim
Tel. 0621/2 93 22 50, E-Mail: breitenbach@bzoeg.de
Bankverbindung: Foerde Sparkasse
IBAN: DE55210501700019205558
BIC: NOLADE21KIE

Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch
Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf
Tel. 06221/522 18 48, Fax 06221/522 18 50
E-Mail: niekusch@bzoeg.de

Zeitungsbeirat:

Dr. Angela Bergmann, Krefeld
Dr. Christoph Hollinger, Hagen
Dr. Gereon Schäfer, Saarbrücken

Satz und Druck:

Poly-Druck Dresden GmbH, Reisstr. 42, 01257 Dresden

Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“ erscheint zweimal im Jahr. Verbandsmitglieder erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Einzelheft: 7,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, inkl. Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten. Bestellungen werden von der Geschäftsführung entgegengenommen. Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahreschluss.

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

Elmar Ludwig

Die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf. Das Konzept der Zahnärzteschaft in Baden-Württemberg

In den Jahren 1999 bis 2015 stieg die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland von 2,0 Mio. auf 2,9 Mio. an. 2015 waren 27% davon in insgesamt 13.600 Heimen untergebracht. 83 % der pflegebedürftigen Menschen waren dabei 65 Jahre und älter, mehr als ein Drittel über 85 Jahre alt [5]. Senioren haben immer mehr eigene Zähne, technisch aufwendigen Zahnersatz oder Implantate. Das sind die Erfolge der zahnärztlichen Prävention der letzten 30 Jahre und ein Fortschritt, den niemand missen möchte. Bei Pflegebedürftigen führen eingeschränkt mögliche Hygienemaßnahmen aufgrund von Multimorbidität, häufiger Konsum kariogener Speisen [10] und nicht zuletzt auch die Vielzahl an Medikamenten, die den Speichelfluss reduzieren, zu einem unbefriedigenden Mundhygienestatus [18]. Immobilität, eingeschränkte Kooperationsfähigkeit sowie die reduzierte Selbststeuerung der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege stellen eine Herausforderung für die Pflegenden und das zahnärztliche Team dar. Dem kann nur durch zusätzliche präventive Maßnahmen, wie sie von der Zahnärzteschaft im Juni 2010 im Konzept der Alters- und Behindertenzahnheilkunde „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ vorgestellt wurden, wirksam begegnet werden. Die Ergebnisse der fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie [1] aus dem Jahr 2014 belegen: Das Vorkommen von totaler Zahnlosigkeit bei der Altersgruppe der 65- bis 74-jährigen sank von 22,6 % im Jahr 2005, DMS IV, auf 12,4 %. Die jüngeren Senioren haben durchschnittlich 16,9 eigene Zähne im Vergleich zu 13,8 im Jahr 2005. Die Inzidenz der Wurzelkaries nahm im gleichen Zeitraum von 45 % auf 28 % ab. Die parodontale Erkrankungslast (Parodontitiden) ist hoch, nahm jedoch bezogen auf die Schweregrade seit 2005, DMS IV, deutlich ab. Bei den Auswertungen 2005

hatten 44,1 % der Untersuchten eine schwere Form der Parodontitis und 2014 nur noch 19,9 %. Bei der 2014 neu aufgenommenen Kohorte der älteren Senioren – also den 75- bis 100-Jährigen – weisen dagegen neun von zehn Menschen eine moderate bzw. schwere Parodontitis auf.

/// *Beläge und Entzündungen in der Mundhöhle beeinträchtigen die Lebensqualität nicht nur im Sinne von Schmerzen und Mundgeruch, sondern z. B. auch durch ein erhöhtes Risiko für Lungenentzündungen.*

Zudem weist die Gruppe der pflegebedürftigen 75- bis 100-Jährigen einen geringeren Kariessanierungsgrad (69,2 % gegenüber 83,0 %) und mehr Zahnfleischbluten (64,3 % gegenüber 46,5 %) als nicht pflegebedürftige Menschen in dieser Alterskohorte auf. Pflegebedürftige 75- bis 100-Jährige sind häufiger zahnlos (53,7 % gegenüber 32,8 %). Sie nehmen zahnärztliche Untersuchungen kontrollorientiert seltener in Anspruch (38,8 % gegenüber 68,2 %). Knapp ein Drittel der pflegebedürftigen 75- bis 100-Jährigen benötigen Hilfe bei der Mundhygiene – bei den nicht Pflegebedürftigen sind es nur 6,7 %.

Beläge und Entzündungen in der Mundhöhle beeinträchtigen die Lebensqualität nicht nur im Sinne von Schmerzen und Mundgeruch, sondern Parodontitis-Patienten weisen ein über fünffach erhöhtes Risiko für Lungenentzündungen auf [2]. In Pflegeeinrichtungen stellt die nursing-home-associated pneumonia innerhalb dieser Population den häufigsten Grund für eine Krankenhauseinwei-

sung dar. Sie zählt mit 13 % bis 48 % aller Infektionen zu den zweithäufigsten Infektionserkrankungen und mit 8,8 % bis 28 % zu den häufigsten Todesursachen [15]. Gastritis und Endokarditis weisen ebenfalls eine evidente Korrelation zu Erkrankungen des Zahnhalteapparates auf [9]. Die wechselseitige Beeinflussung von Parodontitis und kardio- sowie zerebrovaskulären Störungen (Herzinfarkt, Schlaganfall [8]) sowie Diabetes [4, 21, 22] ist inzwischen auch gut belegt.

Schulungsbedarf bei Pflegepersonal und zahnärztlichen Teams

Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege findet in der Pflegeausbildung oft unzureichend Berücksichtigung. Pflegepersonal wird auch später in diesem Bereich nicht ausreichend geschult. Instruktion und Schulung verbessern die Mundgesundheit nachweisbar [3]. Eine Umfrage von Dr. Uwe Niekusch und Dr. Oswinde Bock-Hensley aus dem Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Baden-Württemberg (BW) belegt die Diskrepanzen bezüglich Mundgesundheitspflege. Die Studienergebnisse sprechen dafür, dass die Durchführung der Mundhygiene eine untergeordnete Rolle spielt, die zahnärztliche Versorgung der Bewohner unzureichend ist und das Personal sein Fachwissen überschätzt [17]. In Berlin gaben 93,1 % einer Stichprobe von insgesamt 320 befragten Mitarbeitern aus 54 stationären sowie 49 ambulanten Pflegeeinrichtungen an, während der Anstellung in der Einrichtung nicht in mund-, zahn- und prothesenhygienischen Pflegemethoden fortgebildet worden zu sein [23]. Eine Verlaufsbeobachtung in fünf Senioreneinrichtungen im Raum Heidelberg stellte bereits innerhalb von 14 Monaten eine signifikante Verschlechterung des Mundgesundheits-

zustandes hinsichtlich des Zahnhalteapparates sowie den Verlust sehr vieler Zähne (im internationalen Vergleich) fest [6]. Zudem nehmen regelmäßige Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt mit zunehmendem Alter ab [19]. Eine weitere Studie in fünf Heidelberger Senioreneinrichtungen ergab, dass der letzte Zahnarztbesuch im Mittel über drei Jahre zurücklag [12].

Eine Studie aus Frankfurt mit 131 Pflegebedürftigen in drei Pflegeeinrichtungen belegt, dass eine nachhaltige Verbesserung der Mundgesundheit durch konsequente Schulungen der Pflegekräfte und kompetente zahnärztliche Betreuung vor Ort möglich ist. So konnten Beläge und Zahnfleischentzündungen nach vier, acht und zwölf Monaten stetig reduziert werden. 82 % der Studienteilnehmer wiesen eine saubere Zunge auf, gegenüber 26 % vor den Schulungen. Nur noch 10 % der Prothesen waren zum Zeitpunkt der letzten Stichprobe völlig belegt verglichen mit 55,6 % bei der Basisuntersuchung [14].

Im Landkreis Heilbronn konnte gezeigt werden, dass zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen und Mundhygieneinstruktionen für die betroffenen Senioren die klinischen Mund- und Prothesenhygiene-Indizes signifikant verbessern (Pflegestufe 0 und 1) [7].

Bei einer Umfrage der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK-BW) im Jahr 2002/2003 haben von fast 8.000 angeschriebenen Zahnärzten nur 1.200 (15 %) Auskunft darüber gegeben, in welchem Umfang sie pflegebedürftige Menschen betreuen. Von diesen waren knapp 500 vor Ort in Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen tätig. Abhängig von der Gesamtzahl, die man zugrunde legt, entspricht dies 6 bzw. 40 % der niedergelassenen Zahnärzte. Einer anderen repräsentativen Umfrage zufolge gaben 5 % der Befragten an, aufgrund der Konfrontation mit Alter und Tod nicht in Pflegeeinrichtungen tätig werden zu wollen. Über 50 % jedoch argumentierten mit schwierigen Arbeitsbedingungen vor Ort [20]. Die eingeschränkten technischen Möglichkeiten einer modernen zahnärztlichen Behandlung (Licht, Motoren, Absaugung, Röntgen), aber auch der deutlich erhöhte organisatorische Aufwand (Fremdanamnese, Aufklärung, Betreuung, fluktuationsbedingt wechselnde Ansprechpartner) sowie die unbefriedigende rechtliche Absicherung bei Komplikationen stellen große Herausforderungen dar.

Prof. Dr. Christoph Benz und Dr. Cornelius Haffner aus München zeigten mit dem Teamwerk-Projekt „Das duale Konzept“, dass gezielte professionelle Präventionsmaßnahmen, wie mehrmalige professionelle Zahnreinigungen pro Jahr in der Einrichtung und die Entwicklung von klaren Ablaufprotokollen in der Notfallversorgung die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität messbar steigern [11].

/// Gezielte Schulungen und die Schaffung geeigneter Infrastrukturen steigern nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern sparen auch Geld.

In einer Pilotstudie mit 500 pflegebedürftigen Versicherten der AOK-Bayern 2005 wurden bei 76 % der Studienteilnehmer relevante Parameter der Mundpflege signifikant verbessert (Zahnbelag, Zahnfleischentzündungen). Es traten 65 % weniger Schmerzen im Mundbereich auf. Notwendige Zahnextraktionen wurden um 70 % und Narkose um 40 % reduziert. Zudem konnten die Gesundheitsausgaben für die Quartale II/06 bis I/07 gegenüber den Quartalen IV/04 bis III/05 insgesamt um knapp 70.000 EUR gesenkt werden.

Seit dem 01.01.2007 trat ein Exklusiv-Vertrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mit der AOK Baden-Württemberg zur Ergänzung von Prophylaxe-Maßnahmen in Kraft. 18 Zahnarztpraxen, die vollstationäre Behinderteneinrichtungen betreuen, nehmen an dem Vertrag teil. Rund 3000 AOK-Versicherte mit Behinderungen erhalten dadurch ergänzende Prophylaxemaßnahmen. Dazu gehören eine zusätzliche Entfernung von harten und weichen Belägen, zweimal jährlich eine Fluoridierung der Zähne sowie seit 2014 einmal je Kalenderhalbjahr die Reinigung und Politur von Prothesen. Insgesamt gibt es zwar einige Kolleginnen und Kollegen, die zum Teil schon langjährig in Pflegeeinrichtungen engagiert tätig sind [16], deren Aktivitäten beschränken sich jedoch in der Regel auf zahnärztliche Notfallbehandlungen und nicht auf Vorsorgeuntersuchungen sowie nachhaltige Schulungen des Pflegepersonals. Mit Aktivierung der Kooperationsverträge nach dem Pflegeaus-

richtungsgesetz am 01.04.2014 haben inzwischen bundesweit 24 % der Pflegeeinrichtungen ihre Zusammenarbeit mit Zahnärzten schriftlich vereinbart.

Für eine breite Versorgung vor allem im Bereich der häuslichen Pflege ist das Engagement möglichst aller Zahnärztinnen und Zahnärzte anzustreben. Gezielte Schulungen und die Schaffung geeigneter Infrastrukturen steigern nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern sparen auch Geld.

Entwicklungsschritte des Konzeptes

2001 wurde der Arbeitskreis Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung in Baden-Württemberg (AKABe BW) gegründet. Der Arbeitskreis verfolgt die Erarbeitung eines schlüssigen zahnärztlichen Betreuungskonzeptes, um zur Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen beizutragen, Schmerzen im Mundbereich zu reduzieren sowie Allgemeinerkrankungen vorzubeugen. In den ersten Jahren wurden Zahnarztpraxisinhaber, die in Baden-Württemberg in Pflegeeinrichtungen tätig sind, erfasst. Die Entwicklung einer Internetplattform konnte beginnen. Ein Praxisführer zu barrierefreien Praxen und deren Behandlungsspektrum ermöglicht nun den Betroffenen, über die Eingabe der Postleitzahl einen kompetenten Zahnarzt zu finden. Seit 2008 stellt die LZK-BW eine Vielzahl von praxiserprobten Instrumenten zur kompetenten zahnärztlichen Betreuung von Patienten mit Unterstützungsbedarf zur Verfügung (www.lzkbw.de/zahnaerzte/alters-und-behindertenzahnheilkunde). Die Schwerpunkte liegen auf den Themen Barrierefreiheit, Multimorbidität und Polypharmazie, rechtliche Fragen, Arbeitsmittel für Schulungen und zur Kommunikation und Dokumentation in der zahnärztlichen Betreuung sowie Abrechnungsmöglichkeiten. Die einzelnen Konzeptbausteine lassen sich dabei nach und nach in den Praxisalltag integrieren.

Auf Landesebene warb der Arbeitskreis mit Rundschreiben und Informationsveranstaltungen für das Projekt unter anderem bei den Landratsämtern und Trägern. Es fanden Veranstaltungen für mobile Pflegedienste und pflegende Angehörige in Ulm sowie drei Presseforen des Informationszentrums Zahngesundheit zu

zahnmedizinischer Versorgung bei Multimorbidität, bei Menschen mit Behinderungen und zum Thema Mundgesundheit und Lebensqualität statt (2002, 2005, 2009). 2008 wurde Special Olympics in Karlsruhe ausgerichtet.

Mit einer Pileteinrichtung in Ulm begann 2006 die Entwicklung von Schulungsmaterialien und Abläufen. Eine Pflegedienstleitung und die Zahnärztin Dr. Sabine Henrich des Fachdienstes Gesundheit im Landratsamt Alb-Donau unterstützen diese Arbeit. Zielgruppen des Konzeptes sind Pflegekräfte sowie pflegebedürftige Menschen, die keinen Hauszahnarzt haben. Da bereits zu Hause die Probleme bezüglich einer adäquaten Zahn- und Mundpflege beginnen, werden inzwischen geriatrische Zentren bzw. geriatrische Schwerpunkte, mobile Pflegedienste, pflegende Angehörige, Pflegestützpunkte und Seniorenräte in das Projekt mit einbezogen. Arbeiten von Prof. Dr. Alexander Hassel belegen den positiven Effekt einer gezielten Sensibilisierung der hausärztlichen Kollegen für die Beurteilung des Mundgesundheitszustandes [13]. Deshalb ist der direkte Kontakt zu den anderen ärztlichen Disziplinen – insbesondere zu den Hausärzten – wichtig. In BW geschieht dies regional über die geriatrischen Basiscurricula der Bezirksärztekammern, sowie über die Hausarzt-Qualitätszirkel vor Ort und nicht zuletzt steht die LZK-BW ebenfalls mit den speziell fortgebildeten Mitarbeiterinnen in den Hausarztpraxen in Kontakt.

In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen ist herausnehmbarer Zahnersatz mit fast 50 % nach wie vor die dominierende Versorgungsform [1] und prothetische Behandlungsmaßnahmen (Prothesenreparaturen, Unterfütterungen) der Hauptgrund zahnärztlicher Inanspruchnahme [6, 12]. Daher sind die Schulungsmaterialien neben der Pflege der Zähne und der Mundhöhle sehr auf den richtigen Umgang mit herausnehmbarem Zahnersatz ausgerichtet.

In der Behindertenbehandlung ist Dr. Guido Elsäßer mit seiner langjährigen praktischen Erfahrung für den Arbeitskreis sehr aktiv.

Das Zahnmedizinische Fortbildungszentrum in Stuttgart hat auf Anregung des Arbeitskreises zur Schulung der Zahnärztinnen und Zahnärzte z. B. einen Intensivkurs Alterszahnheilkunde, einen Intensivkurs Behindertenzahnheilkunde sowie ein Curriculum Geriatrische Zahnheilkunde für das gesamte Praxisteam erarbeitet. Ein

Fortbildungskurs über zwei Wochenenden wird auch an der Akademie für zahnärztliche Fortbildung in Karlsruhe angeboten. In der Fortbildungsordnung der LZK-BW für die Aufstiegsfortbildung der Zahnmedizinischen Mitarbeiterinnen ist die Prophylaxe für alte und behinderte Menschen ebenfalls bereits verankert.

Die Infrastruktur der zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Unterstüt-

Arbeiten von Alexander Hassel belegen den positiven Effekt einer gezielten Sensibilisierung der hausärztlichen Kollegen für die Beurteilung des Mundgesundheitszustandes.

zungsbedarf ist dezentral ausgerichtet und orientiert sich an den bereits bestehenden Organisationsstrukturen wie LZK-BW, Bezirkszahnärztekammern, Kreis Zahnärzteschaften und Zahnärzten vor Ort. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) lädt darüber hinaus jedes Jahr zu einer kombinierten Koordinierungskonferenz der Referenten für Alters- und Behindertenzahnheilkunde und der Referenten für Präventive Zahnheilkunde ein und gibt hier über die Ländergrenzen hinweg die Möglichkeit zum Informations- und Erfahrungsaustausch.

Der AKABe BW koordiniert die Erarbeitung von Schulungsmaterialien und erforderlichen Unterlagen für die Kommunikation mit Trägern, Pflegekräften sowie Betroffenen und Angehörigen, darunter Flyer und Formulare. Als Vermittler und Ansprechpartner vor Ort hat die LZK-BW für jeden Kreis eine Zahnärztin bzw. einen Zahnarzt als sogenannten Senioren- und Behindertenbeauftragten (SuB) der Zahnärzteschaft bestellt. Einmal im Jahr findet ein gemeinsames Treffen aller SuB in Stuttgart statt. Im gleichen Turnus koordinieren die Prophylaxereferenten der vier Bezirke einen regionalen Erfahrungsaustausch. Der für jeden Kreis zuständige SuB organisiert weitere Treffen und hält Schulungsmaterialien für die Betreuungsteams vor Ort vor. Er erfasst und dokumentiert in regelmäßigen Abständen die zahnärztlichen Aktivitäten der Betreuungsteams. Dadurch wird die Weiterentwicklung des Konzepts sichergestellt. Er sucht darüber

hinaus die Kooperation mit den Gesundheitsfachdiensten beim Landratsamt, informiert die Heimaufsicht über das Projekt und stellt – wenn möglich – das Projekt im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen des Landratsamts den Pflegeeinrichtungen der Region vor. Die Betreuungsteams führen in den Einrichtungen Schulungen des Pflegepersonals durch. Bei entsprechender Mitarbeit übernehmen die Betreuungsteams auf Wunsch der Betroffenen bzw. der Angehörigen auch die zahnärztliche Betreuung von Bewohnern ohne Hauszahnarzt. Hat eine Einrichtung noch keinen Betreuungszahnarzt, so kann zunächst die Compliance der Einrichtung mit orientierenden Fragebögen sowohl insgesamt als auch zum Mundgesundheitsstatus der einzelnen Bewohner evaluiert werden. Dies sensibilisiert gleichzeitig die Pflegekräfte in der Anfangsphase. Zahnärztliche Aufnahmebögen, Notfallüberleitungsbögen und eine Pflegeampel sollen die Beteiligten dabei unterstützen, die zahnärztliche Betreuung den Anforderungen entsprechend zu dokumentieren und insgesamt zu strukturieren.

Seit Einführung der Kooperationsverträge zwischen Zahnarztpraxen und Pflegeeinrichtungen im Jahr 2014 wurde auch für diesen Bereich ein umfangreiches Informationsangebot auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg eingerichtet, um die Fragen der praktischen Umsetzung unkompliziert und anschaulich darzustellen.

AKABe BW – Modulbausteine

Zur Kommunikation vor Ort stehen Flyer sowohl für die Pflegeeinrichtungen als auch für Betroffene und die Angehörigen pflegebedürftiger Menschen zur Verfügung. Hier werden die wesentlichen Leistungsmerkmale des Projektes verständlich erläutert.

Bereits seit 2007 bietet die LZK-BW praxisnahe digitale Vorträge zu Schwerpunkten der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege an. Inhaltlich werden die Bereiche Alterszahnheilkunde, Behindertenbehandlung, Schwerstpflegebedürftigkeit und geeignete Pflegemittel abgedeckt. Weiter stehen eine Diashow zu pathologischen Veränderungen in der Mundhöhle, ein Pflegefilm zur anschaulichen Darstellung von Mundpflegemaß-

nahmen einschließlich dem Umgang mit Zahnersatz zur Verfügung. Im Internet können die Vortrags-CD sowie die Pflegefilm-DVD gegen eine Schutzgebühr käuflich erworben werden. Zusätzlich sind die Vortrags- und Filmkommentierungen wie auch die Vorträge als Download eingestellt.

Gerade in der Pflege ist die Darstellung von Prozessabläufen sehr wichtig. Wie gliedert man eine Prothese ein und aus? Wie wird eine Interdentalbürste benutzt? Wie reinigt man eine Prothese richtig? Wichtig sind praktische Unterweisungen in schwierigen Pflegesituationen. Um dies üben zu können, wurde von der LZK-BW ein spezielles Zahnersatzmodell mit den typischen technischen Merkmalen heutiger herausnehmbarer Zahnersatzformen entwickelt und in Kooperation mit einem zahntechnischen Labor gefertigt. Das lebensnahe Modell zeigt darüber hinaus typische Patholo-

gien, wie Karies, Mykosen, Druckstellen und Passungenauigkeiten. Wirklich realistisch wird der Umgang mit Zahnersatz erst, wenn das Modell in einer sogenannten Phantomkopfeinheit eingespannt wird. Dadurch kann die Mundhöhleninspektion sowie das Ein- und Ausgliedern der Prothese unter realitätsnahen Lichtverhältnissen und Zugangsbedingungen erlernt werden.

Die LZK-BW hält für den Einsatz in Pflegeeinrichtungen für jeden Kreis eine Phantomkopf-Einheit vor. Die Einheiten wurden von der Universitätszahnklinik Tübingen gespendet. So können Zahnärztinnen und Zahnärzte besonders gut interaktiv in Einrichtungen arbeiten. Jeder Senioren- und Behindertenbeauftragte verfügt außerdem über einen Koffer mit Zahn-, Mund- und Zahnersatz-Pflegemitteln.

Über die Kooperation mit der Konferenz der privaten Altenpflegeschulen in

Baden-Württemberg begann die Entwicklung eines Ausbildungsstandards (Tab). Zunächst kamen dafür freie Zeitkontingente des Lehrplans in Betracht. Das modulare System für die Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege der LZK-BW in der Altenpflegeausbildung wurde im Jahr 2012 mit dem Wrigley-Prophylaxe-Preis ausgezeichnet, und inzwischen sind weitere Überarbeitungen erfolgt. Denn erst wenn auch die Altenpflegeausbildung systematisch die Anforderung einer kompetenten Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege erfüllt, können unsere zahnärztlichen Bemühungen nachhaltig erfolgreich sein. Die Schulungsmaßnahmen werden durch das Handbuch der Mundhygiene (BZÄK) unterstützt.

Fazit und Ausblick

Das Konzept Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung zeigt, dass die Zahnärzteschaft in Baden-Württemberg sich der verändernden Herausforderungen durch den demografischen Wandel bewusst ist und einen ausbaufähigen Maßnahmenkatalog entwickelte. Die projektbasierten, nachhaltigen Strukturen, können die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten bzw. verbessern. Schulungen für Pflegekräfte helfen, die Bedeutung der Mundhygiene für die Lebensqualität zu verdeutlichen. Vor allem Pflegeschüler sollten früh an die Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege herangeführt werden. Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ist die Erarbeitung von Informationspostern zum Thema der Pflegezahnheilkunde angedacht. Für Gesundheitsmessen, aber auch in Pflegeeinrichtungen selbst, besteht auf diese Weise die Möglichkeit, das Projekt weiter zu verbreiten.

Korrespondenzadresse

Dr. E. Ludwig
Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. Markus Dirheimer
& Dr. Elmar Ludwig
Neue Str. 115, 89073 Ulm
E-Mail: elmar_ludwig@t-online.de

- Literatur bei der Redaktion -

Tab.: Beispiel für modulare Aus- und Fortbildung von Pflegekräften zum Thema Mundpflege

Mundpflege – Ausbildung/Fortbildung – 07/2016		
Modulbausteine	Zeitvorschlag	
	Ausbildung	Fortbildung
Lernziele & Grundsätzliches	15 Min	15 Min
Basiswissen Mundpflege – Teil 1	90 Min	60 Min
■ Zähne & Zahnhalteapparat		
Basiswissen Mundpflege – Teil 2	75 Min	60 Min
■ Speichel, Zunge & Mundschleimhaut		
Aufbauwissen Zahnersatz	90 Min	60 Min
Pflegeritual	45 Min	45 Min
■ ggf. + Mundpflegestandard		
■ ggf. + Mundhygieneplan – Pflegeampel		
Pflegefilm	45 Min	45 Min
Einleitungsfilm & Praktische Übungen	45 Min	45 Min
■ Zahn- & Mundpflege gegenseitig		
■ Inspektion der Mundhöhle		
■ Ein- & Ausgliedern Zahnersatz		
■ Interdentalhygiene am Phantomkopf		
Summe	9 Schul-h	5,5 h
optional zusätzlich möglich		
12 Kurzfilme der BZÄK	jeweils 2-4 Minuten	
https://www.youtube.com/channel/UCwmGBPNN7xOxFbtrnzN86aw		

Matthias Brunner

Möglichkeiten und Grenzen einer Intraoralkamera bei zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen

Zur Erhaltung der Zahngesundheit ist die Früherkennung von Karies und Zahnfehlstellungen besonders wichtig. Die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter führen daher in den Kindertagesstätten und Schulen regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen nach § 21 SGB V durch. Als Hilfsmittel zur zahnärztlichen Untersuchung in Zahnarztpraxen oder durch den ÖGD ist der alt bekannte Mundspiegel auch heute noch meist das Mittel der Wahl. Ist das noch zeitgemäß? Oder haben wir die Möglichkeit durch den Ein-

Zum Einsatz kam die L-CAM der Firma I.C. Lercher. Diese Kamera wurde unter anderem wegen ihres stabilen und damit robusten Aluminiumgehäuses – ohne Wechselobjektiv – mit Blickrichtung von 90 Grad bevorzugt. Die Kamera ermöglicht mit ihrem LED-Lichtkranz eine perfekte Sicht in der Mundhöhle und erlaubt eine Fokussierung bis zum Makrobereich. Eine Umschaltung vom Standard in den Makromodus erfolgt mittels Schalter. Da bei dieser Kamera auf einen Schiebeschalter verzichtet

lichkeit der Bildspeicherung unter anderem zur Dokumentation bei Begutachtungen. Um den Hygieneanforderungen gerecht zu werden, wird der Kamera nach jedem untersuchten Kind, eine neue Einmalschutzhülle übergezogen.

Der Autor sieht vielfache Vorteile bei dem Einsatz einer Kamera. Die Akzeptanz der Kinder ist ausgesprochen hoch. Auch sehr ängstliche Kinder nehmen an der Untersuchung teil, weil das typische Zahnarztgefühl fehlt (Abb. 1). Was ändert sich bei der neuen Untersu-



Abb. 1: Konventionelle zahnärztliche Untersuchung in der Schule



Abb. 2: Visualisierung der Karies an 21



Abb. 3: Freier Blick auf den Bildschirm für Untersucher und Kind

satz neuer Technologien, spricht den Einsatz einer Intraoralkamera, unsere Tätigkeit zu revolutionieren?

Um einen Vergleich der zwei Untersuchungstechniken zu erhalten, wurde anlässlich der DAJ-Studie im Raum Heidelberg mit zwei Teams untersucht. Das eine Team führte seine Untersuchungen mittels Spiegel und Sonde durch, das andere Team arbeitete mit der Intraoralkamera. Dabei wurden von zwei erfahrenen, kalibrierten Untersuchern nach dem ICDAS-System 681 Milchzähne und 576 bleibende Zähne von Schülern der Klassenstufe 1 untersucht.

wurde, muss nicht bei jedem Kind neu die Scharfeinstellung vorgenommen werden. Ein wesentlicher Punkt, welcher die Kamera von vielen auf dem Markt befindlichen Modellen abhebt und sie für den Einsatz bei Reihenuntersuchungen prädestiniert.

Nach dem Anschluss der Intraoralkamera an ein HD-Notebook über den USB-Anschluss kann mit der Untersuchung gestartet werden. Gearbeitet wird im Videostream-Modus. Nach Belieben können Einzelbilder zur Befundung oder zur Verlaufskontrolle abgespeichert werden. Der Autor selbst nutzt diese Mög-

chungsmethode für das Kind? Während der Untersuchung können Auffälligkeiten der Mundhöhle visualisiert werden (Abb. 2). Das Kind erfasst und erblickt somit in Echtzeit, um was es geht. Durch den Einsatz der intraoralen Kamera lässt das Kind die zahnärztliche Untersuchung nicht passiv über sich ergehen, sondern wird aktiv zum Mituntersucher. Es hat freien Blick auf den Bildschirm (Abb. 3). Das Betrachten der eigenen Zähne wird von den Kindern als spannend bis lustig wahrgenommen. Individuelle Impulse zur persönlichen Mundhygiene oder der Hinweis auf die Not-

wendigkeit einer Kariesbehandlung sind dann für das Kind visuell nachvollziehbar. Denn wenn das Kind sein lokales Putzdefizit selbst erkannt und gesehen hat, fällt es ihm leichter, das künftig auszumerzen.

Doch nun zu den erzielten Ergebnissen: Die Kappa-Werte betragen für die Milchzähne 0,865 und für die bleibenden Zähne 0,946. Der Kappa-Wert ist ein Maß für den Übereinstimmungsgrad beim Einsatz von unterschiedlichen Beobachtern bzw. Methoden. Kappa 1 bedeutet eine vollkommene Übereinstimmung der Untersuchung bzw. der angewandten Methoden. Ein Kappa-Wert von 0,81 bis 1,00 bedeutet eine fast vollkommene Übereinstimmung. Es gab in den Untersuchungsergebnissen zwischen den beiden Untersuchern keine relevanten Abweichungen. Wo diese auftraten, sprachen sie zu Gunsten der Intraoralkamera. Hier ist besonders ihre Überlegenheit bei der Diagnostik von Approximalkaries oder der Erkennung von okklusalen Initialläsionen im Be-

reich der Molaren hervorzuheben. Auch die Ausdehnung der Karies lässt sich in dieser Bildgebung darstellen. Bei Unklarheiten bezüglich der Diagnose, zum Beispiel bei Effloreszenzen, hat man die Möglichkeit, mittels Bildweiterleitung einen Fachkundigen hinzuzuziehen.

Die Zeiten der gekrümmten Arbeitshaltung sind Vergangenheit, da die Untersuchung mittels Intraoralkamera eine rückengerechte Sitzposition zulässt. Auch ein mehr an Gewicht ist für die Untersucher nicht zu stemmen, weil die Kassetten mit dem Untersuchungsbe- steck nicht mehr benötigt werden.

Die gesamte Aufbereitung des Instrumentariums, einschließlich der vom Gesetzgeber geforderten Überprüfungen, entfällt. Außerdem erübrigt sich das Tragen von Handschuhen, da kein direkter bzw. indirekter Kontakt mit dem Kind stattfindet (kein Allergierisiko, Zeiter- sparnis durch fehlenden Handschuh- wechsel, Müllreduzierung).

Die zahnärztliche Untersuchung in Kindertagesstätten und Schulen werden von allen Beteiligten viel angenehmer empfunden.

Korrespondenzadresse

Dr. Matthias Brunner
Landratsamt Enzkreis,
Gesundheitsamt
Postfach 10 10 80
75110 Pforzheim
Tel.: 07231 308- 9686
Fax: 07231 308- 9735
E-Mail: Matthias.Brunner@enzkreis.de

- Literatur beim Autor -

Uwe Prümel-Philippsen

Mundgesundheit in Deutschland: Rückblick – Einblick – Ausblick

Anlässlich der Herbsttagung des BZÖG am 11.11.2016 in Kassel hielt Herr Dr. Uwe Prümel-Philippsen, langjähriger ehemaliger Geschäftsführer der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) und von 1995 bis 2015 maßgeblich Mitverantwortlicher an der jeweiligen Gestaltung des „Tags der Zahngesundheit“ auf Bundesebene, einen Vortrag mit dem o. a. Titel, der hier in verkürzter schriftlicher Fassung abgedruckt wird.

Rückblick auf mehr als 25 Jahre „Kariesprophylaxe“

Gemeinhin gilt – zumindest unter den Sachkundigen – die Geschichte der Zahn- und Mundgesundheit in Deutschland als einzigartige Erfolgsgeschichte im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“.

Dass dieser Sachverhalt kein Selbstläufer war, sondern durch intensive, oftmals mutige, auf jeden Fall aber unbeirrbar Zusammenarbeiten vieler Einzelner und vieler Organisationen zustande kam, belegt

exemplarisch ein kurzer thematischer Rückblick auf 25 Jahre „Tag der Zahngesundheit“. (Ausführliche Informationen unter: <http://www.tagderzahngesundheit.de>)

So waren die Anfänge von 1991 bis 1994 deutlich darauf fokussiert, erst einmal eine Akzeptanz des Themas „Kariesprophylaxe“ in Wissenschaft und Praxis zu erreichen – dass „Vorbeugen besser als Heilen“ ist, galt bis dato keineswegs als Selbstverständlichkeit.

Ab 1995 dann gelangten bereits bestimmte Altersgruppen der Bevölkerung

und insbesondere das Setting „Schule“ in den Blickpunkt – auch die Möglichkeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit bei der Kariesprophylaxe wurden erstmals öffentlich/fachöffentlich über die internen Gremien der Gruppenprophylaxe hinaus diskutiert.

Die bis zum Jahr 2000 auf der Bundesebene eher in Form von Fachtagungen oder Fortbildungsveranstaltungen für Fachkräfte organisierten „Tage der Zahngesundheit“ wurden ab 2001 dann als zentrale Pressekonferenzen an zunächst wechselnden Orten der Republik, ab 2007

schließlich mit fester Verortung im Haus der Bundespressekonferenz in Berlin konzipiert.

Um stärkeres Gehör in der Öffentlichkeit zu finden, gab es ab diesem Zeitpunkt in jedem Jahr den konstanten Slogan „Gesund beginnt im Mund“, gefolgt von einer jeweils kurzen spezifischen „Jahresbotschaft“ – also z.B. im Jahr 2004: „Gesund beginnt im Mund – vom ersten Schluck an!“

Auf einprägsame, publikumswirksame Weise konnten so bedeutsame fachliche Schwerpunkte bzw. Probleme artikuliert, besondere Zielgruppen und Settings adressiert und auch fachübergreifende Aspekte der Mundgesundheitsförderung integriert werden.

Den innerhalb eines Vierteljahrhunderts vollzogenen Paradigmenwechsel (auch) in der Gruppenprophylaxe stellte die Geschäftsführerin der DAJ, Bettina Berg, in einem Vortrag am 13. Juni 2012 [1] wie folgt dar: „... von der Zahngesundheit – zur Mundgesundheit – zu einem Baustein von Kindergesundheit – zu einer der Voraussetzungen von gesunder kindlicher Entwicklung“.

Prägnanter lässt sich dieser Wandel kaum formulieren.

Einblick: Elemente einer erfolgreichen Mundgesundheitsförderung

Was nun aber sind – vor dem Hintergrund dieser ganzheitlich ausgerichteten Weiterentwicklungen – diejenigen Elemente, die auch die Nachhaltigkeit eines erfolgreichen Engagements für mehr Mundgesundheit in Zukunft ausmachen?

Es sind:

1. gesetzliche Regelungen (einschl. Finanzierung),
2. Standards (in Forschung, Gesundheitsberichterstattung, in Aus-, Fort- und Weiterbildung),
3. die tatsächliche Kooperation und Vernetzung innerhalb und zwischen den beteiligten Akteuren sowie
4. eine auf Dauer angelegte, zielgruppenspezifische und qualitätsgesicherte Information und Aufklärung.

Wie sieht derzeit hierzu die Situation in Deutschland aus?

Ausgaben der GKV für
Gruppen- und Individualprophylaxe sowie Kinderfrüherkennungs-Untersuchungen (FU)
in den Jahren 2008 - 2014

Kontenart	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
516 Gruppenprophylaxe	41.366.667	44.428.171	43.087.640	42.115.724	43.220.864	43.467.961	45.916.720
416 Individualprophylaxe (IP 1 bis IP 4)	361.472.011	377.616.102	386.374.417	388.185.903	395.778.468	406.776.887	418.094.926
417 Fissurenversiegelung (IP 5)	84.180.963	83.568.621	83.471.156	88.463.351	87.431.148	89.508.256	77.388.615
415 Kinderfrüherkennungs-Untersuchungen (FU)	10.835.440	11.778.469	11.328.652	13.031.542	12.337.822	13.561.020	14.442.291
Ausgaben insgesamt (Euro):	477.857.081	497.391.363	504.261.865	509.776.520	518.768.302	533.314.122	550.392.552

„Die Maßnahmen sollen sich vor allem auf die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen beziehen.“ (Präambel, Rahmenempfehlung 1993)

Abb. 1: Gesetzliche Regelungen einschließlich Finanzierung Ausgaben der GKV für die Gruppen- und Individualprophylaxe 2008 – 2014

Zu 1.

Seit 1989 regeln in der Hauptsache der § 21 SGB V („Verhütung von Zahnerkrankungen [Gruppenprophylaxe]“) (Abb.) und der § 22 SGB V („Verhütung von Zahnerkrankungen [Individualprophylaxe]“), im Jahr 2015 ergänzt um den § 22a SGB V („Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“), welche Leistungen der Gesetzgeber zum Erhalt und zur Förderung der Zahngesundheit für notwendig erachtet.

Die bundesweite „Rahmenempfehlung zur Förderung der Gruppenprophylaxe insbesondere in Kindergärten und Schulen“ zwischen den damals acht gesetzlichen Kassenarten in Abstimmung mit der Bundeszahnärztekammer, dem Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und dem Deutschen Ausschuss für Jugendzahnpflege (DAJ) aus dem Jahr 1993 konkretisiert die Gruppenprophylaxe-Inhalte, ihre praktische Umsetzung und Organisation auf Landes- und regionaler Ebene, Aspekte der Finanzierung, der Dokumentation und der Erfolgskontrolle.

Rahmenvereinbarungen der Kooperationspartner auf Landesebene ergänzen und vertiefen in der Folge diese Bundesvereinbarung, gesetzliche Regelungen in einzelnen Bundesländern schaffen zusätzliche Handlungssicherheit.

Mit Bezug auf das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz (BkiSchG) kann nunmehr auch via Gruppen- und Individualprophylaxe ein Beitrag zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen und Entwicklungsstörungen in den ersten Lebensjahren geleistet werden, und Aktivitäten der Gruppenprophylaxe können

systematisch in die Frühen Hilfen integriert werden.

Das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz (PrävG) dagegen bezieht sich explizit lediglich in § 26 SGB V („Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche“) auf den Sachverhalt der Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten; allerdings wurde vorsorglich in die am 16.02.2016 verabschiedeten „Bundesrahmenempfehlungen“ (gemäß § 20 d Absatz 3 SGB V) der Passus aufgenommen:

„Die NPK¹⁾ unterstützt zielbezogene ressortübergreifende kommunale Strategien der Gesundheitsförderung. (...) Hierbei sind bereits bestehende effektive Strukturen und Präventionsmaßnahmen in den Settings, wie z. B. die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V, zu berücksichtigen.“ (Ebd., S. 15)

Zu 2.

Als Standards in Forschung und Gesundheitsberichterstattung (GBE) können aufgeführt werden: die regelmäßig durchgeführten Deutschen Mundgesundheitsstudien (derzeit aktuell die DMS V) sowie die Epidemiologischen Begleituntersuchungen der DAJ (die neuesten Untersuchungsdaten werden 2017 publiziert), Forschungen zu diversen Themen der Mund- und Zahngesundheitsförderung (z. B. zur Fluoridierung), weit- wie kleinräumige GBE in den Ländern, Regionen und auf kommunaler Ebene.

Standards in der Ausbildung (Studium der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit Abschluss Staatsexamen, Master und Promotion) sowie in der Fort- und Weiterbildung (BZÖG- und BZÄK-Kongresse,

¹⁾ Nationale Präventionskonferenz

DAJ-Fortbildungsveranstaltungen, Angebote der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen etc.) auf Bundes- und Landesebene sind gegeben.

Die vom Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) seit 2006 herausgegebenen Leitlinien, die 2013 veröffentlichten BZÖG-Empfehlungen zur standardisierten GBE, die erweiterten DAJ-Empfehlungen zur Prävention frühkindlicher Karies (2016) u. v. a. mehr in diesem Handlungsfeld sind weitere Beispiele einer kontinuierlichen Qualitätssicherung von zahnärztlichen Prophylaxemaßnahmen.

Zu 3.

Ein weiteres Element erfolgreicher Mundgesundheitsförderung stellen z. B. die Routinen in der tatsächlichen Kooperation und Vernetzung zwischen

- den Zahnärztinnen und -ärzten (ZÄ) im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- ZÄ, Kinder- und Jugendärzten/Hausärzten/anderen Fachkräften (Hebammen, Ökotrophologinnen etc.),
- ZÄ und kommunalen Diensten,
- ZÄ und Kitas und Schulen (einschl. Elternarbeit),
- ZÄ und überregionalen Aktivitäten (z. B. „Stiftung Kindergesundheit“, „Netzwerk Junge Familie“) dar.

Da es aussagekräftige empirische Daten hierzu offenbar kaum oder nur sehr eingeschränkt gibt, sind die entsprechend Beteiligten gefordert, gute Bedingungen zur Zusammenarbeit und Vernetzung selbst aktiv auf den Weg zu bringen – und ggf. auch selbst öffentlich zu dokumentieren.

Zu 4.

Seit nunmehr 26 Jahren ist der „Tag der Zahngesundheit“, alljährlich am 25. September begangen, ein gutes Medium zur mundgesundheitslichen Information und Aufklärung – sowohl als bundesweite zentrale Pressekonferenz zu einem jeweiligen Jahres-Thema wie auch durch eine Vielzahl in den einzelnen Bundesländern jeweils stattfindender dezentraler Veranstaltungen. Auf der kommunalen Ebene wird der Tag der Zahngesundheit von den meisten der 378 regionalen Arbeitsgemeinschaften genutzt, um einmal im Jahr mit einer besonders kreativen und publikumswirksamen Aktion auf die eigenen Aktivitäten aufmerksam zu machen.

Die Webseiten und Info-Materialien bedeutsamer Fachorganisationen wie des BZÖG, der BZÄK, der KZBV, der DAJ

und der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften informieren aktuell, qualitativ hochwertig und facettenreich – die Medien und Materialien anderer Professionen und der Gesetzlichen Krankenkassen zum Thema „Zahn- und Mundgesundheit“ ergänzen dieses Tableau, u. U. für andere, weitere Zielgruppen, was dem interdisziplinären und ganzheitlichen Ansatz der modernen Mundgesundheitsförderung ja durchaus entgegenkommt.

Schließlich ist nicht zu übersehen und deshalb nicht zu unterschlagen, dass auch die kommerzielle „Werbung“ von Anbietern von Produkten und Dienstleistungen zur Zahn- und Mundgesundheit zur Abrundung öffentlicher „Awareness“ dem Thema gegenüber beiträgt – wenngleich z. T. oder in Einzelfällen verständlicher Weise mit einer Überdosis kommerziellen Interesses gefärbt.

Ausblick: alte und neue Herausforderungen

Manchmal hat es den Anschein, als drohte die Kariesprophylaxe Opfer ihres eigenen Erfolgs zu werden: Die überwiegend guten bis sehr guten dmft- und DMFT-Werte in Deutschland verführen inzwischen den einen oder anderen Gesundheitspolitiker, Kassenvertreter oder Zahnmedizin-Profis, sein Augenmerk auf neue Alters- und Zielgruppen mit anderen Problemen als „Karies“ richten zu wollen.

(Insbesondere einige Interview-Beiträge zu den Ergebnissen der DMS V haben hier jüngst zu manch' hochgezogener Augenbraue geführt ...)

Übersehen dabei wird, dass Gesundheitsförderung und Prävention, also auch Mundgesundheitsförderung, Daueraufgaben sind, weil die (zum Glück noch) nachwachsenden Generationen nicht mit einem genetischen Ticket auf ewige Zahn- und Mundgesundheit in unsere Gemeinschaft hineinwachsen.

(Auch die Handlungsbereiche „Erziehung“ und „Bildung“ ändern im Lauf der Jahrtausende bekanntlich nicht ihre Laufrichtung ...)

Stattdessen gilt es, bei Beachtung der ständig sich ändernden gesellschaftlichen und auf die Umwelt bezogenen Rahmenbedingungen theoretische Konzepte wie deren Umsetzung durch praktische Maßnahmen passgenau auf dem Laufenden zu halten.

Anlass hierzu boten in den letzten Jahren hierzulande insbesondere Änderungen

organisatorischer Rahmenbedingungen (z. B. der Rechtsanspruch Einjähriger auf einen Kita-Platz sowie die Themen „Inklusion“ und „Migration“), die auch eine Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe in Gang brachten.

Herausforderungen evozieren m. E. des Weiteren vor allem die Zielgruppe „Jugendliche“, die auch im Gesundheitswesen allzu schnell zwischen alle Raster fällt, die besonderen Vernetzungserfordernisse im Bereich „Frühe Hilfen“ und der Bedarf an Aktualisierung/Konsolidierung oder der erstmaligen Erarbeitung von zeitgemäßen Kita-Trägervereinbarungen.

Diskussionsbedarf besteht wohl auch in der Frage, wie insbesondere kommunale GBE strukturiert sein muss, um tatsächlich praktisch relevant, d. h. für die Prävention planungsrelevant, sein oder werden zu können.

Auch die Verpflichtung bzw. der Auftrag zur Flächendeckung der Gruppenprophylaxe, im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 in den ersten Absatz des § 21 SGB V eingefügt, stellen in der Regel keine konzeptionelle Herausforderung für die beteiligten Professionellen, sondern vielmehr und recht eigentlich ein Ressourcen-Problem dar: wo keine Fachkräfte verfügbar sind, oder wenn keine Mittel zur Finanzierung verfügbarer Fachkräfte vorhanden sind, ist die Forderung nach Flächendeckung nicht mehr als ein beherztes, aber folgenloses lautes Pfeifen im dunklen und tiefen Wald.

Bezogen auf die weiter oben zu Recht positiv dargestellten Standards der Aus-, Fort- und Weiterbildung muss für die Zukunft trotzdem nachgefragt werden, ob gewisse Anpassungen bzw. Schwerpunktverlagerungen nicht baldmöglichst auf die Agenda gesetzt werden müssten – z. B. eine insgesamt stärkere Betonung von Dental Public Health/Oral Public Health als einem neuen zahnmedizinischen Aus-/Fort- und Weiterbildungs-Standard.

Last but not least bietet das überwiegend positiv aufgenommene, seit 01. 01. 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz bereits im Verlauf nur eines Kalenderjahres Anlass zu einer gewissen Beunruhigung.

Der vom Gesetzgeber durch sein Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 ja ausdrücklich geforderte/beförderte Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander führt, trotz des Steuerungselements „Risikostrukturausgleich“, bislang keineswegs dazu, auf eine besonders intensive Ansprache von vorrangig jungen, gesunden und einkommensstarken poten-

tiellen Kassen-Mitgliedern mit und ohne Familienangehörigen zu verzichten – je früher übrigens, desto besser ...

Das mag erklären, warum seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes einige Kassen sich mit ihren z. T. neu entwickelten Gesundheitsförderungsprogrammen von den Settings in „sozialen Brennpunkten“ fernhalten (gemäß § 20 a Absatz 3 SGB V ja zukünftig eher eine Aufgabe für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/BZgA) und stattdessen auf ein anderes Zielgruppen-Klientel setzen.

Hiervon betroffen ist leider auch schon das Thema „Zahn-/Mundgesundheit“: ohnehin eng verbunden mit dem „Ernährungs-Thema“, werden neuerdings Ele-

mente der Gruppenprophylaxe in andere Programm-Kombinationen eingebaut (z. B. bei „Die Rakuns – das gesunde Klassenzimmer“) und „kannibalisieren“ damit gewollt oder ungewollt die parallelen Bemühungen gemäß § 21 SGB V.

Hier gilt es, aufmerksam zu sein und früh- bzw. rechtzeitig gegenzusteuern – die (hoffentlich) guten Kontakte z. B. der ÖGD-Zahnärztinnen und -Zahnärzte vor Ort sollten genutzt werden, um in solchen Fällen zu Synergien statt zu Konfrontationen zu gelangen.

Zahn- und Mundgesundheit in „bewegten“ Zeiten haben bislang nicht nur epidemiologische Erfolgsmeldungen, sondern auch (leider) hartnäckige Problemlagen zur

Kenntnis zu nehmen: die „Polarisierung der Kariesproblematik“ (20 % der Kinder und Jugendlichen vereinen 80 % der Kariesproblematik auf sich) erfordert weiterhin innovative und sicherlich eher beschwerliche Strategien und vor allem die gemeinsame Anstrengung aller verantwortlich Beteiligten – hippe Apps und Hochglanzbroschüren zählen eher nicht dazu.

Korrespondenzadresse

Dr. Uwe Prümel-Philippsen
Hartmannshof · 56598 Rheinbrohl
Tel.: 0 26 35 / 42 72
Mobil: 01 60 / 97 319 319
E-Mail: uwe.pp@t-online.de
- Literatur bei der Redaktion -

Pantelis Petrakakis

BZÖG zur Klassifikation der Frühkindlichen Karies

Early Childhood Caries (ECC)

Die frühkindliche Karies oder auch Early Childhood Caries (ECC) soll in den vergangenen Jahren in Deutschland (stark) zugenommen haben. Den verschiedensten Veröffentlichungen nach liegt die durchschnittliche Prävalenz je nach Region zwischen zehn und 15 Prozent. Dabei konzentriert sich das Erkrankungsrisiko auf Bevölkerungsschichten mit niedrigem sozialen Status: Zwei Prozent dieser Kinder vereinen 52 Prozent der Karies auf sich [1].

Die Frühkindliche Karies gilt als die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter [2, 3]. Allerdings liegen keine validen Daten vor, welche die exakte Krankheitsprävalenz wiedergeben könnten. Nicht zuletzt das Fehlen eines allgemeingültigen Index zur Erfassung des Krankheitsbildes ist u.a. für die sehr eingeschränkte Datenlage verantwortlich [4, 5]. Damit ist ein Vergleich regionaler, nationaler und internationaler Daten aufgrund der Uneinheitlichkeit der verwendeten Indizes nicht ohne weiteres möglich.

Auf Betreiben der American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) wird der Begriff „Early Childhood Caries“ (ECC) für die Bezeichnung der Frühkindlichen Karies empfohlen, der auch in Deutschland mittlerweile sehr gebräuchlich ist [5, 6]. Die Bezeichnung „Nuckelflaschenkaries“ (NFK) ist in Deutschland aber auch noch populär.

Derzeit fehlt eine definierte, bzw. standardisierte altersmäßige Eingrenzung der betroffenen Gruppe, die u. a. als Kleinkinder, Vorschulkinder oder Kindergartenkinder bezeichnet wird. Der Umstand, dass die kindliche Entwicklung nicht zwingend an das chronologische Alter gebunden ist, macht es nicht einfacher, eine valide und allgemeingültige Einteilung, bzw. Eingrenzung kindlicher Entwicklungsphasen – ohne Berücksichtigung des Dentitionsalters – zu definieren [7].

Eindeutig wird aber auf Grundlage der Ergebnisse der aktuellen epidemiologischen Begleituntersuchung der DAJ belegt, dass in Deutschland noch immer annähernd die Hälfte aller eingeschulten Kinder (46,1%) bereits eine Karieserfahrung gemacht hat [8]. Von dem von der Bundeszahnärztekammer e.V. (BZÄK) auf Grundlage der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angestrebten Gesundheitsziel von 80,0% kariesfreien Milchgebissen bei 6- bis 7-Jährigen im Jahr 2020 [9] ist Deutschland somit noch weit entfernt.

Auf internationaler Ebene – insbesondere aus dem angelsächsischen Raum – gibt es mehrere Empfehlungen von Fachgesellschaften zur Prävention der ECC [10-13]. In Deutschland sind das Präventionskonzept der BZÄK und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung e.V. (KZBV) [14] und die Empfehlungen zu

zentralen Inhalten der Gruppenprophylaxe für Kinder unter drei Jahren der DAJ [15] veröffentlicht.

Die Einschätzung der ECC-Krankheitslast in Deutschland stützt sich dabei auf eine Reihe nationaler epidemiologischer Querschnittsuntersuchungen. Diesen Untersuchungen liegt jedoch weder ein einheitlicher Index zur Erfassung der ECC zugrunde, noch wurden Kinder der gleichen Altersgruppe untersucht.

Ein einheitlicher Index ist aus Sicht des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) zur Erfassung und Klassifikation der ECC/S-ECC notwendig, um die Krankheitslast verlässlich auf nationaler, wie auch internationaler Ebene vergleichbar bestimmen zu können.

In diesem Zusammenhang gibt die AAPD wertvolle Hinweise hinsichtlich eines verwendbaren Index, der zudem in aktuellen epidemiologischen sowie klinischen Studien zunehmend Anwendung findet [16-18], (Tab. 1).

Die grundsätzliche Problematik einer 1:1 Übernahme des Index liegt jedoch darin, dass eine flächenbezogene Karieserfassung vorausgesetzt wird, die im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kitas und Schulen durch den ÖGD kaum Anwendung findet. Hier erfolgt die Befunderfassung zahnbezogen.

Eine Erfassung/Dokumentation der S-ECC nach den Altersstufen der 3- bis

5-Jährigen ist gemäß den Vorgaben der AAPD daher nicht ohne weiteres möglich. Aus diesem Grund und weil in einer aktuellen epidemiologischen Untersuchung von Wulaerhan et al. der AAPD-Index zahn- und nicht flächenbezogen angewendet wurde [18], erfolgten Kontaktaufnahmen durch den BZÖG zu mehreren Universitäten sowie zur AAPD.

Es galt abzuklären, inwieweit alternativ eine Einordnung der S-ECC nach Altersstufen und zahnbezogener Dokumentation der Karieserfahrung möglich sei. Tatsächlich soll aber im Ergebnis derzeit nur der sensiblere Flächenbefund zur Einteilung nach ECC und S-ECC verwendet werden.

Ob und inwieweit eine Zuordnung zu den beiden ECC-Formen mittels zahnbezogener Befunde erfolgen könne, soll im Rahmen der Neuauflage der Empfehlungen der AAPD im Vorfeld diskutiert werden, so der Erstautor der „Policy on Early Childhood Caries“ der AAPD.

Bis dahin gilt die Empfehlung des BZÖG, eine ECC/S-ECC-Klassifikation nach der Vorgabe der AAPD zu verwenden, die der Tabelle 2 entnommen werden kann.

Die Anbieter für die im ÖGD verwendeten Programme zur zahnärztlichen Befunderfassung und Dokumentation werden zeitnah kontaktiert, um eine entsprechende elektronische Erfassung zu ermöglichen.

Korrespondenzadresse

Dr. Pantelis Petrakakis
petrakakis@bzoeg.de

- Literatur beim Verfasser -

AAPD Klassifikation der ECC und Severe ECC (S-ECC)		
Befund	Alter	Merkmal
ECC	< 6 Jahre	dmf-s ≥ 1 (auch Initialkaries)
S-ECC	< 3 Jahre	Jedes Anzeichen einer Glattflächenkaries (auch Initialkaries)
S-ECC	3-5 Jahre	Karieserfahrung Glattfläche an Oberkiefer-Frontzähnen oder
	3 Jahre	dmf-s ≥ 4
	4 Jahre	dmf-s ≥ 5
	5 Jahre	dmf-s ≥ 6

Tab.1: Konsentierung des Begriffs „Early Childhood Caries“ (ECC), vormals Nursing Bottle Caries, 1978, sowie Einteilung der ECC nach Drury, 1999 und AAPD, 2014

BZÖG Modifikation der AAPD Klassifikation der ECC/S-ECC			
Befund	Alter	Merkmal	Programm-Algorithmus
ECC	< 6	idmf-s ≥ 1	Jede Karies/Initialkaries im Befund führt dazu, dass ein Kind < 6 Jahre als ein ECC-Fall klassifiziert wird.
S-ECC	< 3	idmf-s ≥ 1 Glattfläche/n	Jede Karies/Initialkaries an einer Glattfläche führt dazu, dass ein Kind < 3 Jahre als ein S-ECC-Fall klassifiziert wird. *Dazu muss eine Angabe des Untersuchers erfolgen, dass es sich um eine Glattflächenkaries handelt.
S-ECC	3–5	dmf-s ≥ 1 Frontzähne Glattflächen/n	Jede (kavitierte) Glattflächenkaries im Oberkiefer führt dazu, dass ein Kind zwischen 3 und 5 Jahren als ein S-ECC-Fall klassifiziert wird, siehe *.
S-ECC	3	dmf-s ≥ 4	Keine Einteilung nach Anzahl betroffener Zahnflächen je Altersstufe
S-ECC	4	dmf-s ≥ 5	
S-ECC	5	dmf-s ≥ 6	

Tab. 2: Empfehlung zur Klassifikation der ECC/S-ECC nach der modifizierten AAPD-Methode

Kathleen Häbler

Möglichkeiten der kleinräumigen Analyse von Daten des Zahnärztlichen Dienstes

Seit fast 20 Jahren werden im Rahmen der Berliner Gesundheitsberichterstattung Daten zur Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen ausgewertet. Erhoben werden diese von den Zahnärztlichen Diensten (ZÄD) der 12 Berliner Bezirksämter. Bisher konnte die Auswertung der Daten nur einrichtungsbezogen und auf Ebene der Bezirke erfolgen. Wie die Analysen der Sozialstruktur für Berlin zeigen, ist ein Blick in die Tiefe des Raumes notwendig, denn innerhalb jedes Berliner Bezirkes gibt es unterschiedliche Pro-

blemlagen. Deshalb ist es besonders wichtig, die Mundgesundheit auch in kleineren Raumebenen zu analysieren. Seit dem Jahr 2014 liegen Daten in einer elektronischen Form vor, die zukünftig kleinräumige Auswertungen zulässt.

Methodischer Einstieg

In Vorbereitung der Analyse wurden die Mundgesundheitsdaten unter Berücksichtigung von Aspekten der statistischen Geheimhaltung getestet, beispielsweise ob

die Fallzahlen pro Raumebene ausreichend sind und welche der Berliner Raumebenen (Lebensweltlich Orientierte Räume (LOR): 12 Bezirke; 60 Prognoseräume mit durchschnittlich ca. 60 000 Einwohnern; 138 Bezirksregionen mit durchschnittlich ca. 25 000 Einwohnern; 447 Planungsräume mit durchschnittlich ca. 7 500 Einwohnern) geeignet ist. Stellt sich dabei die Möglichkeit der Analyse der Daten auf kleineren Raumebenen als der Berliner Bezirke heraus, können die Ergebnisse beispielsweise für die Planung von Präventionsmaßnahmen

genutzt werden. Hierbei spielt die wohnort-bezogene Analyse der Daten eine große Rolle, denn z. B. regelmäßiges Zähneputzen sowie gesunde Ernährung und Inanspruchnahme von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen sind im häuslichen Umfeld verankert. Die räumliche Zuordnung des Kindes erfolgte mittels einer LOR-Kennung. Für die Tests wurden 3 Altersgruppen und 3 Variablen ausgewählt: 3, 6 und 12 Jahre sowie Zahnstatus „kariesfrei“, „behandlungsbedürftig“ und „saniiert“.

Unter Berücksichtigung von verschiedenen Grenzwerten wurden Räume ausgeschlossen, die aufgrund zu geringer Einwohnerzahlen oder Anzahl der Untersuchten zu Verzerrungen führen könnten. Weiterhin wurden Zellen gesperrt, deren Werte <3 sind. Die Werte wurden gleich Null gesetzt, um den gesetzlichen Vorgaben zur Geheimhaltung zu entsprechen (Rückrechnungssperre). Dadurch veränderten sich die Summen in Spalten und Zeilen sowie die entsprechenden Anteile. Mittels statistischer Verfahren wurde nunmehr überprüft, inwieweit diese bearbeiteten Daten von den Originaldaten abweichen und somit für eine kleinräumige Auswertung inkl. Veröffentlichung geeignet wären.

Test-Ergebnisse

Im Ergebnis zeigte sich, dass die kleinste räumliche Ebene (Planungsräume) nur für die Variable „kariesfrei“ auswertbar ist. Auf der nächsten regionalen Gliederungsebene (Bezirksregionen) belegten die Ergebnisse der Tests, dass die bearbeiteten Daten für alle Variablen der 6-Jährigen und teilweise für die 3- und 12-Jährigen geeignet sind. Begründet durch die Größe des Raumes können auf der nächst höheren Ebene (Prognoseräume) alle Variablen zu allen Altersgruppen für eine Auswertung genutzt werden.

Eine erste Beispielauswertung erfolgte auf Ebene der Bezirksregionen. Insbesondere die Betrachtung der Spannbreiten der Werte eines Bezirkes zeigen deutlich die innerbezirklichen Unterschiede auf und damit die Notwendigkeit einer kleinräumigen Analyse der Mundgesundheit (Abb.).

Die Ergebnisse zeigten aber auch, dass nicht alle untersuchten Variablen – aufgrund geringer Fallzahlen in den einzelnen Altersgruppen – auf den kleinsten räumlichen Ebenen genutzt werden können. Alternativ können die Variablen „behandlungsbedürftig“ und „saniiert“ zu einer neuen Variable „Karieserfahrung“ zusammengefasst werden. Dieses Vorgehen lässt nur Aussagen zum Unterschied

zwischen Kariesfreiheit und Karieserfahrung zu. Soll die Aufmerksamkeit auf die Regionen mit Kindern mit zahnärztlichem Behandlungsbedarf gelenkt werden, ist diese zusammengefasste Variable nicht sinnvoll. Hier sollte eher auf die kleinste Raumebene (Planungsräume) verzichtet werden. Aus diesem Grund müsste je nach Zielsetzung und Auswertungskonzept über die Variablenbildung entschieden werden.

Potential der Datensätze

Die Möglichkeit der räumlichen Zuordnung der Datensätze bietet großes Potential für die GBE. In den getesteten Daten erfolgte diese Zuordnung zum Wohnort zur Beurteilung von Maßnahmen, die das häusliche Setting betreffen. Weiterhin kann mittels einer im Datensatz enthaltenen LOR-Kennung der Einrichtung, welche das Kind besucht, eine einrichtungsbezogene Auswertung erfolgen. Mit Hilfe dieser können beispielsweise einrichtungsbezogene Präventionsmaßnahmen wie Modellversuche (Fluoridierungsprogramme) zur Kariesprävention in Kitas und Grundschulen evaluiert werden. Weiterhin sind sie Grundlage für Gesundheitsplanung und für zielgruppenspezifische und auf Sozialräume mit Interventionsbedarf abgestimmte Planung und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie zur Entwicklung neuer Konzepte. Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses können die Daten der GBE zur Erreichung der bundesweiten Mundgesundheitsziele als Referenz und als Instrument zur Messung der Zielerreichung dienen. Eine kleinräumige Auswertung der Berliner Mundgesundheitsdaten ist zum Ende des Jahres 2017 geplant.

Korrespondenzadresse:

Kathleen Häbler MPH

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

Kathleen.Haessler@SenGPG.Berlin.de

- Literatur bei der Autorin -

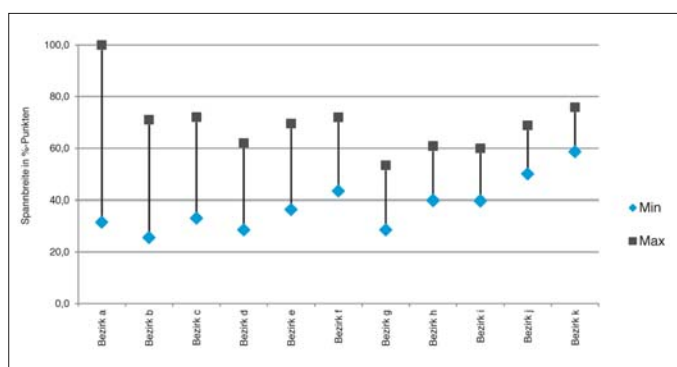


Abb.: Spannweite des Anteils der kariesfreien 6-Jährigen von allen untersuchten 6-Jährigen nach Bezirken (nur 11 Bezirke einbezogen, anonymisiert, sortiert nach Spannweite)

Frank Dietmar Sick, Hendrik Waldmann, Fritz Schultz

Kleinräumige Analyse von Daten des Zahnärztlichen Dienstes der Landeshauptstadt Kiel

Seit 1990 werden im Bereich der Landeshauptstadt Kiel im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Daten zur Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen erhoben und ausgewertet. Grundlagen hierfür sind das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Schleswig-

Holstein (Gesundheitsdienstgesetz-GDG-SH) und die landesweite Rahmenvereinbarung nach § 21 SGB V. Im Bereich der Landeshauptstadt Kiel wird diese Aufgabe vom Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) wahrgenommen. Bisher wurde die Auswertung der Daten wie in Berlin nur einrichtungs-

bezogen und auf der Ebene von sechs sogenannten Sozialzentrumsbezirken vorgenommen. Da sich die festgelegten Sozialzentrumsbezirke über jeweils mehrere Verwaltungsbereiche erstrecken, traten immer öfter Probleme der konkreten Zuordnung von Ergebnissen zu den verwaltungspoliti-

schen Bezirken (Ortsteilen) auf. Um zu gezielten Lösungen von Problemstellungen auf der Ebene der konkreten Lebenswelten zu gelangen, wirkte sich die großflächige Einteilung erschwerend aus. Aus diesem Grund werden seit dem Jahr 2016 alle Daten auf der Basis von 18 Ortsteilen, denen die insgesamt 30 Kieler Stadtteile zugeordnet sind, ausgewertet. In Kiel leben aktuell rund 246.000 Einwohnerinnen und Einwohner, die jeweiligen Ortsteile umfassen dabei rund 5.000 bis 33.000 Personen.

Methodischer Einstieg

Vergleichbar den Berliner Raumebenen, wurden auch in Kiel die Möglichkeiten einer kleinräumigeren Auswertung sowohl auf der Grundlage der Ortsteile, als auch der nachgeordneten 30 Stadtteile unter den vorgegebenen gesetzlichen Voraussetzungen (Landesdatenschutzgesetz Schleswig-Holstein-LDSG-SH und GDG-SH s. o.) geprüft.

Grundlage der Untersuchungen im Schuljahr 2015/2016 waren die Daten der neu eingeschulten Kinder. Der Fokus lag dabei auf den 6-Jährigen, für die die Parameter „(natur)-gesund“ – „Kariesprävalenz“ – „Behandlungsnotwendigkeit“ und „Kariesrisiko“ erfasst wurden. Diese Daten wurden mit den entsprechenden Ergebnissen der Untersuchungen im Schuljahr 2005/2006 verglichen.

Die Zuordnung zu den Ortsteilen erfolgte auf der Basis der jeweils von den Kindern

besuchten schulischen Einrichtung und nicht nach der Wohnadresse. Gerade in sozial belasteten Bereichen ist eine intensive Vorortbetreuung, sowohl der betroffenen Kinder als auch der Eltern und der beteiligten Berufsgruppen (Lehrerinnen/Lehrer, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen) notwendig. Auch wenn die Eltern hauptverantwortlich für die Mundgesundheit ihrer Kinder sind, ist eine häusliche Betreuung durch den zahnärztlichen Dienst weder leistbar noch zielführend. Hier ist das Setting „Schule“ eine wesentlich bessere Plattform für Prophylaxemaßnahmen und die notwendige Einbeziehung der Bezugspersonen.

Ebenso wie in Berlin wurden auch in Kiel Grenzwerte ausgeschlossen, die aufgrund zu geringer Fallzahlen (Einwohnerzahlen oder Anzahl der Untersuchten) zu Verzerrungen führten bzw. aus datenschutzrechtlichen Gründen (Werte <3) nicht berücksichtigt werden konnten. Mittels statistischer Verfahren wurde ebenso überprüft, inwieweit diese bearbeiteten Daten von den Originaldaten abweichen und somit für eine kleinräumige Auswertung inklusive einer Veröffentlichung geeignet wären.

Ergebnisse

Im Ergebnis zeigte sich, dass die kleinräumliche Ebene (Stadtteile) unter Einhaltung der o. a. Vorgaben nicht auswertbar war. Auf der nächsten Gliederungsebene (Ortsteile) konnten alle Variablen für eine Auswertung genutzt werden.

Beispielhaft werden für die Untersuchungsergebnisse „Kinder mit naturgesunden Zähnen“ die fünf Ortsteile innerhalb des Sozialraumbereiches Süd dem Gesamtergebnis des Sozialraumbereiches gegenüber gestellt.

Nach der bisherigen Darstellung würde der Gesamtbezirk Süd einen Durchschnittswert von 65 % an Kindern mit naturgesunden Zähnen ausweisen. Durch die aktuelle, kleinräumige Darstellung wird die Spannweite von 50 % – 73,9 % zwischen den einzelnen Ortsteilen sichtbar und bisherige überdeckte Entwicklungen konnten so sichtbar gemacht werden. Die unterschiedlichen Bedarfe lassen sich jetzt präziser ablesen, Präventionsangebote können zielgerichteter implementiert werden, vgl. Kartenausschnitte 1 und 2.

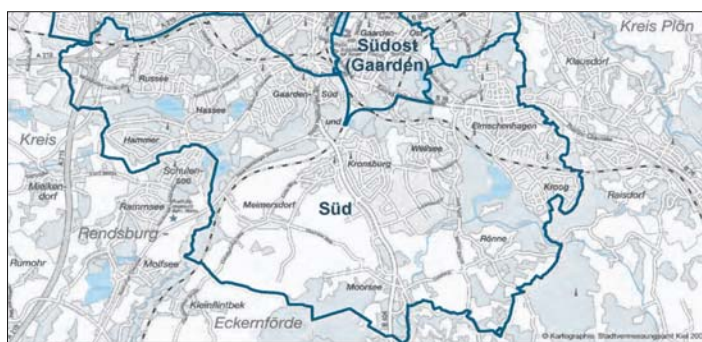
Potential der Datensätze

Eine sinnvolle kleinräumige Auswertung steigert die Aussagekraft der Gesundheitsberichterstattung wesentlich. Gerade in Bezug auf die Beratungsfunktion des Öffentlichen Dienstes für die politischen Entscheidungsträger ist es wichtig, die betrachtete Raumebene den politischen Handlungsebenen (Ortsteile als Ortsbeiratsbezirke) anzupassen. Die Ermittlung sowohl einrichtungsbezogener wie auch genereller Bedarfe innerhalb der betrachteten veraltungspolitischen Strukturen ermöglicht eine effektive Umsetzung, Planung und Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen. Eine direkte Rückkoppelung zu den politisch Verantwortlichen und die sich daraus ergebenden kurzen Wege stellen eine wichtige Grundlage für eine zielführende Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung dar.

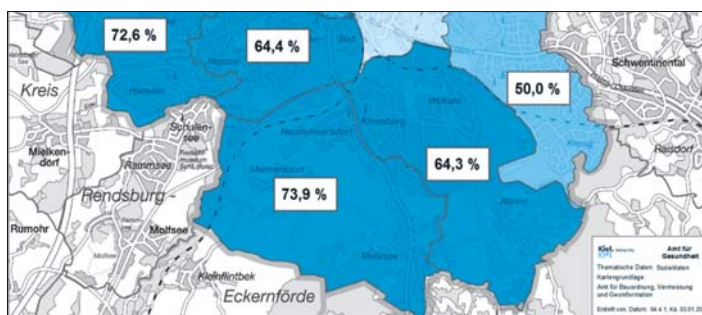
Korrespondenzadresse:

Frank Dietmar Sick
Landeshauptstadt Kiel
Amt für Gesundheit
Zahnärztlicher Dienst
Knooper Weg 75, 24116 Kiel
Telefon: 0431-901-4401
E-Mail: Frank.Sick@kiel.de

- Literatur beim Verfasser -



Karten-ausschnitt 1:
Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen im Schuljahr 2015/2016, **65 %** Sozialraumbereich Süd



Karten-ausschnitt 2:
Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen im Schuljahr 2015/2016 auf der Ebene der Ortsteile

Die Gesundheitsplattform des Landes Brandenburg

Brandenburgs Gesundheitsplattform www.gesundheitsplattform.brandenburg.de stellt Daten und Fakten zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung des Landes Brandenburg vor, erläutert Sachverhalte, nennt Handlungsbedarfe und kommentiert Ergebnisse auch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.

Ziel der Gesundheitsplattform ist es, ein aktuelles Bild des Gesundheitszustandes der Bevölkerung Brandenburgs abzubilden und auf Präventionspotentiale hinzuweisen. Der Fokus liegt dabei auf besonderen gesundheitlichen Problemlagen von Kindern und älteren Menschen sowie den Gesundheitsrisiken, die für beide Gruppen relevant sind.

Ein weiterer Schwerpunkt besteht darin, über Infektionskrankheiten und die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, wie den ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern nach SGB V, zu informieren.

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird auf Basis der Ergebnisse der standardisierten kinderärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen durch die 18 Gesundheitsämter vorgestellt. Sie sind Teil eines umfassenden Gesundheitsmonitorings des Landesamtes für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) und Datenbasis für den Gesundheitszieleprozess „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“. Gesundheitsberichte und Veröffentlichungen des Landes zu medizinischen und zahnmedizinischen Themen können ebenfalls von der Website abgerufen werden.

Über Zeitreihen wird sich mit der gesundheitlichen Entwicklung befasst. Kernstück ist der Vergleich der Indikatoren auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten. Falls möglich, sind die Datentabellen am Indikatorenset für die Gesundheitsberichterstattung der Länder der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) orientiert.

Angaben zur Mundgesundheit mit Ergebnissen des Schuljahres 2015/16

Die Angaben auf der Gesundheitsplattform beziehen die Mundgesundheit ein, denn sie gehört zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Kinder. Es sind valide Basisdaten, die Handlungsbedarfe aufzeigen und für Entscheidungsträger nachvollziehbar und nutzbar sind.

Indikatoren zur Mundgesundheit sind für die 3, 5, 6 und 12 Jahre alten Kinder dargestellt und umfassen Angaben zu den jeweiligen Kariesindizes dmf-t / DMF-T sowie zum Gebisszustand. Veröffentlicht wird für jede Altersgruppe, wie bei allen anderen Themen, der 10-Jahrestrend für Mädchen und Jungen und die regional bezogenen Angaben für das jeweils aktuell abgelaufene Schuljahr. Eine Kommentierung vervollständigt die Tabellenangaben und Kartendarstellungen. Daraus geht hervor, dass es geringfügige Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sowie regionale Unterschiede gibt. Kinder im Berliner Umland haben gesündere Zähne als die Kinder im weiteren Metropolenraum.

Die Mundgesundheit der Kinder hat sich in den letzten zehn Jahren in allen Altersgruppen verbessert (siehe Tab. 1 bis 4).

Im Gesundheitszieleprozess „Gesund Aufwachsen“, wurden für die Drei- und Fünfjährigen Zielstellungen vereinbart, um die Entwicklung der frühkindlichen Karies zu beobachten. Bis zum Jahr 2020 sollen 90% der Dreijährigen und 80% der Fünfjährigen kariesfreie Gebisse haben. Das Auftreten der frühkindlichen Karies soll vermieden und rechtzeitig erkannt sowie behandelt werden.

Die von der WHO festgelegten Altersgruppen der 6 und 12 Jahre alten Kinder beschreiben zu Beginn und zum Ende des Grundschulalters ihren Mundgesundheitszustand. Auch für die Zwölfjährigen gibt es im Land Brandenburg Mundgesundheitsziele. Diese sind bereits erreicht.

Für die Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V sind die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung mit Betrachtung der Entwicklung der Mundgesundheit der Kinder ein Gesetzesauftrag und haben daher eine besondere Relevanz. Die Ergebnisse bilden eine Grundlage für die Fortschreibung des „Prophylaxeprogrammes für das Land Brandenburg“ und den Maßnahmenkatalog des „Bündnis Gesund Aufwachsen“. Auf kommunaler Ebene findet die Gesundheitsberichterstattung Berücksichtigung bei der Ausrichtung der jeweiligen Konzepte für die präventive zahnmedizinische Betreuung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Allen, die an der Erarbeitung und Weiterentwicklung der Gesundheitsplattform unter Bedingungen knapper sächlicher und

personeller Ressourcen sowie struktureller Veränderungen einen Anteil haben, gebührt Dank und Anerkennung für ihr Engagement.

Korrespondenzadresse:

Dr. Gudrun Rojas
 Fachzahnärztin für Kinderstomatologie
 und für Öffentliches Gesundheitswesen
 Leiterin Zahnärztlicher Dienst
 Fachgruppe Gesundheit
 Klosterstraße 14
 14770 Brandenburg an der Havel
 E-Mail: Gudrun.Rojas@stadt-brandenburg.de

- Literatur bei der Autorin -

Anteil der Dreijährigen	2006/07	2015/16
mit kariesfreien Gebissen	83,0%	86,5%
mit sanierten Gebissen	2,6%	2,1%
mit behandlungsbedürftigen Gebissen	14,4%	11,4%
dmf-t-Index	0,63	0,48
untersuchte Kinder	14.525	14.337

Tab. 1: Gebisszustand Dreijähriger im 10-Jahres-Vergleich, Quelle: LAVG

Anteil der Fünfjährigen	2006/07	2015/16
mit kariesfreien Gebissen	56,9%	67,6%
mit sanierten Gebissen	12,6%	10,1%
mit behandlungsbedürftigen Gebissen	30,4%	22,4%
dmf-t-Index	1,87	1,27
untersuchte Kinder	15.132	15.241

Tab.2: Gebisszustand Fünfjähriger im 10-Jahres-Vergleich, Quelle: LAVG

Anteil der Sechsjährigen	2006/07	2015/16
mit kariesfreien Gebissen	46,4%	56,7%
mit sanierten Gebissen	18,1%	15,6%
mit behandlungsbedürftigen Gebissen	35,5%	27,7%
dmf-t-Index	2,31	1,68
untersuchte Kinder	17.453	16.796

Tab. 3: Gebisszustand Sechsjähriger im 10-Jahres-Vergleich, Quelle: LAVG

Anteil der Zwölfjährigen	2006/07	2015/16
mit kariesfreien Gebissen	59,7%	76,3%
mit sanierten Gebissen	29,7%	17,0%
mit behandlungsbedürftigen Gebissen	10,6%	6,8%
DMF-T-Index	1,04	0,51
untersuchte Kinder	10.707	12.023

Tab. 4: Gebisszustand Zwölfjähriger im 10-Jahres-Vergleich, Quelle: LAVG

Pantelis Petrakakis

Aktuelles zu Fluoriden

In der vorliegenden Übersicht werden 20 wissenschaftliche Publikationen vorgestellt, die in den Jahren 2015–2017 veröffentlicht wurden. Untersuchungsgegenstand waren lokale Effekte des Fluorids bei der Therapie und Prävention von Initialkaries/White Spot-Läsionen im Umfeld kieferorthopädischer Brackets, von Sekundärkaries am Füllungsrand sowie akute adverse Effekte bei der lokalen Verabreichung von hochkonzentrierten Fluoridlacken bei Kleinkindern. Systemische Effekte des Fluorids aus dem Trinkwasser wurden in fünf Studien untersucht und die Verabreichung von Fluoridsupplementen war Gegenstand zweier Studien. In zwei weiteren Studien wurden die Rolle des Fluorids bei der Kariesprävention auf Bevölkerungsebene und die individuelle kariespräventive Effektivität eines Fluoridierungsprogramms bei 2- bis 3-jährigen Kindern in der Zahnarztpraxis über einen Zeitraum von drei Jahren untersucht [20]. Im Rahmen der letztgenannten, randomisiert kontrollierten klinischen Studie (RCT) erhielt die Testgruppe zweimal jährlich neben einer zahnärztlichen Untersuchung eine Zahnbürste und Zahnpasta mit 1.450 ppm (!) und die lokale Applikation eines Fluoridlacks (22.500 ppm). Die Kontrollgruppe wurde nur zweimal im Jahr zahnärztlich untersucht. Innerhalb des Beobachtungszeitraums war kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich der Kariesinzidenz zwischen Test- und Kontrollgruppe erkennbar, allerdings konnte in der Kontrollgruppe ein signifikant geringerer dmf-s ermittelt werden. Der Zusatznutzen für die Zahngesundheit im Milchgebiss und die Kosteneffektivität der Intervention wurden als fragwürdig eingestuft. Der Zusatznutzen einer Fluoridapplikation war auch in einer weiteren RCT nicht erkennbar, in welcher der kariespräventive Effekt einer einfachen Mütterberatung zu zahngesunden Verhaltensweisen im Vergleich zur Kombination einer Beratung und der Anwendung eines Fluoridlacks untersucht wurde [13]. Demgegenüber war im bleibenden Gebiss bei der überwachten Anwendung fluoridhaltiger Mundspüllösungen in einem schulischen Setting ein beträchtlicher kariespräventiver Effekt zu beobachten [11]. In Bezug

auf die Public Health-Relevanz des Zähneputzens mit fluoridhaltiger Zahnpasta wurde in einem systematischen Review auf die effektive bevölkerungsbezogene Breitenwirkung dieser einfachen Präventionsmaßnahme verwiesen [18]. Bei White Spot-Läsionen, die im Rahmen kieferorthopädischer Therapien mit fest-sitzenden Brackets auftreten können, fand in den meisten Fällen ein natürlicher Remineralisationsprozess über den Speichel statt, der mittels fluoridhaltiger Zahnpasta beschleunigt werden konnte. In den Fällen, in welchen dieser Effekt nicht eintrat, konnte mittels einer monatlichen Fluoridlackapplikation über einen Zeitraum von sechs Monaten eine erfolgreiche Remineralisation gefördert werden [5]. In einer weiteren Studie war eine Remineralisierung von White Spot-Läsionen durch ein dreimal tägliches Kauen eines fluoridhaltigen Kaugummis über einen Zeitraum von drei Monaten zu beobachten [19]. Die Ergebnisse mehrerer systematischer Reviews zeigten, dass eine Remineralisierung von White Spots mittels Fluoridlack oder Fluoridgel [9], bzw. Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta, Fluoridlack oder Kasein-Phosphaten erzielt werden konnte [10]. Dabei schienen Kombinationen aus Fluorid und Kasein-Phosphaten, bzw. Kasein-Phosphat als alleiniges Agens eine Demineralisation am wirksamsten verhindern zu können. Ein weiterer systematischer Review ergab allerdings, dass aufgrund der derzeit verfügbaren Studien keine Empfehlung für bestimmte Vorgehensweisen bei der Therapie und Prävention von White Spots ausgesprochen werden kann [16]. Daher bestehen Bestrebungen, adhäsive Materialien zur Bracketbefestigung zu verwenden, die über eine kontinuierliche Fluoridabgabe die Entstehung von Initialkaries verhindern können. Die wissenschaftlichen Aussagen zur Wirksamkeit dieser fluoridhaltigen Befestigungsmaterialien sind jedoch widersprüchlich. Während in einer RCT kein kariespräventiver Effekt im Bracketumfeld beobachtet werden konnte [1], wies eine systematische Übersichtsarbeit auf ein reduziertes White Spot-Risiko hin [14]. Bei fluoridhaltigen Glasionomerzementen konnte in ähnlicher Weise ein

signifikant reduziertes Sekundärkariesrisiko im Randbereich von mehrflächigen Füllungen im Vergleich zu fluoridfreien Füllungen ermittelt werden [17].

Während in Deutschland Fluorid nicht unkritisch betrachtet wird, bestehen im angelsächsischen Raum gegenüber Fluorid in Zahnpasta, Lacken oder im Trinkwasser geringere Bedenken, wie aus der bereits vorgestellten RCT ersichtlich wird [20]. Die Verwendung hochkonzentrierter Fluoridlacke wird in einer weiteren Publikation bereits bei Kindern zwischen 0 und 5 Jahren als sichere Präventionsmaßnahme empfohlen. Unterstützt wird die Empfehlung durch die Ergebnisse einer US-amerikanischen Studie, in welcher über einen Zeitraum von drei Jahren keine akuten Nebenwirkungen bei mehr als 2.000 Kindern beobachtet werden konnten [3]. Die Trinkwasserfluoridierung scheint auf Grundlage der Ergebnisse eines systematischen Cochrane Reviews offensichtlich nicht den hohen kariesprotektiven Effekt im Milch- und bleibenden Gebiss aufzuweisen, wie lange vermutet wurde [6]. Allerdings besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Fluoridkonzentration im Trinkwasser und einem Fluoroserisiko [4,12]. Anzeichen für Zusammenhänge zwischen einer chronischen Unterernährung und einem erhöhten Fluoroserisiko bei regelmäßiger Einnahme fluoridhaltigen Trinkwassers waren in einer aktuellen epidemiologischen Studie aus Mexiko zu beobachten [7]. Für Kinder unter 6 Jahren wurden daher zur Reduktion des Fluoroserisikos Fluoridkonzentrationen von 0,6 mg/L im Trinkwasser empfohlen (die Konzentration des Fluorids beträgt normalerweise 1,0 mg/L) [2]. Ein erhöhtes Fluoroserisiko war bei Einnahme von Vitamin D/Fluoridsupplementen während der ersten zwölf Lebensmonate nicht erkennbar. Die systemische Fluoridgabe trug wirksam zu einer Kariesprävention im Milchgebiss bei [8]. Eine Umfrage bei britischen Kinderärzten ergab, dass aktuell weniger Fluoridsupplemente verschrieben wurden, als dies in der gleichen Befragung vor zehn Jahren noch der Fall war. Auch wurde festgestellt, dass der Wissensstand zu Fluoriden weiterhin eingeschränkt ist. Eine bessere Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten und Zahnärzten wurde daher empfohlen [15].

Korrespondenzadresse

Dr. Pantelis Petrakakis
petrakakis@bzoeg.de

- Literatur beim Verfasser -

Nachruf Dr. Jürgen Eisert

Für viele aus den Reihen der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unfassbar, erhielten wir Mitte Dezember 2016 die traurige Nachricht, dass Herr **Dr. Jürgen Eisert** aus Leverkusen im Alter von 57 Jahren verstorben ist.

Trotz seiner vorausgegangenen schweren Erkrankung klingt dieser Satz für mich unglaublich, ganz gleich, ob ich ihn schreibe oder ausspreche.

Vielen Kolleginnen und Kollegen aus den Zahnärztlichen Diensten war Jürgen Eisert durch seine Prüfungstätigkeit im Rahmen der Anerkennung zum Zahnarzt für ÖGW an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf bekannt.

Jürgen Eisert war darüber hinaus seit vielen Jahren Mitglied im Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und bekleidete in der Landesstelle Nordrhein mehr als ein Jahrzehnt das Amt des Schatzmeisters. Für seine verdienstvolle und ehrenamtliche Tätigkeit erhielt er im Jahre 2016 das Bronzene Ehrenzeichen unseres Verbandes.

Beim Schreiben dieser Zeilen habe ich die letzten Gespräche zwischen uns vor Augen, in denen es um die in Nordrhein etablierte Schulung der in der Gruppenprophylaxe tätigen Fachkräfte ging.

Es ist Jürgen Eisert zu verdanken, dass alle in Nordrhein tätigen Prophylaxefachkräfte nach § 21 SGB V eine Basisschulung über acht Tage in einem modularen Aufbau durchlaufen, um aus zahnmedizinischer und pädagogischer Sicht das notwendige Rüstzeug für ihre Tätigkeit in Kindertagesstätten und Schulen zu erhalten. Seit nahezu zwanzig Jahren waren Jürgen Eisert und ich als Seminarleiter und Referenten über diese Tätigkeit eng verbunden und haben auf diese Weise zahlreiche Prophylaxefachkräfte geschult. Jürgen Eisert war einzigartig in seiner Differenziertheit und der persönlichen Zuwendung sowie dem gleichzeitigen Interesse, Vieles um sich herum aufzunehmen und sich dabei für die Menschen wahrhaft zu interessieren. Er war das Gegenteil von Resignation, Satttheit und Bedenkenträgertum, mithin solchen Eigenschaften, die heute viele ergreifen und lähmen. Dies auch bis in seine letzten Tage.

Herausragend waren seine gutachterlichen und fachlichen Kenntnisse und die damit in Verbindung stehende Referententätigkeit, die er – so konnte man meinen – nebenher erledigte. Allerdings nicht nebenher im Sinne von beiläufig, sondern mit dem ihm typischen Stil auf andere Menschen zuzugehen, mit ihnen zu diskutieren und ihnen Sachverhalte nahe zu bringen, die ihn selbst interessierten und begeisterten.

Jürgen Eiserts Tod hinterlässt eine Lücke, die nicht zu schließen sein wird. Natürlich werden andere nachrücken, seine Arbeit fortsetzen und dies wäre auch im Sinne von Jürgen Eisert. Aber bald wird deutlich werden, dass seine Kenntnisse und Arbeit in Verbindung mit der zugewandten Persönlichkeit nichts Selbstverständliches waren. Jürgen Eisert, der seine eigene Person und seine enorme Leistung nie in den Mittelpunkt stellte, hat für andere gearbeitet und sich für sie stark gemacht.

Uns bleibt nur „danke für alles“ zu sagen.

Für den Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Michael Schäfer MPH

67. Wissenschaftlicher Kongress

„Gesundheit für alle“

3. bis 5. Mai 2017 in München


Zahnmedizinisches Programm

Donnerstag, 04.05.2017 · Sitzungen Block I von 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr; Moderation: Frau Dr. Sauerland / Frau Dr. Wempe

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
09:00	Karieserfahrung bei 6- bis 17jährigen Förderschülern des Rhein-Erft-Kreises	Herrn Dr. Schmidt
09:30	Zahngesundheit und Sozialstatus – Ergebnisse einer schulzahnärztlichen Untersuchung Bremer Erstklässler	Herr Becker
10:00	Diskussion	
10:15	Pause	
10:45	Röntgendiagnostik im Kindes- und Jugendalter	Prof. Dr. Jan Kühnisch
11:15	Bivariate Zusammenhangsmaße für zahnärztliche Untersuchungsdaten	Dr. Michael Herzog
11:45	Diskussion	

Donnerstag, 04.05.2017 · Sitzungen Block II von 14:00 Uhr bis 16:30 Uhr; Moderation: Frau Dr. Breitenbach / Frau Dr. Riemer

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
14:00	Evaluation zahnmedizinischer Gesundheitssysteme: Resultate für Deutschland und ausgewählte, hochentwickelte Länder	Rüdiger Saekel
14:30	Schulzahnärzte im NS-System – was wissen wir darüber?	Dr. Wolfgang Kirchhoff
15:00	Diskussion/Pause	
15:30	Mundgesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung	Ines Olmos, MPH
16:00	Postervorstellung	Nach Anmeldung
16:15	Diskussion	

 Delegiertenversammlung BZÖG 16:30 Uhr

Freitag, 05.05.2017 · Sitzungen Block III von 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr; Moderation: Frau Dr. Hantzsche / Herr Dr. Niekusch

Uhrzeit	Vortrag	Referent/in
09:00	Mundgesundheit von Teilnehmern der Nationalen Sommerspiele von Special Olympics Deutschland 2008 - 2016	Dr. Abdul-Razak Bissar
09:30	Verbesserung der Mundgesundheit pflegebedürftiger Menschen im Hochsauerlandkreis	Maria Bomkamp
10:00	Diskussion/Pause	
10:30	Zahnärztliche Prävention in der Pflege - Sinn oder Unsinn?	Dr. Cornelius Haffner
11:00	Erfahrungen mit den Kooperationsverträgen zwischen Zahnärzten und Pflegeheimen	Dr. Harald Strippel
11:30	Diskussion	

Veranstaltungsort: Institutio Cervantes · Veranstaltungssaal, Alfons-Goppel-Straße 7, 80539 München

Registrierung vor Ort: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Pfarrstraße 1–3, 80538 München

Weitere Informationen unter www.bvoegd.de/kongress oder www.lgl.bayern.de/kongress2017

Ansprechpartner: Dr. Uwe Niekusch
Telefon: 0 62 21-5 22 18 46
E-Mail: info@agz-rnk.de