

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



Bundesverband der Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

48. Jahrgang / April 2018 www.bzoeg.de

Orale Erscheinungs-
formen von Seltenen
Erkrankungen

Schulzahnärzte
im NS-System

Begehungen von
Zahnarztpraxen



Zahngesundheit neu zugewanderter Kinder

1.18

Fluoridin N5: Starker Kariesschutz für die Zähne



Fluoridin N5 ist eine 5%ige Natriumfluoridsuspension für die Kariesprophylaxe und wurde speziell für die Anwendung in der Kinderzahnheilkunde entwickelt.

Fluoride sind eine unverzichtbare Säule der präventiv orientierten Zahnheilkunde. Zu den wichtigsten Methoden bei der Kariesprophylaxe zählt deshalb die Applikation fluoridhaltiger Präparate. Ihre kariesinhibierende Wirkung ist bereits seit langem durch diverse Studien eindeutig belegt. Das trifft insbesondere auf das Fluoridpräparat Fluoridin N5 zu, dessen nachhaltige Wirksamkeit gleich von mehreren Studien untermauert wurde.

So wurde beispielsweise im Rahmen einer Zwei-Jahres-Studie bei 288 Kindern im Alter von zwei bis vier Jahren mit nachweislich erhöhtem Kariesrisiko u.a. Fluoridin N5 eingesetzt^[1,2]. Halbjährlich wurde bei 84 Kindern der Gruppe A Fluoridin N5 appliziert (4 Anwendungen), bei 113 Kindern der Gruppe B Duraphat (Colgate) in ebenfalls 4 Anwendungen und bei 91 Kindern der Kontrollgruppe C wurde auf die Applikation eines Fluoridlackes verzichtet. Parallel zur Fluoridapplikation putzten sich die Kinder aller Gruppen täglich unter Aufsicht mit fluoridhaltiger Zahncreme (500 ppm Fluorid) die Zähne und erhielten vierteljährlich Instruktionen zur richtigen Mundhygiene sowie eine Ernährungsberatung.

Nach zwei Jahren standen bei der Untersuchung noch 200 Probanden zur Verfügung (Gruppe A: 60 Kinder, Gruppe B: 76 Kinder, Gruppe C: 64 Kinder). Die Zahl der kariesfreien Flächen war in der Fluoridin N5-Gruppe nahezu unverändert. Dies galt ebenso für die initialkariösen Flächen. Innerhalb der Duraphat-Gruppe stieg die Anzahl

der initialkariösen Flächen um mehr als 20 % und in der Kontrollgruppe ohne prophylaktischen Lack sogar um mehr als 500 %. Im Hinblick auf den Karieszuwachs zeigten beide Fluoridprodukte eine deutlich hemmende Wirkung, die bei Fluoridin N5 bei etwa 57 % gegenüber der Kontrollgruppe bezogen auf dmft und dmfs liegt. Das Studienergebnis überzeugt von der Wirkung der Fluoridanwendung und empfiehlt ihren Einsatz als effiziente und sichere Maßnahme zur Kariesprävention bei Klein-, Vorschul- und Schulkindern.

Fluoridin N5 ist eine Fluorid-Suspension, die beim Auftragen auf die Zähne flüssiger wird und dadurch auch sehr gut schwer zugängliche Regionen erreicht (Fissuren, Interdentalräume, entlang der Ränder von Brackets, Zahnhälse, Kronenränder etc.). Die Fluoride tragen aktiv zum Schutz vor Karies bei, hemmen die Zerstörung des gesunden Zahnes und geben dem Zahn die Widerstandskraft einer gesunden Zahnoberfläche zurück. Nach Applikation der Suspension dringen die Fluoride in den Schmelz ein und entfalten dort ihre langanhaltende Wirkung. Seine Feuchtigkeits-Toleranz macht Fluoridin N5 gerade in der Kinderzahnheilkunde mit Blick auf die Compliance der jungen Patienten zum Fluoridprodukt der Wahl. Er lässt sich auch dann problemlos applizieren, wenn eine Trocknung der zu behandelnden Bereiche nicht oder nur schlecht möglich ist. Bei Kindern punktet Fluoridin N5 nicht zuletzt dank seines angenehmen Himbeergeschmacks.

Die Anwendung des Materials ist ebenso einfach wie sicher. Fluoridin N5 lässt sich ganz leicht mit einem Pinsel oder Schaumstoffpellet auf die kariesgefährdeten Stellen auftragen oder mit Hilfe praktischer Zylinderampullen direkt applizieren. Diese ermöglichen eine exakte Dosierung und punktgenaue Applikation und erlauben so ein sauberes und wirtschaftliches Arbeiten.

Indikationen

- Kariesprophylaxe bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- Unterstützung der Behandlung von Initialkaries
- Behandlung überempfindlicher Zahnhälse

Vorteile

- Sehr gute Benetzung schwer zugänglicher Bereiche (Fissuren, Interdentalräume, entlang der Ränder von Brackets, Zahnhälse, Kronenränder etc.)
- Kann auch auf feuchten Oberflächen aufgetragen werden
- Angenehm fruchtiger Geschmack

Ansprechpartner:

Bernd Brandt, VOCO GmbH - Manager Special Markets, Tel. 0170 7503792, b.brandt@voco.de

Arzneimittelhinweis:

Fluoridin N 5 zur Kariesprophylaxe. Wirkstoff: Natriumfluorid. 1 g Fluoridin N 5 enthält 50 mg Natriumfluorid (entsprechend 22,6 mg Fluorid), Kolophonium modifiziert, Ethanol, Siliciumdioxid, Ethylcellulose, Natriumcyclamat, Saccharin, Farbstoff E 172, Himbeearoma. Anwendungsgebiete: Vorbeugung der Karies, Unterstützung zur Behandlung der Initialkaries. Behandlung überempfindlicher Zahnhälse. Gegenanzeigen: Bei Überempfindlichkeiten gegen einen der Inhaltsstoffe darf Fluoridin N 5 nicht angewendet werden. Bei Personen, bei denen die Kontrolle über den Schluckreflex nicht gewährleistet ist (z.B. Kinder vor der Einschulung, Behinderte), darf Fluoridin N 5 nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden. Nebenwirkungen: Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind keine Nebenwirkungen bekannt. In Einzelfällen sind Überempfindlichkeitsreaktionen (allergische Reaktionen) jedoch nicht auszuschließen. Verschreibungspflichtig.

Literatur:

- [1] A. Borutta, S. Hufnagl, S. Möbius, G. Reuscher: Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 2006, 28, 8-14.
[2] A. Borutta, S. Hufnagl, S. Möbius, G. Reuscher: Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 2006, 28, 103-109.

EDITORIAL



Dr. Brigitte Brunner-Strepp

UNSER MORGEN WIRD ANDERS SEIN,
WENN WIR DAS HEUTE VERÄNDERN!
(ANONYMUS)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
die Landesstelle Niedersachsen freut sich, viele von Ihnen persönlich auf dem 68. Wissenschaftlichen Kongress unserer Verbände in Osnabrück begrüßen zu dürfen. Das Leitthema *Der Öffentliche Gesundheitsdienst – jetzt erst recht!* birgt viel Raum für den fachlichen Austausch und verspricht Motivation für die tägliche Arbeit. So können wir gemeinsam das Morgen mitgestalten und ungleichen Chancen auf Gesundheit tatkräftig begegnen.

In Niedersachsen bestehen gute Voraussetzungen. In allen Landkreisen und Städten wurden Vereinbarungen gemäß § 21 SGB V abgeschlossen. Eine flächendeckende Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ist so machbar. Die niedersächsische Jugendzahnpflege zeichnet sich auch durch die gute Zusammenarbeit aller Akteure aus. Landesarbeitsgemeinschaft, gesetzliche Krankenkassen, Zahnärzteschaft und öffentlicher Gesundheitsdienst, alle Institutionen stellen die Sache in den Mittelpunkt und versuchen partnerschaftlich die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen voranzubringen.

Die Aufgaben wachsen aufgrund der immer jüngeren Kinder in den Einrichtungen und der Zunahme der Kinder mit Migrationshintergrund. Die Präventionsmaßnahmen müssen für die verschiedenen Zielgruppen angepasst werden. Darüber hinaus werden durch die Polarisierung der Karies in den kommenden Jahren noch erhebliche Herausforderungen im Zusammenhang mit der Intensivbetreuung von Kindern mit erhöhtem Erkrankungsrisiko auf uns zukommen. Diese Aufgabe wird sicher nicht leicht, da mit den derzeit schon knappen Personalressourcen weitere Handlungsfelder abgedeckt werden müssen. Aber zugunsten von Intensivmaßnahmen die Basisprophylaxe zu vernachlässigen, würde die bisher erzielten Erfolge zunichtemachen und stellt keine Alternative dar.

Osnabrück lädt ein! Die Stadt ist geprägt von vielfältiger Geschichte; sie spielte eine bedeutende Rolle in der Geschichte Europas. Von der Treppe des Rathauses wurde nach 30 Jahren Krieg 1648 der *Westfälische Frieden* verkündet.

Die Höhenzüge des Wiehengebirges und des Teutoburger Waldes bieten Erholung und Entdeckungsfreude. Im archäologischen Museum im Bramscher Ortsteil Kalkriese wird die *Varusschlacht* im Jahre 9 n. Chr. lebendig.

Das vorliegende Heft 1 · 2018 ermöglicht Ihnen einen Rückblick auf zwei noch nicht veröffentlichte Vorträge des 67. Kongresses. Dr. Wolfgang Kirchhoff greift mit *Schulzahnärzte im NS-System – was wissen wir darüber?* auch für uns eine Fragestellung auf, welcher von ärztlicher Seite mit dem Projekt *Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Zeit des Nationalsozialismus* gemeinsam mit dem *Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin* der Charité Berlin seit 2015

umfangreich nachgegangen wurde. Die Forschungsergebnisse werden in der Zeitschrift *Das Gesundheitswesen* veröffentlicht. Als nächstes Ziel für 2019 ist unter der Leitung von Professorin Dr. Sabine Schleiermacher, Charité Berlin, eine Ausstellung geplant, die auch in den Gesundheitsämtern gezeigt werden soll. In der Publikation des Vortrags *Hygiene in der Zahnarztpraxis – Ergebnisse der Begehungen in Frankfurt am Main* aus dem Kongressprogrammteil *Infektionsschutz* ermöglicht uns Hygienekontrolleurin Angelika Hausemann Einblicke in ermittelte Problemstellungen. Einen aktuellen Gesundheitsbericht zur Mundgesundheit neu zugewanderter Kinder im Landkreis Börde stellen Dr. Dieter Heese und Astrid Bremer aus Sachsen-Anhalt vor. Dr. Angela Bergmann aus Nordrhein berichtet vom ersten nationalen Kongress der Seltenen Erkrankungen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der im Universitätsklinikum Münster am 25. November 2017 abgehalten wurde. Unser Erster Vorsitzender Dr. Michael Schäfer nimmt eingangs Stellung zu *Mundgesundheitskompetenz in Deutschland – die Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes*.

Abschließend wünscht Ihnen die Landesstelle Niedersachsen interessante Kongresstage in Osnabrück mit Gelegenheit zu fachlichen Gesprächen oder zum persönlichen Gedankenaustausch.

Ihre Brigitte Brunner-Strepp

Kontaktadresse

Dr. Brigitte Brunner-Strepp
Am Schölerberg 1
49082 Osnabrück
Tel.: (05 41) 5 01 - 2121
E-Mail: brunner@lkos.de

- 03 Editorial
Brigitte Brunner-Strepp

Verband

- 05 Mundgesundheitskompetenz in Deutschland –
die Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
Michael Schäfer

Berichte

- 06 Orale Erscheinungsformen von Seltenen Erkrankungen
Angela Bergmann
- 09 Zahnmedizinische Untersuchungen von neu zugewanderten
Kindern im Landkreis Börde (Sachsen-Anhalt)
Dieter Heese, Astrid Bremer

Kongressbeitrag

- 12 Schulzahnärzte im NS-System – was wissen wir darüber?
Wolfgang Kirchhoff
- 15 Hygiene in der Zahnarztpraxis – Ergebnisse und Erfahrungen
der Begehungen in Frankfurt am Main, 2015/2016
Angelika Hausemann

Aktuelles

- 22 Motto des Tages der Zahngesundheit 2018
Gesund im Mund – bei Handicap und Pflegebedarf
Grit Hantzsche

IDZ mit neuem Internetauftritt
Grit Hantzsche

Ergebnisse des 15. Kooperationstreffens
Gesundheitliche Chancengleichheit
Grit Hantzsche

- 23 Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland
für Dr. Gudrun Rojas
Petra Haak

Bildrechte:

Titelbild: Alle Bildrechte liegen bei Dr. Michael Schäfer
Artikel Bergmann: Alle Bildrechte liegen bei Dr. Lale Hanisch
Artikel Hausemann: Alle Bildrechte liegen beim Gesundheitsamt Stadt Frankfurt am Main

Impressum

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST 2.17
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. Holger Spalteholz, Chemnitz

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 Jahresschluss.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung
des Herausgebers. Mit Ausnahme der gesetzlich
zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne
Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persön-
liche Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung
des Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

Auflage: 600 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

www.bzoeg.de

Michael Schäfer

Mundgesundheitskompetenz in Deutschland – die Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen ist die einzige, nahezu flächendeckend realisierte Gesundheitsförderungsmaßnahme in Deutschland. Sie erreicht dabei Kinder und Jugendliche aus allen Bevölkerungsschichten und fördert die gesundheitliche Chancengleichheit.

Die Erfolge in der modernen Kariesprävention über die letzten 30 Jahre sind beträchtlich, insbesondere in der bleibenden Dentition. Zu verdanken ist dies u. a. der Einführung der §§ 21 und 22 in das Sozialgesetzbuch V, was im Hinblick auf die Kariesprophylaxe als Meilenstein der sozialgesetzgebenden Regelungen gewertet werden kann.

Die gruppen- und individuenbezogene zahnmedizinische Prävention hat dabei im Laufe der letzten drei Dekaden einen über diesen Bereich hinausgehenden fachlichen Unterbau erhalten, der sich durch Begriffe wie Lebenswelten, Settingansatz und Multiplikatoren beschreiben lässt. Die in vielen Kommunen tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verantworten im Rahmen der gesetzlichen Landesregelungen die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V und nutzen in der Umsetzung ein fachliches Instrumentarium, welches neben zahnmedizinischen auch kindheitspädagogische, pädagogische, entwicklungspsychologische und gesundheitsfördernde Aspekte berücksichtigt. Neben diesen Grundlagen kommt der Kariesprävention dabei ein gesellschaftlicher Trend zur Gesunderhaltung und zu einem gesunden Lebensstil zugute.

Die Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe bedienen sich insbesondere des Settingansatzes, d. h. die Kinder werden aufsuchend in ihren jeweiligen Lebenswelten der Kindertagesstätten sowie der Schulen erreicht und die Botschaften der zahnmedizinischen Prävention werden unter Einbindung der Multiplikatoren (Erzieherinnen und Lehrerinnen) interaktiv vermittelt. Die Grup-

penprophylaxe fördert damit auch die gesundheitliche Chancengleichheit, da mit entsprechenden Maßnahmen auch diejenigen Kinder erreicht werden, die im häuslichen Umfeld Mundgesundheitskompetenzen nicht in ausreichendem Maße vermittelt bekommen.

Die aufsuchende und sozialkompensatorische Betreuung ist dabei das Kernelement in der Arbeit der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und vermittelt über alle Sozialschichten hinweg Kompetenzen im Sinne der (Zahn-)Gesunderhaltung. Berücksichtigung finden dabei in den unterschiedlichen Programmen die zentralen Bedürfnisse der Kinder nach Bindung, Autonomie und Kompetenz. Dabei macht sich die moderne Kariesprävention in der Gruppe die Erkenntnis zunutze, dass im Rahmen der Kompetenzaneignung die Kinder dann begeisterungsfähig und begeistert sind, wenn sie positive Selbstwirksamkeit erleben – wenn sie die Erfahrung mitnehmen, dass sie etwas Neues lernen und es schließlich können. Hier hilft das elementare Bedürfnis nach Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft beim Lernen am Modell, vor allem wenn es darum geht, die Technik des Zähneputzens und damit ein tägliches Ritual einzuüben.

Kinder möchten sich mit Gleichaltrigen identifizieren, mit ihnen zusammen sein, um so an Selbstständigkeit und Entfaltung zu gewinnen. Kinder sollten im Rahmen der Gruppenprophylaxe konkret und anschaulich lernen, einen emotionalen Bezug zur Gesundheit herzustellen. Dabei hilft die Arbeit mit Bildern, Rollenspielen und Interaktion unter Bezug zum eigenen Körper. So entwickelt sich Autonomie,

Selbstständigkeit und Kompetenz. Diesen eingeschlagenen Weg gilt es beizubehalten, zu verfestigen und weiter auszubauen. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung entfalten dann ihre größte Wirksamkeit, wenn sie fachlich fundiert und auf mehreren Ebenen wie Schule (Gruppenprophylaxe) und Familie (Individualprophylaxe) sowie der Gemeinde/Kommune (strukturelle Voraussetzungen) ansetzen.

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen ist die einzige, nahezu flächendeckend realisierte Gesundheitsförderungsmaßnahme in Deutschland. Sie erreicht dabei Kinder und Jugendliche aus allen Bevölkerungsschichten. Also auch diejenigen, die aus vielerlei Gründen benachteiligt sind (sozioökonomisch und/oder psychosozial) und damit einhergehend eine geringeres Inanspruchnahmeverhalten gesundheitsbezogener Dienste aufweisen. Um diese Aufgaben umfassender zu bewältigen, arbeiten mittlerweile zahlreiche Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst in den Netzwerken der Frühen Hilfen mit.

Auf diese Weise finden Familien in schwierigen Lebenslagen bereits aus der Geburtssituation heraus Unterstützung. Denn obwohl die Erfolge der Kariesprävention bei den bleibenden Zähnen immens sind, gibt es doch leidet der frühkindlichen Karies, welches deutlich mehr Kinder aus hoch belasteten Familien trifft. Hier haben Zahnärztinnen und Zahnärzte aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst Programme etabliert, die aufsuchend in den Familien und gruppenbezogen in den entsprechenden Kommunen ansetzen. So

kann die Zahn- und Mundhygiene dauerhaft verfestigt, gleichsam als Norm etabliert und ein Gesundheitsbewusstsein entwickelt werden.

Kinder können das Pflegen ihrer Zähne durch Üben, Bestärken und Nachahmen lernen und dies alles innerhalb von sozialen Bindungen und Beziehungen in einer vertrauten Umgebung. Das stärkt bereits früh ihre Kompetenz zur Gesunderhaltung ihres Körpers. Zahnpflege ist zunächst kein unmittelbares menschliches Bedürfnis, sondern wird als solches in einer Kombination von sozialem, kognitivem und sensomotorischem Lernen sowie kulturell vermittelten Werten erworben.

Hierzu tragen die niedrigschwelligen Maßnahmen der gruppenbezogenen Prävention erheblich bei. Zwar ist bekannt, dass schulische Zahngesundheitserziehung keinen messbaren Einfluss auf die Effektivität des Zähneputzens anhand des Indikators „Zahnbelag“ hat, die Ritualisierung, das Wissen um Zusammenhänge sowie die Entwicklung persönlicher Fertigkeiten bei der Zahnpflege bergen jedoch in ihrer Kombination ein hohes präventives Potential – sie sind ein unschätzbare Gut im Rahmen der Kompetenzentwicklung.

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) vertritt auf Bundesebene die Belange der Zahnärztinnen und Zahnärzte in den kommunalen Gesundheitsämtern. Dazu bedient er sich der Mitgliedschaft und Beteiligung in Institutionen und Orga-

nisationen, die sich für die Verbesserung der Zahngesundheit, insbesondere der Kinder und Jugendlichen, engagieren. Gezielt wird in diesen Organisationen um die vorgenannten Umsetzungs- und Handlungsmaximen geworben. In diesem Zusammenhang führt der BZÖG interne Fortbildungen durch, richtet jährlich einen Fortbildungskongress aus und entsendet Referentinnen und Referenten bundesweit in Kongresse, Seminare, Workshops und Kurse, die sich beispielsweise den Themen Zahngesundheit, Prävention und (Mund-) Gesundheitsförderung widmen.

In Veröffentlichungen und Stellungnahmen legt der Bundesverband seine Positionen dar, beteiligt sich am gesundheitspolitischen Diskurs, wenn es um gruppenbezogene Prävention in allen Altersgruppen geht und bringt seine Expertise in Leitlinienprozesse ein. Mit den „Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ hat der BZÖG ein Instrumentarium geschaffen, das bei qualitätsgesicherter Befundaufnahme mit etablierten Standards die vergleichende Auswertung der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ermöglicht.

Solche Untersuchungen generieren wertvolles Wissen, beispielsweise bei der Überprüfung der Effekte einer Intervention. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst setzen sich somit im Rahmen der von den Kommunen gegebenen Möglichkeiten engagiert für die Förderung der Mundgesund-

heitskompetenz insbesondere bei Kindern, Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten ein. Gesund leben und zahngesund leben sollen als selbstverständliche Handlungsmaximen in den Alltag aller gesellschaftlicher Gruppen integriert werden.

Diese Arbeit erbringen im Rahmen der Zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe viele engagierte Akteure deutschlandweit. In der letzten Dekade sind neue anspruchsvolle Aufgaben zur Arbeit der Zahnärztlichen Dienste hinzugekommen, die ein gut ausgebildetes Fachpersonal erfordern (Ausbau der U3-Betreuung, Inklusion, Integration trotz Sprachbarriere und kultureller Unterschiede). Dem steht entgegen, dass die zahnärztlichen Stellen in den Gesundheitsämtern besonders gerne als Sparpotential angesehen und nur noch mit reduzierter Stundenzahl besetzt werden. Anspruch und Wirklichkeit klaffen damit in vielen Kommunen immer weiter auseinander.

Dieser Entwicklung steht der BZÖG deshalb kritisch gegenüber, da für stundenreduzierte Stellen kaum qualifiziertes Personal zu finden ist und auch eine Weiterbildung zur Zahnärztin/zum Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen deutlich erschwert wird. Unser Verband arbeitet deshalb eng mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen zusammen, um diese Qualifizierung weiterhin sinnvoll anbieten zu können.

Michael Schäfer

Angela Bergmann

Orale Erscheinungsformen von Seltenen Erkrankungen

Wenn weniger als einer von 2.000 Menschen von einer Erkrankung betroffen ist, gilt diese in der EU als selten. Es wird geschätzt, dass es derzeit zirka 6.000 bis 8.000 verschiedene Seltene Erkrankungen gibt – je nach Spezifität der Klassifikation seltener Entitäten.

Wie bereits im Jahr 2010 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE e. V.) im Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) beschlossen, gilt es die Wahrnehmung für die Seltenen

Erkrankungen zu verbessern und den Zugang zu einer geeigneten medizinischen Behandlung/Betreuung zu erleichtern.

In Deutschland sind etwa vier Millionen Menschen von einer Seltenen Erkrankung betroffen. Da Seltene Erkrankungen eine heterogene Gruppe bilden, sehr komplexe Krankheitsbilder haben und die Anzahl an medizinischen Experten begrenzt ist, sind

diese schwer zu diagnostizieren. Durchschnittlich vergehen daher bis zu sieben Jahre, bis eine Seltene Erkrankung diagnostiziert wird. Allen Seltenen Erkrankungen gemeinsam ist ein chronischer Verlauf, der teilweise lebensbedrohlich sein kann und der im Verlauf des Lebens mit Invalidität und reduzierter Lebensqualität einhergeht.

Symptome schon im Kindesalter

Häufig zeigen Patienten mit Seltenen Erkrankungen schon im Kindesalter Symptome. Bei über 50 % manifestieren sich die Symptome jedoch meist erst im Erwachsenenalter, wie etwa bei Huntington-Krankheit, dem Pemphigus vulgaris, der amyotrophen Lateralsklerosen oder dem Kaposi-Sarkom. Eine frühe Diagnose mit der geeigneten Therapie kann zu einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes führen und verhindert körperlich und psychisch belastende Fehltherapien. Je mehr Unterschiede zwischen den einzelnen Krankheitsfällen durch eine differenzierte Untersuchung erkannt werden können, desto genauer kann eine Gesundheitsstörung mit den beschriebenen Symptomen als Krankheit von anderen abgesetzt werden.

200 Seltene Erkrankungen mit Zahnanomalien

Nach der Orphanet-Klassifikation (ROMSE 2017) haben 535 der Seltenen Erkrankungen eine zum Krankheitsbild gehörige orofaziale Manifestation. Neben den Veränderungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich sind nach Orphanet-Klassifikation 200 Erkrankungen mit Zahnanomalien vergesellschaftet. Vor diesem Hintergrund veranstaltete die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Münster (UKM) am 25. November 2017 erstmalig in Deutschland einen eintägigen nationalen Kongress zum Thema „Seltene Erkrankungen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“.

Kongress für orale Erscheinungsformen bei Seltenen Erkrankungen

Nach der Begrüßung durch Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz, dem Leiter der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am UKM und seinem Mitarbeiter und Kongressorganisator Oberarzt Dr. Marcel Hanisch, zeigte Frau Prof. Dr. Agnes Bloch-Zupan von der Universität Straßburg unterschiedliche Phänotypen der Amelogenesis imperfecta und deren genetische Hintergründe auf. Zur Klassifikation wird mittels eines DNA-Kit (GenoDENT) aus einer Speichelprobe des Kindes DNA extrahiert. Ergebnisse sind die für die Amelogenesis imperfecta relevanten autosomal rezessiven oder

dominanten Gene, die je nach hypoplastischem, hypomineralisiertem, hypokalzifiziertem oder zusätzlich mit Taurodontismus vergesellschafteten oralen Erscheinungsbild münden. Es kommt vor, berichtet Frau Prof. Bloch-Zupan, dass in einer Familie aufgrund unterschiedlicher Mutationen der relevanten Gene unterschiedliche Phänotypen der Amelogenesis imperfecta auftreten.

Hinweis auf eine Allgemeinerkrankung

Häufig ist die Amelogenesis imperfecta ein Erscheinungsbild, welches auf andere medizinischen Erkrankungen hinweist. Bisher wurden mutierte Gene für Amelogenesis imperfecta u. a. bei Erkrankungen wie dem Kohlschütter-Tonz-Syndrom,

Allen Seltenen Erkrankungen gemeinsam ist ein chronischer Verlauf, der teilweise lebensbedrohlich sein kann und der im Verlauf des Lebens mit Invalidität und reduzierter Lebensqualität einhergeht.

der Hunter-Krankheit (Mukopolysaccharidose Typ II), bei Augenerkrankungen wie der Photophobie, der Zapfen-Stäbchen-Dystrophie (ZSD), bei Epilepsie, beim Kleinwuchs, bei Störungen des Hörens, des Sehens und der Nase und Taurodontismus identifiziert. Andere zahnmedizinische Diagnosen wie die Hypodontie, Oligodontie oder Anodontie können den Hinweis auf eine Seltene Erkrankung liefern. Neben dem klinischen Befund können die Zahn-Nichtanlagen radiologisch bestätigt werden. Oftmals treten zusätzlich Formanomalien der Zähne auf, radiologisch können Wurzelanomalien imponieren. Sind zusätzlich noch alle Geschwister des Patienten/der Patientin betroffen, verdichten sich die Anhaltspunkte. Zur Diagnose-sicherung können humangenetische Untersuchungen erfolgen.

Kraniosynostosen: Apert-Syndrom

Im Anschluss folgte der Vortrag von Prof. Dr. Ariane Hohoff, aus der Poliklinik für Kieferorthopädie des UKM über die kie-

ferorthopädische Behandlung von Patienten mit Kraniosynostosen. Die Syndrome Crouzon, Apert, Pfeiffer, Muenke und Saethre-Chatzen sind die fünf häufigsten Formen der syndromalen Kraniosynostosen.

Die Inzidenz des Apert Syndroms, auf welches sie sich in ihrem Vortrag konzentrierte, liegt bei vier bis fünf Prozent aller Kraniosynostosen. Diese Kinder haben neben dem typischen sogenannten „Turmschädel“ zu 30 % eine Gaumenspalte. In Folge der hypoplastischen Maxilla ließen sich ein frontaler Kreuzbiss mit einem Überbiss und einer saggitalen Frontzahnstufe beobachten. Nichtanlagen, Retentionen und Verlagerungen von Zähnen treten bei diesen Patienten gehäuft auf. Medizinisch sind außerdem die nicht angelegten Fingergelenke, eine Mittelgesichtshypoplasie mit verlängertem Untergesicht, eine typische Papageiennase und einen Exophthalmus festzustellen.

Die klassische funktionskieferorthopädische Therapie sei bei diesen Patienten kontraindiziert, man arbeite mit kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlungskonzepten. Da die Zahnbeweglichkeit regional eingeschränkt sei und Zähne gegebenenfalls nur mit chirurgischer Unterstützung bewegt werden könnten, würden KFO-Behandlungen bei diesen Patienten im Durchschnitt doppelt so lang wie bei Gesunden dauern und sollten immer in interdisziplinärer Absprache erfolgen.

Prothetik für Patienten mit Zahnunterzahl

Prof. Dr. Petra Scheutzel aus der Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien des UKM berichtete über die mangels Zahn- oder Knochenverankerungsmöglichkeiten komplexen prothetischen Versorgungsstrategien bei Patienten mit Seltenen Erkrankungen. Es bestehe eine Korrelation zwischen der psychosozialen Beeinträchtigung und Anzahl der fehlenden Zähne ihrer Patienten. Die Therapiemöglichkeiten seien abhängig von der Anzahl verbleibender Zähne, dem Alter des Patienten und der Gebiss- sowie der Skelettentwicklung, berichtete sie. Als frühesten Behandlungsbeginn nannte sie das 16. Lebensjahr bei Mädchen und das 18. Lebensjahr bei Jungen. Voraussetzung für den Therapiebeginn sei, dass das Skelettwachstum abgeschlossen ist. Die

Frage nach dem besten Zeitpunkt, der Anzahl und der Art von Implantaten zum Ausgleich der Zahnunterzahl sei noch nicht geklärt, ergänzt Prof. Kleinheinz, dazu gäbe es keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz. Systematisch erläuterte Frau Prof. Scheutzel im Detail anhand der Befundgruppen Hypodontie, Hypo-oligo-dontie und Oligo-ano-dontie die möglichen prothetischen Versorgungskonzepte.

Orale Manifestationen der Sklerodermie

Prof. Dr. Jochen Jackowski von der Universität Witten-Herdecke präsentierte in seinem Vortrag orofaziale Manifestationen der Sklerodermie, die zu den Kollagenosen gehören. Typisch für diese Patienten sind Bindegewebsverhärtungen, die im Frühstadium extraoral durch eine wachsartige Haut und intraoral durch ein verkürztes Zungenbändchen auffallen würden. In weiteren Krankheitsverlauf werde die Haut starrer, es kommt zu Verformungen der Finger (Madonnenfinger) oder einer Einschränkung deren Beweglichkeit (Krallhand) und zu einer Mikrostomie. An der äußeren Haut sowie im Mund sind Teleangiiektasien zu beobachten. Typisch wären auch im Röntgenbild erkennbare erweiterte Parodontalspalte, die nicht mit einer entzündlichen parodontologischen Klinik assoziiert sind. Problem bei diesen Patienten ist, dass nach SGB V Paragraph 28 die Sklerodermie nicht als Erkrankung definiert sei und daher die Kosten für zahnmedizinische Behandlungen theoretisch nicht erstattet werden können. Bei einer guten Dokumentation und Diagnostik falle die Kostenerstattung aber nicht schwer, berichtete der engagierte Prof. Jackowski.

Spezialprechstunde für Seltene Erkrankungen mit oraler Beteiligung

Im anschließenden Beitrag präsentierte Dr. Marcel Hanisch Fallbeispiele aus seiner Spezialprechstunde „Seltene Erkrankungen mit oraler Beteiligung“, welche seit knapp zwei Jahren am Universitätsklinikum Münster angeboten werde. In der Zahnmedizin sind die oralen Erscheinungsformen der Seltenen Erkrankungen wenig bekannt. Die ROMSE-Datenbank (romse.org) verfügt jedoch über eine Auflistung, anhand derer man sich über die

Manifestationen der Erkrankungen informieren könne. Unter den Diagnosen ist dort zu entnehmen, mit welchen systemischen Erkrankungen bestimmte Erscheinungsformen der Seltenen Erkrankungen assoziiert sind.

Anhand von Patientenbeispielen erörterte der Referent Therapielösungen bei Patienten mit Arthrogyriposis multiplex congenita, bei denen neben einer Versteifung der Gelenke auch die Mundöffnung reduziert ist, dem Seckel-Syndrom, bei denen neben Symptomen wie Zwergwuchs und Mikrozephalie Wurzeldysplasien auftreten. Eine weitere Erscheinungsform ist das McCune-Albright-Syndrom, bei dem neben den klinischen Symptomen wie Café-au-lait-Flecken der Haut und typischerweise Auftreibungen am Schädelknochen diese radiologisch als fibröse Knochendysplasien diagnostiziert werden können. Des Weiteren zeigte er den klinischen Fall einer ektodermalen Dysplasie, die jahrelang nicht diagnostiziert worden war (Abb. 1 a-d, siehe Rückseite der Ausgabe). Bei der ektodermalen Dysplasie sind derzeit über 140 verschiedene Formen bekannt, im Fachgebiet des Zahnmediziners treten typischerweise Zahnanomalien auf, dies können u. a. Hypodontie, Oligodontie, Anodontie oder Formanomalien der bleibenden Zähne sein, wobei häufig die Milchzähne normal angelegt sind. Bei multiplen Zahn-Nichtanlagen sollte daher stets eine ektodermale Dyplasie in Erwägung gezogen werden, bei entsprechender Verdachtsdiagnose kann eine konsiliarische Vorstellung in der Spezialprechstunde „Seltene Erkrankungen mit oraler Beteiligung“ erfolgen.

Vom Zahn zum ZNS

Beeindruckende Fälle zeigte auch der nach folgende Referent und Neuropädiater Prof. Dr. Gerhard Kurlmann in seinem Vortrag zum Thema „Vom Zahn zum ZNS – wie geht das?“. Zähne gehören wie das zentrale Nervensystem (ZNS) zum Ektoderm. Veränderungen manifestierten sich in so genannten „Mittellinienzeichen“. Eine gespaltene oder nicht vorhandene Uvula sind typische Mittellinienzeichen, ebenso wie ein einzelner mittlerer Schneidezahn. Zahnschmelzdefekte oder auch Gingiva- und Angiofibrome könnten Hinweise auf eine tuberöse Sklerose geben. Eine entzündungsunabhängige Gingivahypertrophie bei Kindern kann zusätzlich

Hinweise auf eine neurologische Erkrankung geben. Da den Befunden aus der Mundhöhle in der Regel deutlichere medizinische Befunde vorausgehen und nur weitere Anhaltspunkte für eine Diagnose liefern können, werden die Vortragssinhalte von Prof. Kurlmann nicht weiter ausgeführt (Anmerkung der Redaktion).

Das Nachmittagsprogramm wurde mit einem gemeinsamen Vortrag von Jürgen Grunert, dem Vorsitzenden der Deutschen Ehlers-Danlos-Initiative e. V. und der Patientin Karina Sturm eröffnet, die selbst vom Ehlers-Danlos-Syndrom (EDS) betroffen ist. Die junge Frau richtet sich an die anwesenden Zahnärzte, da diese potentiell auch die Ersten sein können, die anhand der typischen Symptome einer überdehnbaren Haut und überbeweglichen Gelenken, wozu auch das Kiefergelenk zählt, einen noch nicht diagnostizierten EDS-Patienten vor sich haben. Bei EDS werden zudem bei vielen Patienten eine unzureichende Wirkung der Lokalanästhesie berichtet, auch können hämorrhagische Diathesen auftreten.

In den anschließenden Vorträgen berichtete zunächst der Münsteraner Humangenetiker Dr. Axel Bohring über die genetischen Ursachen von Veränderungen der Zahnanzahl sowie der zukünftigen Bedeutung in der individualisierten Medizin gefolgt von Dr. Christine Mundlos, Lotsin der ACHSE e. V.), die über europäische Initiativen zu den seltenen Erkrankungen referierte. Im letzten Vortragsblock des Kongresses berichtete Katharina Heuing vom aktuellen Stand der NAMSE und dessen Umsetzung, gefolgt von Dr. sc. hum. Holger Storf zum „se-atlas“ (Versorgungsatlas für Menschen mit Seltenen Erkrankungen). Beendet wurde der Kongress nach dem abschließenden Vortrag durch Dr. Hanisch und Prof. Kleinheinz mit einem Ausblick in die Zukunft: Aufgrund des großen Zuspruchs und des regen Interesses soll der Kongress nun regelmäßig alle zwei Jahre in Münster stattfinden.

Korrespondenzadresse

Dr. Angela Bergmann
E-Mail: bergmanna@gmx.net

Herzlichen Dank für die freundliche Unterstützung durch Dr. Marcel Hanisch, Oberarzt am UKM, Abt. für MKG-Chirurgie.

Dieter Heese, Astrid Bremer

Zahnmedizinische Untersuchungen von neu zugewanderten Kindern im Landkreis Börde (Sachsen-Anhalt)

Hintergrund

Die Analyse der Gesundheits- und Versorgungslage von Menschen mit Migrationshintergrund gewinnt in Deutschland – auch vor dem Hintergrund der Flüchtlingssituation seit 2015 – zunehmend an Bedeutung, so auch in der neuen, „migrationssensiblen“ Gesundheitsberichterstattung und im Integrationsmonitoring. Wenn sich die Berichterstattung auf die Flüchtlingswelle oder danach bezieht, wird derzeit der Begriff *Neuzuwanderer* verwendet. Die hier vorgestellte einjährige Studie (Schuljahr 2016/2017) diente dem Ziel, bei den nach § 21 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (Gruppenprophylaxe) und § 9 Gesundheitsdienstgesetz Land Sachsen-Anhalt (GDG LSA) (Kinder- und Jugendgesundheit) regelmäßig durchgeführten zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Kindereinrichtungen (Kindertagesstätten und Schulen) im Landkreis Börde (Sachsen-Anhalt) zu ermitteln, ob Unterschiede in der Zahngesundheit bei neu zugewanderten Kindern verglichen mit den bisher im Landkreis lebenden Kindern ohne und mit Migrationshintergrund feststellbar sind und wenn ja, wo mögliche Präventionsschwerpunkte liegen.

Methodische Anmerkungen

Im Rahmen der normalen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im Landkreis Börde in den Kindertagesstätten und Schulen wurden zusätzlich zu den üblich gemeldeten Kindern auch die innerhalb der letzten zwei Jahre, seit Sommer 2015, neu zugewanderten Kinder mit untersucht, nicht als Stichprobe einzelner Kindereinrichtungen, sondern als Vollerhebung in allen vorhandenen 223 Einrichtungen bei allen dort gemeldeten bzw. angetroffenen Kindern des Landkreises. Dabei wurden

insgesamt 13.913 Kinder im Alter von 2 bis 13 Jahren untersucht. In dieser Altersgruppe befanden sich 223 Neuzuwanderer (1,6 %).

Laut Statistischem Landesamt hat per 31.12.2016 der Landkreis Börde eine Einwohnerzahl von 172.959. Dazu zählen 4.997 Personen zur ausländischen Bevölkerung und 16.962 zur deutschen Bevölkerung. Von den zur ausländischen Bevölkerung zählenden Personen waren mit 3.239 gegenüber der deutschen Bevölkerung deutlich überproportional 65 % männlich. Seit 2013 stieg der Anteil der ausländischen Bevölkerung im Landkreis Börde kontinuierlich von 1,3 % in 2013 auf 1,8 % in 2014 und weiter auf 2,7 % im Jahr 2015 und 2,9 % in 2016.

Darin nicht mit erfasst sind Personen bei denen die Staatsangehörigkeit nicht geklärt ist und auch nicht solche mit Migrationshintergrund.

Für den Vergleich der Untersuchungsergebnisse zwischen bisher im Landkreis Börde lebenden Kindern ohne und mit Migrationshintergrund und neu Zugewanderten wurden die beiden Altersgruppen 6- bis 7-Jährige und 10- bis 12-Jährige ausgewählt.

Zur Bestimmung der Indikatoren wurden die standardmäßig verwendeten dmf-t-/DMF-T-Werte genommen, welche im Milchgebiss (kleine Schreibweise) oder im bleibenden Gebiss (große Schreibweise) im Durchschnitt die Anzahl der kariösen (d-Decayed), kariös-fehlenden (m-Missing) und kariös-gefüllten (f-Filled) Zähne (t-Teeth) pro Kind beschreiben.

Da in allen Kindereinrichtungstypen untersucht wurde, teilen sich die angetroffenen 113 Neuzuwanderer in die für diese Studie ausgewählten fünf Altersjahrgänge wie folgt auf: Kindertagesstätten 21 Kinder (17 Jungen, 4 Mädchen), Grundschulen 70 Kinder (41 Jungen, 29 Mädchen), Sekundarschulen 20 Kin-

der (16 Jungen, 4 Mädchen), Gymnasien 1 Kind (Junge) und Förderschulen 1 Kind (Junge).

Bei den 6- bis 7-Jährigen wurden insgesamt 2.827 Kinder untersucht, darunter befanden sich 62 neu zugewanderte Kinder (40 Jungen, 22 Mädchen) (2,1 %), und bei den 10- bis 12-Jährigen wurden insgesamt 3.532 Kinder untersucht, darunter waren 51 Neuzuwanderer (36 Jungen, 15 Mädchen) (1,4 %).

Für diese Studie wurden bei den 6- bis 7-Jährigen Zahnstatus sowohl aus den Kindergärten wie auch aus den Grundschulen zusammengefasst und ausgewertet. Auch bei den 10- bis 12-Jährigen sind nicht die Einrichtungstypen sondern übergreifend die Zahnstatuserhebungen eingeflossen.

Somit werden die Zahngesundheitsdaten dieser beiden zusammengefassten Altersgruppen nach den tatsächlichen Altersjahrgängen aller vorhandenen und untersuchten Kinder unabhängig vom Einrichtungstyp erhoben und dargestellt.

Eingeteilt nach Altersgruppen lebten im Landkreis Börde zum 31.12.2016 insgesamt 18.001 Kinder im Alter von 0 bis unter 12 Jahren. In Sachsen-Anhalt und auch dem Landkreis Börde umfasst die Grundschule den ersten bis vierten Jahrgang. Die Jahrgänge ab fünf werden an Sekundarschulen (einschließlich Ganztags-, Gemeinschafts- und Gesamtschulen) und Gymnasien unterrichtet. In den Förderschulen werden Schülerinnen und Schüler aller Schuljahrgänge beschult.

Das Alter der neu eingeschulten Kinder in der ersten Schulklasse lag in Sachsen-Anhalt im Mittel zum Schuljahr 2016/2017 bei 6,6 Jahren [Landesamt für Verbraucherschutz, Gesundheitsberichterstattung, Sachsen-Anhalt].

Der Landkreis Börde hatte im Schuljahr 2016/2017 genau 140 Kindertagesstätten einschließlich den integrativen und Krippen (7.794 gemeldete Kinder,

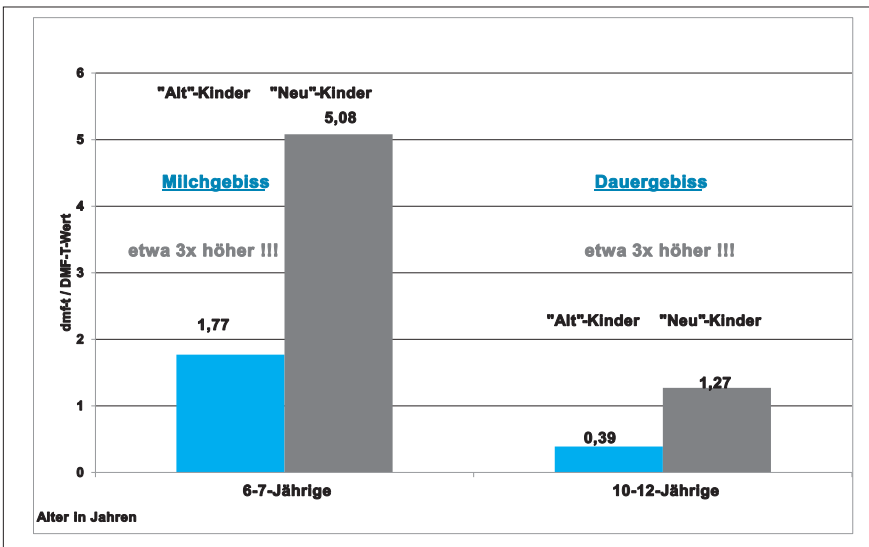


Abb. 1: Vergleich der dmft / DMF-T-Werte bei „Alt“-Kindern und „Neu“-Migranten, Landkreis Börde, Schuljahr 2016/2017

davon wurden 80,0 % untersucht), 51 Grundschulen (6.132 gemeldete Schüler/-innen, davon wurden 93,4 % untersucht), 17 Sekundarschulen einschließlich der Ganztags-, Gemeinschafts- und Gesamtschulen (Klassen fünf und sechs 1.554 gemeldete Schüler/-innen, davon wurden 91,1 % untersucht) und acht Gymnasien (Klassen fünf und sechs 1.242 gemeldete Schüler/-innen, davon wurden 94,8 % untersucht). In sieben Förderschulen wurden insgesamt 508 gemeldete Schülerinnen und Schüler (davon wurden 80,1 % untersucht) unterrichtet.

All diese werden kontinuierlich jedes Jahr durch zwei zahnärztliche Teams, bestehend aus je einem Zahnarzt/-ärztin und zwei Prophylaxefachkräften, entsprechend dem gesetzlichen Auftrag unter-

sucht und mehrfach gruppenprophylaktisch betreut.

In Sachsen-Anhalt ist es üblich, dass die neu zugezogenen Kinder zunächst entsprechend ihrem Lebensalter in die entsprechende Klasse beschult werden und nicht nach ihren mitgebrachten schulischen Kenntnissen und Leistungen, wobei die Sprachproblematik hierbei unberücksichtigt bleibt.

Da eine aufwändige, wissenschaftlich gesicherte Erfassung des Migrationshintergrundes der Kinder bei den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen aufgrund des sehr geringen Zeitkontingents pro Kind ausscheidet, musste ein stark verkürztes Erhebungsinstrument verwendet werden: Konnte aufgrund eingeschränkter Deutschkenntnisse des Kindes eine kürz-

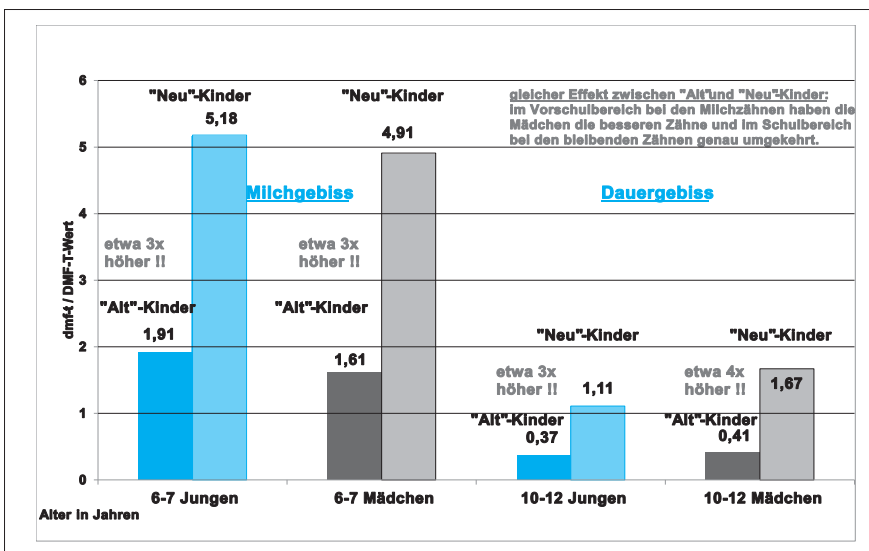
liche Immigration nach Deutschland angenommen werden, so wurden das Kind, die Eltern (wenn anwesend) oder die Erzieherinnen/Lehrkräfte der Einrichtung, in welcher die Untersuchung stattfand, gefragt, ob bei dem Kind tatsächlich ein aktueller Migrationshintergrund vorliegt und wie lange das Kind schon in Deutschland lebt. Zur Gegenüberstellung mit bisher im Landkreis lebenden Kindern ohne und mit Migrationshintergrund wurden die neu zugewanderten Kinder separat gewertet, die zum Zeitpunkt der Untersuchung seit weniger als zwei Jahren in Deutschland gelebt hatten und aus außereuropäischen Staaten stammten.

Zusätzliche Indikatoren wie das Vorhandensein von Versiegelungen als präventive Maßnahme oder verschiedene Erscheinungsformen an den Zähnen, wie z. B. der Melanodontie (Black-Stain-Attack), wurden routinemäßig mit untersucht. Auch Mineralisationsstörungen wie der verstärkt in den öffentlichen und wissenschaftlichen Fokus gerückten Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) wurden ohne Unterteilung von Schweregraden nach dem vereinfachten Ja-Nein-Prinzip mit berücksichtigt und verglichen.

Alle neu zugezogenen Kinder erhielten nach der zahnärztlichen Untersuchung eine Information für die Eltern über den Zustand der Zähne und da wo möglich wurde mehrsprachiges Informationsmaterial mitgegeben.

Auch wurden sie gruppenprophylaktisch mitbetreut. Bei Vorliegen des Einverständnisses der Eltern wurden die Zähne fluoridiert, und es erfolgte eine Ausstattung mit Zahnputzmaterialien, wie Zahnbürste, Zahnpasta und Zahnputzbecher für alle Kinder in den Kindereinrichtungen.

Abb. 2: Vergleich der dmft / DMF-T-Werte der „Alt“-Kinder und „Neu“-Migranten nach Geschlecht, Landkreis Börde, Schuljahr 2016/2017



Ergebnisse

Auffallend war, dass durch den Zuzug von Flüchtlingen im Jahr 2015 und 2016 relativ viele Kinder mit Migrationshintergrund im Landkreis Börde in den Kindereinrichtungen wie Kindertagesstätten und Schulen registriert und angemeldet wurden, aber als dann die zahnärztliche Untersuchung durchgeführt wurde, hatten viele von ihnen schon wieder die Einrichtung gewechselt und/ oder den Landkreis ganz verlassen. Dadurch ist der „Erfassungsgrad“ bei den zahnmedizinischen Untersuchungen (Untersuchte im Verhältnis zu Gemeldeten), welcher bei 86,8 %

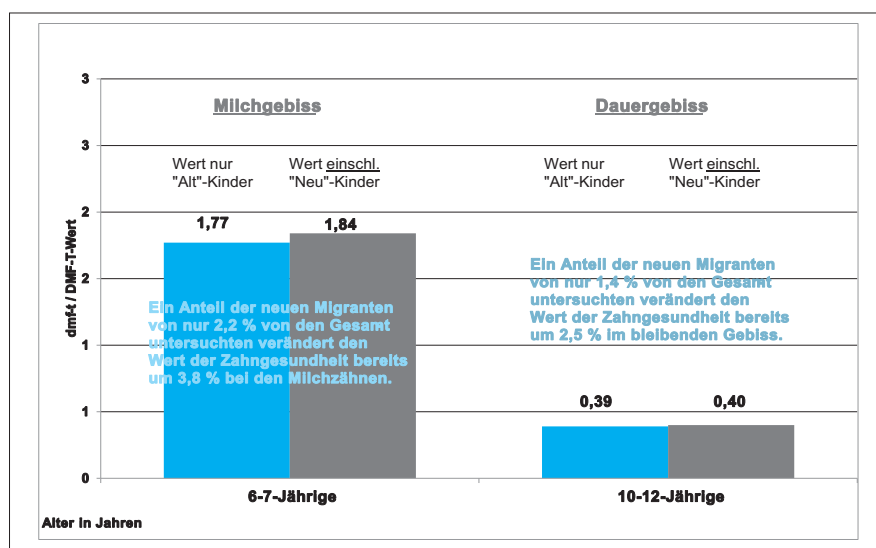


Abb. 3: Einfluss auf die dmft / DMF-T-Werte durch die „Neu“-Migranten Landkreis Börde, Schuljahr 2016/2017

liegt, um etwa 12 % geringer als bei den einheimischen Kindern.

In beiden Altersgruppen lagen bei den Neuzuwanderern jeweils die dmft-t-/DMF-T-Werte der Milchzähne wie auch die der bleibenden Zähne um den Faktor drei höher, d.h. die Neuzuwanderer hatten bezogen auf die Vergleichsgruppe eine dreifach höhere Karieslast (Abb. 1).

Geschlechterspezifisch wurden bei den Neuzuwanderern dieselben Unterschiede in der Zahngesundheit zwischen Jungen und Mädchen festgestellt wie in der Vergleichsgruppe: Im Vorschulbereich wiesen die Milchzähne der Mädchen weniger Karies auf als die der Jungen. Bei den bleibenden Zähnen, zeitlich korrelierend mit dem Beginn des Schulbesuchs, wendet sich die Verteilung der Karies zu Lasten der Mädchen (Abb. 2). Dieses kann dadurch erklärt werden, dass entwicklungsphysiologisch die neuen bleibenden Zähne bei den Mädchen eher durchbrechen und in der Mundhöhle somit eher und länger den schädlichen Einflüssen ausgesetzt sind und eine höhere Expositionszeit für die Entstehung einer Karies haben als es bei den sich später entwickelnden Zähnen der Jungen der Fall ist [Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt Nr. 3 / 2017, S. 4].

Es wurden außerdem Nebenbefunde zu Versiegelungen, Melanodontie (Black-Stain-Attack) und Mineralisationsstörungen wie der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) registriert.

Als Ergebnis zum Umfang von Versiegelungen bleibender Zähne wurde festgestellt, dass die Neuzuwanderer keine Versiegelungen als präventive Maßnahme, wie

in Deutschland üblich, aufwiesen. Hier liegt ein erhebliches Präventionspotenzial. Die mittlere Anzahl der versiegelten bleibenden Zähne betrug bei 6- bis 7-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Schuljahr 2016/2017 genau 0,67 Zähne, bei 12-Jährigen 2,20 Zähne und bei 15-Jährigen 3,39 Zähne [Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt Nr. 3 / 2017, S. 3]. Im Landkreis Börde ist die Versiegelungsquote deutlich höher und liegt bei den 6- bis 7-Jährigen bei 0,70 Zähne und den 12-Jährigen bei 3,20 Zähne.

Bei der Melanodontie waren keine Unterschiede zwischen der Vergleichsgruppe und den Neuzuwanderern zu erkennen: beide Gruppen zeigten diese Ausprägung in gleichem Maße. Im Gegensatz dazu wiesen die Zähne der Neuzuwanderer keine Mineralisationsstörungen wie der MIH auf, welche verstärkt in den vergangenen Jahren in Deutschland beobachtet wird und deren Ursache noch nicht ermittelt wurde. Im Landkreis Börde hatten mit 5,4 % in der Vergleichsgruppe 498 untersuchte Kinder der 6- bis 12-Jährigen Mineralisationsstörungen, mit steigender Tendenz.

Diskussion

Aufgrund der relativ geringen Flüchtlingszahlen in Sachsen-Anhalt und vor allem in den ländlichen Regionen wie dem Landkreis Börde und der oben beschriebenen Fluktuation dieser Flüchtlingszahlen, konnten bei der einjährigen Studie (Schuljahr 2016/2017) nur relativ wenige neu zugewanderte Kinder zahnmedizinisch untersucht werden (insge-

samt 223). Bei der notwendigen Aufgliederung in Alters- und Geschlechtsgruppen ergeben sich teilweise sehr geringe Untersuchungszahlen. Aufgrund der gefundenen deutlichen Unterschiede in der Zahngesundheit sind dennoch alle hier grafisch dargestellten Ergebnisse statistisch signifikant (Chi², mindestens $p < 0,001$). Obwohl die Anzahl der neu zugewanderten Kinder im Landkreis Börde eher gering ist, haben diese durch die dreifach höhere Karieslast einen messbaren Einfluss auf die mittleren dmft-t- bzw. DMF-T-Werte der Gesamtkinderpopulation des Landkreises (Abb. 3).

Die Studie ist so angelegt, dass in den Folgejahren diese und auch weitere neu zugewanderten Kinder beobachtet und verschiedenen Fragestellungen ausgewertet werden können.

Die hier gezeigten Ergebnisse sind insbesondere für den Öffentlichen Zahngesundheitsdienst in zweierlei Hinsicht wichtig:

Erstens muss der Einfluss der deutlich höheren Karieslast von minderjährigen Neuzuwanderern berücksichtigt werden, wenn vor dem Hintergrund der bisherigen langjährigen Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt nun in den Jahren 2015 und 2016 in einigen Regionen eventuell eine Stagnation oder gar Verschlechterung der Zahngesundheit in der Gesamtpopulation der Kinder festgestellt wird. Zweitens zeigen die Ergebnisse einen erheblichen Handlungsbedarf und spezifische Präventionspotenziale bei den Neuzuwanderern auf. Zusätzlich ist zu erwarten und auch schon zu erkennen, dass diese neu zugewanderten Kinder und auch deren Eltern die in Deutschland üblichen zahnärztlichen Präventionsangebote, Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen und die damit verbundenen Kosten durch die Krankenkassen bzw. die Beitragszahler und Gesellschaft aufgebracht werden müssen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. dent. Dieter Heese
 Fachzahnarzt für Öffentliches
 Gesundheitswesen
 Sachgebietsleiter Jugendzahnärztlicher
 Dienst · Fachdienst Gesundheit
 Landkreis Börde · Bornsche Straße 2
 39340 Haldensleben
 Telefon: 03904 / 7240-2565
 E-Mail: dieter.heese@boerdekreis.de
 – Literatur beim Autor –

Wolfgang Kirchhoff

Schulzahnärzte im NS-System – was wissen wir darüber?

Siebzig Jahre nach dem Ende des 2. Weltkrieges ist die Geschichte der Schulzahnärzte sowohl im NS-System als auch in den unmittelbar darauffolgenden Jahrzehnten nur unvollständig erforscht. Das professionelle medizinhistorische Interesse an dieser Berufsgruppe innerhalb der Zahnärzteschaft war bislang marginal. Besonders hinsichtlich der konkreten Darstellung inkriminierender schulzahnärztlicher Tätigkeitsbereiche in der Zeit von 1933 bis 1945 bestehen erhebliche Forschungslücken. Mögliche Zeitzeugen sind verstorben, die entsprechenden Akten der Ämter aus der Zeit bis 1945 blieben ungeöffnet und kamen vermutlich aus Nachlässigkeit oder aus präventiven Gründen in den Schredder. Während grundlegende Daten der Organisation der Kinder- und Jugendzahnheilkunde bereits seit den 1980er Jahren von einigen Autoren [1 - 6] erfasst wurden und es allgemein bekannt ist, dass Schulzahnärzte in den Gesundheitsämtern im Zentrum der Fahndung nach Sterilisationskandidaten standen und sich an „ausmerzenden Maßnahmen“ der Erb- und Rassenpflege beteiligten, sind Akteninhalte hinsichtlich der Merkmale ihrer konkreten Berufsausübung bislang nicht publiziert geworden. Allgemeinpolitische Implikationen zunächst ausgeklammert, gibt es bis heute keine befriedigenden Antworten darauf, warum nach 1945 nicht an die epidemiologisch wirksameren Organisationsstrukturen der Schulzahnpflege vor 1933 angeknüpft werden konnte. Obwohl bekannt ist, dass die niedergelassenen, wirtschaftlich orientierten Zahnärzte im engen Schulterschluss mit den Nationalsozialisten die Liquidierung konkurrierender Einrichtungen, die Änderung der Trägerschaft der Schulzahnkliniken und eine bedeutende Einschränkung des Behandlungsrechts für Schulzahnärzte durchsetzten, lag die mögliche Mitwirkung der schulzahnärztlichen Funktionärssebene bislang außerhalb des medizinhistorischen Interesses [7].

/// *Eugenische Gesichtspunkte spielten in der Medizin der Moderne auch bei den Zahnärzten bereits vor 1933 eine bedeutende Rolle. Insofern traf die massive ideologische Unterstützung der Schulzahnärzte durch die Standes- und Wissenschaftspresse inklusive eigener Verbandszeitschriften auf fruchtbaren Boden.*

Wir können davon ausgehen, dass die überwiegend deutsch-nationale bis nationalsozialistische Grundeinstellung der überwiegenden Mehrheit der Schulzahnärzte der der Amtsärzte zumindest analog war. Es ist anzunehmen, dass der Anteil der Schulzahnärzte, die der NSDAP und oder ihren Paraorganisationen angehörten, bei mindestens 70 Prozent lag; dieser Wert entspricht mehr als dem zweifachen Anteil der NSDAP-Mitgliedschaften der Lehrer, mit denen sie naturgemäß im Kontakt und Austausch standen. Nur einige wenige Berufsverbote für Schulzahnärzte sind ab 1933 aus politischen oder rassistischen Gründen bekannt geworden. Während zum Beispiel Dr. Mosbach aus Frankfurt, der in einem Brief an das Innenministerium gegen die Durchführung der Euthanasie protestiert hatte, 1933 aus „rassistischen Gründen“ entlassen und später in die Konzentrationslager Auschwitz und Theresienstadt verbracht wurde, konnte das SPD-Mitglied Dr. Schwarz, trotz Entlassung als Leiter der Magdeburger Schulzahnklinik im Jahr 1933, nach dem Eintritt in den Reiter-Sturm 12/III der SA bis 1938 weiterhin nebenamtlich als Schulzahnarzt tätig sein.

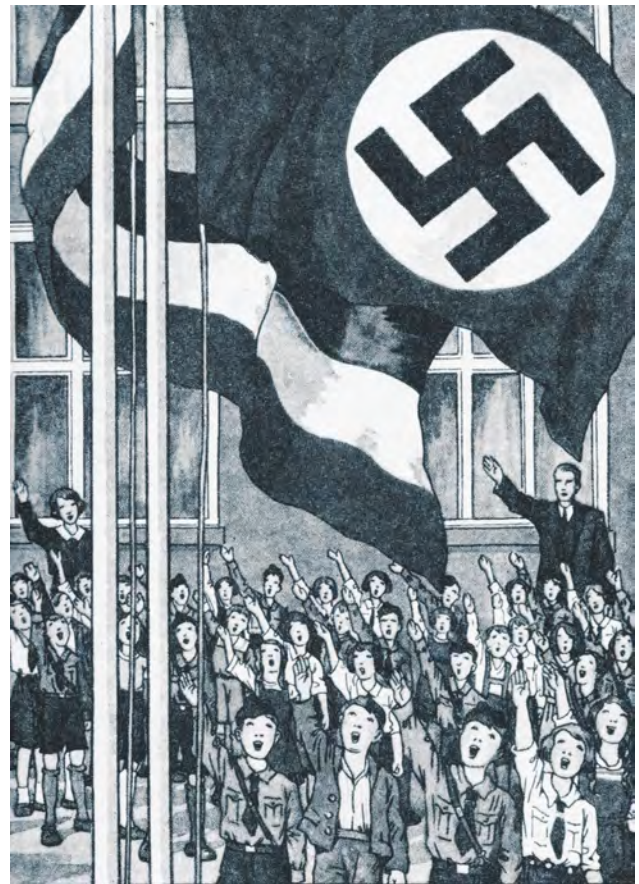
Eugenische Gesichtspunkte spielten in der Medizin der Moderne auch bei den Zahnärzten bereits vor 1933 eine bedeutende Rolle. Insofern traf die massive

ideologische Unterstützung der Schulzahnärzte durch die Standes- und Wissenschaftspresse inklusive eigener Verbandszeitschriften auf fruchtbaren Boden. Im Rahmen des rassehygienischen Konsenses mutierten die objektiven Klassengesätze zu Rassengegensätzen. Die Eliten galten als Träger überlegener Eigenschaften. Vermeintliche biologische Unterschiede rechtfertigten die gesellschaftliche und politische Ungleichheit. Die Wissenschaft bediente sich u. a. des Beispiels der Schulzahnpflege, um die rassistische Auslese zugunsten der Durchsetzung von Ungleichwertigkeit und Vernichtung nicht nur von jüdischen Mitbürgern, sondern auch der von Roma, Sinti oder von Fürsorgezöglingen als medizinische Steilvorlage für die Anwendung der Nürnberger Gesetze zu legitimieren [10, 11]. Als Grundlage der Umgestaltung des Gesundheitswesens mit der Hinwendung zur Durchführung von Massensterilisationen und Euthanasie im Sinne der „Erb- und Rassenpflege“ gelten das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG 1934), das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN 1934) in Verbindung mit dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher (1934). Die gesundheitspolitische Bedeutung der Schulzahnpflege wurde zusätzlich hervorgehoben, als beim Hauptamt für Volksgesundheit eine Abteilung „Zusätzliche Schulzahnpflege“ eingerichtet wurde. In den Gesundheitsämtern und den in sie integrierten Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege liefen die Informationen aus Schulen, Heil- und Pflegeanstalten, Krankenhäusern, Eheberatungsstellen, der Fürsorge, NSV, HJ, BdM, der Strafanstalten und Polizeistationen sowie der Stadt- und Schul(zahn-)ärzte zusammen. Die Beteiligung der Lehrer insbesondere an Sonder- und Hilfsschulen ist evident [8, 9]; es wurde deutlich, dass sich die Lehrkräfte nicht nur an der Einleitung,

Begleitung und teilweise sogar der Durchführung von Zwangssterilisationsverfahren beteiligten, sondern auch an der weiteren „Säuberung“ der Hilfsschulen mitwirkten (Abb. 1). Daraus lässt sich folgende „rassenhygienisch“ wirksame Informations- und Handlungskette ableiten: Lehrer und Schul(zahn-)ärzte – Amtsärzte – Erbgesundheits(ober-)gerichte – Krankenanstalten – Tötungseinrichtungen. Die in Schulen und Hilfsschulen tätigen (Zahn-) Ärzte konnten gegebenenfalls die im Schulunterricht angefertigten Ahnen- und Sippentafeln mit eigenen Erkenntnissen der im Sterilisationsgesetz verankerten Erkrankungen oder sonstigen, gegebenenfalls subjektiven Einschätzungen ergänzen. Aus dieser Datensammlung entstand die wahrscheinlich umfassendste Personendatei der analogen Zeit, die reichseinheitliche „Erbkartei“ mit ca. zehn Millionen Karteikarten [12]. In dieser Kartei wurde, wie es einer der Euthanasieplaner, Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti formulierte, „ein großer Teil der negativen und belastenden Dinge über jeden Deutschen“ erfasst. Insofern eignete sich die Schulgesundheitspflege als Zuträger zur Feststellung ihres Anteils der erbbiologischen Bestandsaufnahme der Kinder und Jugendlichen. Nach Erlass des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses dürften auch für Schulzahnärzte besonders die aktuellen Jahrgänge der Schülerschaft hinsichtlich der Feststellung von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten relevant gewesen sein. Nicht fachgerecht durchgeführte kieferchirurgische und -orthopädische Versorgungen konnten infolge phonetischer Auffälligkeiten einen Lebensweg vorzeichnen, der über die Stationen Hilfsschule und Anstalt schließlich zur Sterilisation und Euthanasie führte [13]. Eine personelle Beteiligung von Schulzahnärzten an den 205 Erbgesundheitsgerichten und 18 Erbgesundheitsobergerichten war nicht vorgesehen. Gleichwohl konnten Gebissbefunde („schlechtes Gebiss“) bei der Unfruchtbarmachung wegen „angeborenen Schwachsinn“ eine Rolle spielen (OLG Frankfurt a. Main / HHStAW Abt. 458 Nr. 1050).

Durch die den Gesundheitsämtern unterstellten Schulzahnkliniken wurde es auch den dort tätigen Zahnärzten ermöglicht, einen effektiven Beitrag zur „negativen Erbpflege“ mit der Fahnung nach Sterilisationskandidaten leisten zu können. Jedem Gesundheitsamt

Abb.1:
Zeitgenössische
Darstellung
(Archiv
Dr. W. Kirchoff)



war ab 1936 mindestens ein Schulzahnarzt zugeordnet worden. Geht man für das Jahr 1939 von etwa 500 hauptamtlichen und etwa 1.500 nebenamtlichen Schulzahnärzten bei einer Gesamtzahl von etwa 10.000 akademischen Zahnärzten in dieser Zeit aus, dann betrug der Anteil der Hauptamtlichen fünf Prozent; addiert man die Nebenamtlichen, erhöht sich der Anteil der Schulzahnärzte an der Gesamtzahl der akademisch ausgebildeten Zahnärzteschaft auf zwanzig Prozent. Ob mit der wachsenden Anzahl der Gesundheitsämter auch die Anzahl hauptamtlicher Schulzahnärzte zunahm, ist bislang ungeklärt. Der Anteil der Schulzahnärzte, der im Rahmen der Hitlerjugend (HJ), der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) oder bei Sonderaktionen in Notstandsgebieten wie der Rhön im Einsatz war, konnte bislang ebenfalls nicht ermittelt werden. Durch den Einsatz von Schulzahnärzten in diesen Bereichen waren nicht nur die jeweils für diese Organisationen rekrutierten Jugendlichen gut zu überwachen, es bestand in ihren Reihen vermutlich auch keine Versorgungsnotwendigkeit von „Minderwertigen“. Es bedarf des medizinhistorischen Nachweises, dass

„der deutsche Schulzahnarzt (nur, W.K.) seine Pflicht getan hat“ wie es der Doyen der Schulzahnpflege, der 1945 pensionierte ehemalige Direktor der Frankfurter Schulzahnklinik und Namensgeber eines Ehrenpreises, Dr. Hans Joachim Tholuck, 1952 formulierte [14] oder ob der „deutsche Schulzahnarzt“ aus ideologisch-nationalsozialistischer Überzeugung über die rein schulzahnpflegerische Pflichterfüllung hinausgehend, einen die Menschenrechte massiv verletzenden Beitrag zur Durchführung von Sterilisation und Euthanasie leistete. Zu klären wäre, ob Schulzahnärzte im übergeordneten „anthropologischen“ Auftrag mit Hilfe von „Anthropometer, Taster- und Gleitzirkel“, einer „zahnärztlich-anthropologischen Aufnahmeliste Kiefer- und Schädeldeformitäten“ vermaßen und kieferorthopädische Befunde an Hilfsschülern erhoben, um gegebenenfalls auch auf diesem Gebiet einen Beitrag für „erbhygienisch“ basierte „Aussonderungen“ zu leisten, wie sie im Rahmen von „rassekundlichen“ Untersuchungen in Dörfern der Rhön und im Vogelsberg [15] nachgewiesen sind.

Für die Nachkriegszeit sind aus der NS-Zeit resultierende, gesundheitspoli-

tisch folgenschwere Sachverhalte ungeklärt. Mit der systematischen Ausschaltung der Basis der sozialen Zahnheilkunde als „marxistisch“ wurde der Bevölkerung ein wesentlicher Teil der Leistungen des Weimarer Sozialstaates entzogen.

Die damaligen diesbezüglichen Publikationen unter genuin schulzahnärztlicher Autorenschaft bedürfen der wissenschaftlichen Auswertung. Welche Funktionen übernahmen die bis 1945 unter nationalsozialistischen Vorzeichen in den Gesundheitsämtern tätigen Schulzahnärzte mit welchen berufspolitischen Vorstellungen in der Bundesrepublik Deutschland? Welche personellen und ideologischen Kontinuitäten innerhalb der Führung der Schulzahnärzte, ggf. dem Druck der niedergelassenen Zahnärzte nachgebend, konnten sich vermutlich zielorientiert und auf verhängnisvolle Weise dahingehend durchsetzen, dass in den Richtlinien des Deutschen Ausschusses für Jugendzahnpflege (DAJ) 1953 das Bonner System, das international sehr erfolgreich reüssieren konnte, mit der fachlich irrationalen Begründung „Der zugleich untersuchende und behandelnde Schulzahnarzt untersteht keiner fachlichen Nachprüfung“ desavouiert oder die durch Fakten widerlegte These „Das Überweisungssystem ist beweglich, anpassungsfähig und leicht einzurichten“ zur Geltung gebracht wurden?

Das erreichte Behandlungsmonopol der niedergelassenen Zahnärzte wurde nach Kriegsende mit katastrophalen zahngesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen für die Bevölkerung von der weitgehend identischen, jedoch „entnazifizierten“ berufspolitischen Elite gesichert und zunächst durch das Gesetz über das Kassenarztrecht von 1955 zum Abschluss gebracht [7]. Welche Gründe waren entscheidend für die bereits 1954 erfolgte Auflösung des Verbandes der beamteten und angestellten Zahnärzte (VDBZ)?

Der Verband hatte sich immerhin aktiv für eine bundesweite Kariesstatistik eingesetzt, also für eine Statistik, auf welche die betroffene Bevölkerung noch Jahrzehnte mit allen Folgen einer ausgebliebenen Versorgungsforschung vergeblich warten musste. Von der Zahnärzteschaft wurden die skandalösen zahnmedizinischen Versorgungszustände in der Bundesrepublik, die knapp 30 Jahre nach Kriegsende 1973 erstmals durch eine Querschnittsstudie der WHO für den

Großraum Hannover dokumentiert wurden [16], nachhaltig tabuisiert und/oder durch die Erfindung einer „Selbstverschuldungslegende“ legitimiert.

Im Vergleich mit den Ländern Australien, Bulgarien, Japan, Neuseeland und

Im Vergleich mit den Ländern Australien, Bulgarien, Japan, Neuseeland und Norwegen wies das westdeutsche System bei den 14-Jährigen den höchsten Anteil unbehandelter kariöser Zähne und unbehandelter Parodontopathien auf; bei den Acht- bis Neunjährigen waren mehr als drei Zähne kariös.

Norwegen wies das westdeutsche System bei den 14-Jährigen den höchsten Anteil unbehandelter kariöser Zähne und unbehandelter Parodontopathien auf; bei den Acht- bis Neunjährigen waren mehr als drei Zähne kariös. Nur zehn Prozent der untersuchten Jahrgänge konnten als zahnärztlich hinreichend versorgt gelten, d. h. zu diesem Zeitpunkt blieben fast 20 Millionen Kinder und Jugendliche völlig oder teilweise unversorgt; durch frühzeitige Zahnverluste wurden zahlreiche Zahnstellungsanomalien begründet. Anfang der 1980er Jahre bemühte sich die Vereinigung demokratische Zahnmedizin (VDZM) zum Teil gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK, dem AOK-Bundesvorstand und dem DGB nicht nur diese desaströsen Ergebnisse zu kommunizieren, sondern erneut alternative Versorgungsformen wie sie z. B. in der Schweiz oder der DDR erfolgreich und bei weitaus geringeren Kosten eingeführt worden waren, wieder ins Gespräch zu bringen [17, 18].

In diese Diskussion epidemiologisch bedeutsamer Strukturfragen schalteten sich die Schulzahnärzte erstaunlicherweise nicht ein, sie standen unbeirrt an der Seite der Organisationen der niedergelassenen, wirtschaftlich orientierten Zahnärzteschaft.

Noch ist die Nachkriegsgeneration Westdeutschlands nicht ausgestorben, die zu einem hohen Preis als Generation der Zahnlosen, der mit Zahnersatz Versorgten in die Geschichte der Versorgungsfor-

schung eingehen wird. Der qualifizierte Versorgungszugang zu Kindern und Jugendlichen bildungsferner Schichten und zu denen mit Migrationshintergrund ist angesichts einer sich vergrößernden sozialen Kluft und dem derzeitigen Flüchtlingsaufkommen heute wichtiger denn je. Im Bereich der Prävention wird der Zugang durch die aufsuchende Betreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe im jeweiligen Setting Kindertagesstätte oder Schule unter starker Beteiligung der Zahnärzte im ÖGD realisiert. Für vulnerable Gruppen existieren bundesweit Programme der Intensivprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Adäquate Einrichtungen wie Schulzahnkliniken mit Behandlungsmöglichkeiten hingegen werden weitestgehend nicht vorgehalten. Eine Ausnahme ist die Dresdner Schulzahnklinik. Behandlungsmöglichkeiten sind in wenigen Gesundheitsämtern vorhanden [19].

In den letzten Jahren, nicht zuletzt aufgrund des Bundeskinderschutzgesetzes und der jeweiligen Gesetzgebung der Länder haben sich kommunale, nachgehende Verweisungsabläufe mit Hilfestellungen und Unterstützungen für die Eltern bei der Inanspruchnahme von Zahnbehandlung für ihre Kinder etabliert [20, 21]. Dessen ungeachtet liegen in sozialen Brennpunkten die Karies-Prävalenzen teilweise bei 40 Prozent. Die Zahnärztlichen Mitteilungen kritisierten diesen Zustand unlängst, weil „zu viele Versorgungsmodelle, die in der Gesundheitslandschaft so nebeneinander her existieren beziehungsweise vor sich hindümpeln, viel Geld kosten“ [22].

Um die offenen Fragen der Schulzahnpflege für den Zeitraum bis 1945 zu beantworten, wäre es wünschenswert, ein entsprechendes Forschungsvorhaben zu veranlassen, nachdem der BVÖGD das Projekt „Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Nationalsozialismus“ 2017 zum Abschluss gebracht hat.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. dent. Wolfgang Kirchhoff
Im Gang 3A, 35043 Marburg

– Literatur bei der Redaktion –

Erstveröffentlichung:
Kirchhoff, W.: Schulzahnärzte im NS-System. In: Groß, D. et al. (Hrsg.): Zahnärzte und Zahnheilkunde im „Dritten Reich“. Eine Bestandsaufnahme. LIT, Berlin 2018, S. 147–167.

Angelika Hausemann

Hygiene in der Zahnarztpraxis – Ergebnisse und Erfahrungen der Begehungen in Frankfurt am Main, 2015/2016

Einleitung

Ziel der infektionshygienischen Überwachung von medizinischen Einrichtungen gemäß § 23 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz (IfSG) durch die Gesundheitsämter ist es, Patienten sowie Mitarbeiter vor potentiellen Krankheitserregern zu schützen und deren „Weiterverbreitung zu verhindern“ [1]. Zudem sollen die Begehungen die Möglichkeit bieten, aufkommende Fragen zu klären, gesetzliche und fachliche Neuerungen mitzuteilen und die Relevanz der Praxishygiene in den Vordergrund zu rücken. Die Verantwortung hinsichtlich der Hygiene liegt beim Praxisbetreiber (§ 1 IfSG Abs. 2) [1].

In Frankfurt am Main führt das Gesundheitsamt seit vielen Jahren risikobezogene und standardisierte Begehungen medizinischer Einrichtungen durch. Seit zehn Jahren werden Zahnarztpraxen routinemäßig oder anlassbezogen durch das Gesundheitsamt überprüft und beraten. Anfänglich erfolgten die Überwachungen zusammen mit der Landeszahnärztekammer Hessen (LZÄK) im Rahmen des *Pilotprojekts Frankfurt 2005* [2; 3]. Insgesamt 127 Frankfurter Praxen wurden projektbezogen begangen. Eine Initialisierung dieses Projektes in ganz Hessen erfolgte dann in den Jahren 2008–2013 gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales und Integration, der LZÄK sowie den zuständigen Gesundheitsämtern [4]. Zusätzlich wurden in Frankfurt 2014–2015 im Rahmen einer Doktorarbeit weitere Begehungen von Zahnarztpraxen (n=41) durchgeführt.

Bei den Begehungen liegt der Fokus auf der Strukturqualität, wie das Vorliegen von Arbeitsanweisungen; von Sachkenntnisnachweisen oder Qualifikationen des Personals, auf den Praxisabläufen,

z. B. Händehygiene und Flächendesinfektion, sowie auf der Aufbereitung zahnärztlicher Medizinprodukte. Grundlage für die Prüfung der Struktur- und Prozessqualität bilden unter anderem die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) zur *Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene* [9] und die Empfehlungen zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten der KRINKO und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) [8].

Die Besonderheit bei zahnmedizinischen Praxen liegt in der Komplexität der Dentaleinheiten sowie der Aufbereitung von speziellem Instrumentarium. Hygienemaßnahmen bedürfen somit großer Aufmerksamkeit durch den Praxisbetreiber und durch die Mitarbeiter. Sowohl für Patienten als auch für das Personal bestehen verschiedene Infektionsgefahren durch Blut- oder Speichelkontakt, indirekt durch den Kontakt zu potenziell kontaminierten Medizinprodukten und anderen zahnärztlichen Produkten sowie durch das Wasser aus den Wasser führenden Teilen der Dentaleinheit. Durch die Einhaltung von wirksamen Hygienemaßnahmen kann diesen Gefahren sicher entgegengewirkt werden.

Methode

Im Zeitraum von Oktober 2015 bis Oktober 2016 wurden 160 Frankfurter Zahnarztpraxen anhand einer standardisierten Checkliste (erstellt im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration) durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes begangen; davon waren 146 Erst- und 14 Folgebegehungen.

Nach einem Vorabgespräch wurde die eigentliche Begehung aller Praxisräume (z. B. Behandlungsräume, Aufbereiteraum, ggf. Labor) durchgeführt, im Anschluss erfolgte ein Abschlussgespräch einschließlich des Ausfüllens und Aushändigens eines Begehungsprotokolls.

Ergebnisse der Hygieneprüfung und Erläuterungen

Verfahrensanweisungen

Zu den wesentlichen Verfahrensweisungen zählen neben den Hygieneplänen, den Reinigungs- und Desinfektionsplänen spezifizierte, an die Praxisabläufe angepasste Standardarbeitsanweisungen zum Beispiel für die Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten (Turbinen, Hand- und Winkelstücke). Es ist von großer Bedeutung, dass derartige Anweisungen auch in der Zahnarztpraxis „gelebt werden“. Dies setzt voraus, dass Verfahrensweisungen für die Mitarbeiter eindeutig und nachvollziehbar verfasst und immer zugänglich sind. Von 160 Zahnarztpraxen hatten 71 % der Praxen einen spezifizierten Hygieneplan und 94 % der Praxen verfügten über einen an die Praxisabläufe angepassten Reinigungs- und Desinfektionsplan. In 66 % der Praxen lagen spezifizierte Standardarbeitsanweisungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten vor.

Behandlungsspektren der Praxen und Risikogruppen bei Medizinprodukten

In den überwachten Zahnarztpraxen reichten die Therapiebereiche von einem *einfachen chirurgischen Spektrum*, d. h. kleine Extraktionen und vorwiegend geschlossene Parodontalbehandlung (PA),

über ein *erweitertes chirurgisches Spektrum*, definiert durch Eingriffe wie Osteotomien, Wurzelspitzenresektionen, Implantationen, geschlossene und offene PA sowie intraorale Inzision, bis hin zu einem umfassenden chirurgischen Spektrum, gekennzeichnet durch Verfahren wie z. B. Sinuslift, und extraorale Inzision sowie durch chirurgische Traumatherapie. Eine Einstufung der Medizinprodukte in Risikogruppen konnte in 79 % der Fälle vorgelegt werden. Davon waren 91 % korrekt als unkritisch, semikritisch A/B oder kritisch A/B spezifiziert. Zur Risikogruppe kritisch zählen z. B. scharfer Löffel; chirurgische Scheren und Extraktionszangen. Beispiele für semikritisch sind Spiegel, Sonde, Pinzette.

Übertragungsinstrumente, die bei chirurgischen Behandlungs-Verfahren eingesetzt werden, sind der Risikogruppe kritisch B zuzuordnen und müssen steril zur Anwendung kommen; d. h. verpackte Sterilisation. Das gilt auch für endodontische Instrumente, die bei invasiven Maßnahmen wie Entfernung der Pulpa eingesetzt werden. Bestimmte Wurzelkanalinstrumente sind laut Herstellerangaben auf eine Anzahl an Anwendungen begrenzt oder es handelt sich um rotierende oder oszillierende Medizinprodukte (z. B. Bohrer; Feilen; Lentulo) mit teils komplexen Oberflächen. Folglich bestehen ebenfalls erhöhte Anforderungen an die Aufbereitung: Einstufung in Risikogruppe B [9]. Verbesserungspotential wird zum Beispiel auch bei der Einstufung und der Aufbereitung von sog. Ultraschallspitzen und Air Scalern, auch Zahnsteinentfernungsgerät (ZEG) -Ansätze genannt, gesehen. Es handelt sich um spitze Instrumente mit einem kleinen Hohlkörper (d. h. Risikogruppe B). Werden diese Medizinprodukte im Rahmen von invasiven Maßnahmen (z. B. chirurgische, paradontologische Behandlungen) beim Patienten eingesetzt, ist neben der Reinigung und Desinfektion eine Sterilisation durchzuführen.

Allgemeine Hygiene – Händehygiene und Schutzmaßnahmen

Neben einer sachgerechten Durchführung des Händewaschens sowie der Händedesinfektion stellt das Tragen von Schutzkleidung eine wesentliche Anforderung dar. Insgesamt waren die Voraussetzungen für die Durchführung einer sachgerechten Händehygiene in annähernd allen Zahn-

arztpraxen gegeben. 97 % der Praxen verfügten über ein vom Verbund für Angewandte Hygiene (VAH) gelistetes Händedesinfektionsmittel; in 93 % der Fälle wurde dieses im Originalgebinde eingesetzt. Schutzkleidung wie nicht gepuderte Untersuchungshandschuhe waren in 100 %, Schutzbrillen/Gesichtsvisiere in 99 %, Mund-Nasen-Schutz in 100 %, Schutzkleidung (Kittel) in 96 % und flüssigkeitsdichte Schürzen für die Instrumentenaufbereitung in 79 % der Praxen vorhanden. In allen Praxen, in denen eine manuelle Aufbereitung von Medizinprodukten stattfand, wurden flüssigkeitsdichte und langstulpierte Schutzhandschuhe getragen. In Praxen, in denen erweiterte oder umfassende chirurgische Spektren angeboten werden, waren sterile OP-Handschuhe vorhanden (93 %). Besonderes Augenmerk wurde auf das Tragen von Hand- und Unterarmschmuck (Ringe; Armschmuck) sowie auf das Tragen von künstlichen d. h. lackierten/lack- bzw. gelverstärkten Fingernägeln beim Praxispersonal gelegt. In einzelnen Fällen war das der Fall. In 21 % der Praxen erfolgte die Aufbereitung von kontaminierter Arbeitskleidung/Schutzkleidung der Beschäftigten entgegen den Technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe (TRBA) [5] durch das Personal zu Hause.

Flächenaufbereitung

Alle 160 Praxen gaben an, sämtliche Hand- und Kontaktflächen sowie patientennahe Oberflächen nach jeder Behand-

lung zu desinfizieren bzw. eine arbeits-tägliche Desinfektion aller Flächen durchzuführen. Eine Flächenaufbereitung wurde in allen Zahnarztpraxen mittels eines VAH-gelisteten Präparats umgesetzt. In der Regel erfolgte die Aufbereitung von Oberflächen wie etwa der Dentaleinheit als Scheuer-Wisch-Desinfektion, überwiegend mittels vorgetränkter Desinfektionsmitteltücher. Bei schwer erreichbaren Oberflächen wurden teilweise noch Sprühverfahren eingesetzt. Die Reinigung und Desinfektion der Fußböden erfolgt in den meisten Praxen durch Reinigungspersonal. Zur Bodenreinigung wurden entweder wiederaufbereitbare Boden-Tücher oder Einweg-Tücher eingesetzt.

Medizinproduktaufbereitung

In zahnärztlichen Praxen erfolgt die Aufbereitung von teils sehr filigranem Instrumentarium mit besonderen Anforderungen. Hierbei ist es wichtig, dass die Voraussetzungen für die Aufbereitung in der Praxis erfüllt sind. Regeln für die Aufbereitung von zahnärztlichem Instrumentarium finden sich neben den genannten Empfehlungen der KRINKO und des BfArM im *Gesetz über Medizinprodukte* (Medizinproduktegesetz – MPG) und in der *Medizinprodukte-Betreiberverordnung* (MPBetreibV) [6; 7; 8].

Eine wesentliche Voraussetzung ist die Qualifikation des mit der Medizinproduktaufbereitung betrauten Personals. In knapp 84 % der Praxen konnte diese

Abb. 1: Zu eng bemessene Verpackung





Abb. 2: Zu eng bemessene Verpackung

gesetzlich geforderte Qualifikation zum Zeitpunkt der Begehung nachgewiesen werden.

Herstellerangaben zu Geräten, die im Aufbereitungsverfahren eingesetzt wurden, waren in 92 % der Praxen vorhanden. Die bauliche Voraussetzung zur Aufbereitung von Medizinprodukten war in 83 % der Praxen gegeben; davon hatten 30 % der Fälle getrennte Räumlichkeiten (unrein/rein) und 70 % der Fälle eine Trennung von unreinem und reinem Bereich. In einer Praxis erfolgte die Aufbereitung (Pflege/Ölung) der Übertragungsinstrumente im Raum der Personal-Toilette. In 81 % der Fälle war eine ausreichende Beleuchtung zur Durchführung der Medizinproduktaufbereitung gegeben. In knapp 73 % der

Praxen wurde eine optische Vergrößerungshilfe (Lupe) zur Überprüfung der zahnärztlichen Instrumente eingesetzt.

Nach MPBetreibV § 4 Abs. 2 hat die Aufbereitung von Medizinprodukten, die „bestimmungsgemäß keimarm oder steril“ am Patienten angewendet werden, durch validierte Verfahren zu erfolgen [7], nach Empfehlung der KRINKO und des BfArM, vorrangig mittels maschineller Verfahren [8]. Durch eine Validierung soll belegt werden, dass die in der Praxis installierten Geräte (z. B. Sterilisator; Reinigungs- und Desinfektionsgerät) einwandfrei betrieben werden und die Aufbereitungsverfahren korrekt funktionieren und angewendet werden. Des Weiteren ist gefordert, dass Über-

tragungsinstrumente thermostabil sein müssen [9].

Mehr als die Hälfte (59 %) der Zahnarztpraxen setzen ein Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) und ggf. einen Kombinations-Autoklaven ein. In nur 22 % der Fälle war vorab eine Validierung des maschinellen Aufbereitungsverfahrens durchgeführt worden. In 47 % der Praxen wurde zusätzlich ein Ultraschallgerät zur Instrumentenaufbereitung eingesetzt. Eine mindestens einmal wöchentlich dokumentierte Testung zur Prüfung der Schallleistung konnte in 55 % der Fälle nachgewiesen werden.

Eine ausschließlich manuelle Reinigung und Desinfektion von zahnärztlichem Instrumentarium erfolgte in 41 % der Praxen. Diese wurde ausnahmslos in einer dafür vorgesehenen Instrumentendesinfektionsmittel-Wanne mit Deckel durchgeführt. In 3 % der Fälle wurde die Desinfektionsmittel-Lösung nicht nach Herstellerangabe angesetzt d. h. mit falscher Konzentration. In einigen Praxen erfolgte sowohl eine manuelle als auch eine teil-/maschinelle Instrumentenaufbereitung.

Wenn vorhanden, wurden zerlegbare Medizinprodukte wie etwa chirurgische Übertragungsinstrumente im Aufbereitungsprozess in fast allen Praxen demontriert. Es gab Praxen, die die als Einweg deklarierten Medizinprodukte (z. B. Polierkelche/-bürstchen; Matrizenbänder) erneut aufbereiteten und am Patienten einsetzten. Einwegprodukte sind in der Regel mit einer durchgestrichenen „2“ markiert.

Eine Kontamination des Inneren der Übertragungsinstrumente durch etwa den Rücksog von Kühl-/Spraywasser ist nicht auszuschließen [9; 10]. Um eine Übertragung von Krankheitserregern durch Hand- und Winkelstücke sowie Turbinen weitestgehend zu vermeiden ist eine sachgerechte und sorgfältige Aufbereitung nach jeder Benutzung sicherzustellen. Nur 31 % der Praxen wendeten dabei maschinelle Aufbereitungsverfahren [RDG; Kombinations-Autoklav (4 %)] an. Hier zeigte sich, dass ein periodischer Austausch bzw. eine geregelte Reinigung von Filtern nicht in allen Praxen umgesetzt wurde. Bei der Nutzung des manuellen Aufbereitungsverfahrens (69 %) fiel auf, dass nur 62 % der Praxen dazu die zugelassenen, zertifizierten Produkte und herstellervorgegebenen, passenden Adapter benutzen. Außerdem sind bei Übertragungsinstrumenten alle vier Aufberei-

Abb. 3: Zu eng bemessene Verpackung



tungsschritte, d. h. Spülung, Reinigung, Desinfektion und Trocknung einzuhalten, siehe Untersuchungen zur Validierung der manuellen Reinigung und Desinfektion von als „kritisch B“ eingestuftem zahnärztlichen Übertragungsinstrumenten im Rahmen der Aufbereitung, durchgeführt von der TU Dresden im Auftrag der Zahnärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein sowie der Bundeszahnärztekammer im Zeitraum vom 1. Mai 2012 bis zum 30. April 2013 (MAZI-Studie). In einigen Praxen fand keine sachgerechte und ausreichende Reinigung und Desinfektion von Übertragungsinstrumenten sowie von ZEG-Ansätzen statt. Vereinzelt wurde bei den Begehungen beobachtet, dass das Aufstecken von ZEG-Ansätzen auf die Adapter im RDG nicht immer problemlos umzusetzen war.

Ein Heißsiegelgerät war in 93 % der Praxen vorhanden und die routinemäßige Testung der Schweißnaht wurde in 71 % der Praxen dokumentiert durchgeführt. Der häufigste Fehler bei der Verpackung von Medizinprodukten zeigte sich beim Abmessen und Zuschneiden der Folien (Abb. 1–3); der Platz zwischen innerer Siegelnaht und dem Instrument muss mindestens 3 cm betragen [8]. Außerdem wurde häufig festgestellt, dass (invasive) endodontische Medizinprodukte, bei denen eine sterile Anwendung am Patienten vorauszusetzen ist, nicht steril verpackt waren. Teilweise wurden auch nicht geeignete Behälter zur Aufbereitung im Sterilisator eingesetzt, d. h. ohne ausreichende Öffnung, sodass hier die Durchdringung mit Dampf nicht sichergestellt werden konnte.

In 158 Zahnarztpraxen erfolgte die Sterilisation in einem Typ-B-Sterilisator (in zwei Praxen: Typ-S- bzw. Typ-N-Sterilisator). In 26 % der Fälle fand die Medizinprodukteaufbereitung mittels validierten Sterilisationsverfahren statt. Viele Zahnarztpraxen autoklavieren sowohl Instrumente der Risikogruppe kritisch als auch semikritisch. Auf Nachfrage gaben sie an, damit „auf der sicheren Seite zu sein“. In einigen Praxen wurden steril am Patienten zur Anwendung kommende Instrumente nicht sachgerecht aufbereitet (z. B. keine zugelassene Verpackung; mangelhafte Aufbereitung von chirurgischen, langlumigen und nicht vollständig einsehbaren Saugern); eine Patientengefährdung war somit nicht auszuschließen. Auch wurden Instrumente mit undefinierbaren, teils deutlichen Ablagerungen registriert.

Eine lückenlose und chargenbezogene Dokumentation erfolgte in 73 % der Zahnarztpraxen. Dem gegenüber stehen Praxen mit Mängeln bei der Dokumentation von Chargen oder bei Routineprüfungen, wie für das Mitführen des Prüfkörpers (d. h. PCD process challenge device) oder das Umschlagen/Nichtumschlagen des Indikators. Außerdem wurde das Fehlen von Freigabeentscheidungen beanstandet.

In einer Praxis bestanden umfangreichere Mängel. Das mit der Medizinprodukteaufbereitung betraute Personal hatte keine notwendige Qualifikation. Das Instrumentarium war verunreinigt. Übertragungsinstrumente wurden nicht aufbereitet. Es konnten keine Verfahrensweisungen zur Instrumentenaufbereitung, keine ausreichende Desinfektion des Instrumentariums und kein Nachweis über eine gültige Wartung des Sterilisators nachgewiesen werden. Es war keine Validierung durchgeführt worden. Bei zahnärztlichen Materialien (z. B. Komposite) war die Haltbarkeit weit über den Herstellerangaben abgelaufen.

Trinkwasser und Filter

79 % der Praxen verfügten über einen sog. Haus- oder PraxiseingangsfILTER in der Trinkwasserinstallation. Der Filter hat die Aufgabe, dass aus dem Stadtnetz ankommende Wasser zu filtern (z. B. Sedimente). In 79 % der Fälle wurde der Wasser-

filter regelmäßig gewartet, d. h. rückgespült oder der Filter wurde nach Herstellerangabe ausgetauscht. 27 % der Praxen verfügten über eine Trinkwasser-Aufbereitungsanlage.

Dentaleinheiten

In 83 % der Praxen wurden die Dentaleinheiten einer regelmäßigen technischen Wartung unterzogen. Die Wartung der Dentaleinheit ist nach Herstellerangaben durchzuführen. 99 % der Praxen konnten eine Bedienungsanleitung der Dentaleinheit vorlegen. Bei zahnärztlichen Behandlungen kommt es meistens zu Kontakt zwischen Wasser und (nicht intakter) Mundschleimhaut. Die Übertragung von Krankheitserregern durch potentiell kontaminiertes Wasser, z. B. durch Aerosolbildung ist zu vermeiden [9]. Regelmäßiges Spülen der Wasser führenden Teile ist von großer Bedeutung, um potentielle Mikroorganismen auszuspülen und damit einer mikrobiellen Kontamination entgegenzuwirken. Aktuelle mikrobiologische Untersuchungsbefunde des Wassers aus der Dentaleinheit konnten in 93 % der Praxen vorgelegt werden. Hierbei wurde das Betriebswasser, aus mindestens einem Kanal (einer Entnahmestelle) an jeder Behandlungseinheit, auf die Einhaltung der Richtwerte (Koloniezahl bei 36° C 100 KBE/ml; Legionellen unter 1 KBE/ml) überprüft. In einzelnen Fällen zeigten sich Überschreitungen. Eine Spü-

Abb. 4: Abluft-Rohr (nach innen) einer Absauganlage



lung der Dentaleinheiten und somit der Wasser führenden Teile (z. B. Übertragungsinstrumente mit Medienversorgung, d. h. Luft und Wasser), werden in 94 % der Praxen vor Behandlungsbeginn und in 96 % der Fälle nach jeder Behandlung durchgeführt. Alle Zahnarztpraxen gaben an, mit Ende des Arbeitstages das Wasser führende System der Einheiten nach Herstellerangaben zu spülen.

Absauganlagen und Kompressoren

Auch wurden bei den Begehungen die Kompressoren und die Absauganlagen angesehen und Mängel erfasst. Diese Anlagen befinden sich meistens in den Kellerräumen einer Zahnarztpraxis (ebenfalls die Kompressoren), aber auch im Außenbereich auf dem Balkon oder unmittelbar in den Praxisräumen in einer dafür vorgesehenen Vorrichtung oder einem kleinen eigenen Raum. Wichtig ist hierbei, dass diese Geräte entsprechend den Herstellerangaben gewartet und wenn erforderlich, auch die Filter gewechselt werden. Die Abluft der Anlage muss nach außen entweichen können. In einigen Praxen wurden nicht korrekt installierte Absauganlagen und deren Abluftführung nach innen auffällig (Abb. 4; 5). In einem Fall befand sich eine nicht sachgerecht installierte Absauganlage im Aufbereitungsraum der Praxis; diese Anlage leitete die Luft nicht ab, sondern in den selben Raum.

Entsorgung von Abfällen

In allen Zahnarztpraxen wurden spitze, scharfe und zerbrechliche Gegenstände (z. B. Kanülen; Skalpelle usw.) sogenannte sharps in durchstich-/bruchsicheren und verschließbaren Behältern gesammelt und anschließend entsorgt. Handberührungsfreie Abfallbehälter (z. B. Fuß-/Kniebedienung; Sensor) waren in allen Praxen vorhanden.

Diskussion, Maßnahmen und Schlussfolgerungen

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Begehungen der Zahnarztpraxen in Frankfurt am Main eine gute Hygiene. Dennoch stellen unsere Überwachungen Momentaufnahmen dar. Sowohl im Bereich der Händehygiene als auch des Personalschutzes sowie der Flächenaufbereitung sind insgesamt erfreuliche Ergebnisse zu verzeichnen. 29 % der Praxen konnten keinen

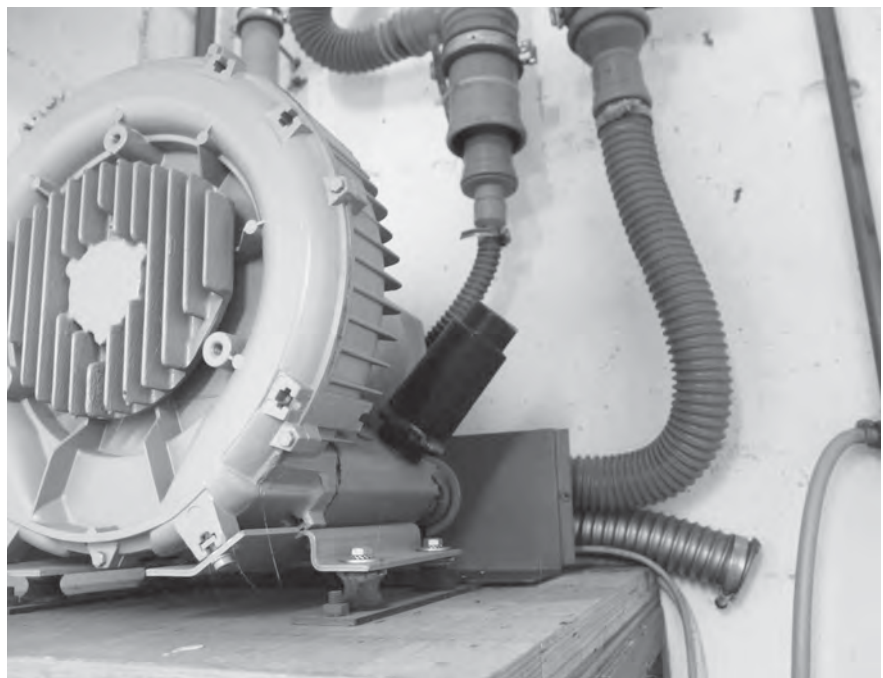


Abb. 5: Absauganlage – Abluft wird in den Raum geführt

an die Praxis angepassten Hygieneplan vorweisen; in diesen Fällen musste ein Hygieneplan erstellt und dem Gesundheitsamt vorgelegt werden. Gemäß § 23 Abs. 5 IfSG sind Praxisbetreiber verpflichtet, innerbetriebliche Verfahrensweisen anhand von Hygieneplänen festzulegen [1]. Der Hygieneplan dient als interne Arbeitsanweisung und beinhaltet z. B. die Maßnahmen bzgl. der Aufbereitung von Flächen und Medizinprodukten.

In Praxen in denen das Personal Schmuck und lange oder/und lackierte bzw. mit Gel verstärkte Fingernägel trug, wurden die Personen durch das Gesundheitsamt belehrt und dazu angehalten, die Personahygiene und zugleich Schutzmaßnahmen strikt einzuhalten. Untersagungen gab es, wenn die Mitarbeiter kontaminierte Kleidung/Schutzkleidung zur Reinigung mit nach Hause nahmen. Gemäß Punkt 4. 2. 6 Absatz 3 TRBA 250: *Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege* ist der Arbeitgeber zuständig für die Aufbereitung der Schutzkleidung der Beschäftigten.

Verbesserungspotential besteht vor allem bei der Medizinproduktaufbereitung. Fakt ist, die korrekt durchgeführte Aufbereitung von Medizinprodukten steht und fällt mit der Sicherstellung der Qualifikation und Kenntnis der Personen, die die Aufbereitung durchführen und mit der engmaschigen Kontrolle durch den Praxis-

betreiber. In 16 % der Praxen lag keine Qualifikation nach § 2 Abs. 2 und § 4 Abs. 1 MPBetreibV vor und musste in Form von einem sog. Sachkundenachweis erbracht werden. 44 % der Praxen mussten nachträglich Standardarbeitsanweisungen zur Instrumentenaufbereitung erstellen. Eine Erstellung der Einteilung von Risikogruppen waren in 21 % und eine angepasste, schriftliche Einteilungen der eigenen Medizinprodukte in Risikogruppen in 9 % der Praxen erforderlich. Standardarbeitsanweisungen sowie eine risikobezogene Einstufung der Medizinprodukte sind von entscheidender Bedeutung, um eine sachgerechte Aufbereitung der unterschiedlichen Medizinprodukte durchführen zu können [8]; zudem sind sie eine Richtschnur für z. B. anzulernendes Personal. In 78 % der Praxen war es notwendig für das maschinelle Aufbereitungsverfahren und in 74 % der Praxen für das Sterilisationsverfahren Validierungen bzw. Leistungsqualifikationen (LQ) nachzuweisen. Für die Festlegung eines Termins und den Nachweis hatten die Praxen drei Monate nach der durchgeführten Begehung Zeit. In vielen Fällen kam es zu zeitlichen Verzögerungen, da es sich als schwer erwies, Termine zu erhalten; vermutlich aufgrund des hohen Validierungs-Aufkommens.

In 38 % der Praxen war es beim manuellen Verfahren erforderlich, eine Nachrüstung mit für Übertragungsinstrumente zertifizierten und zugelasse-

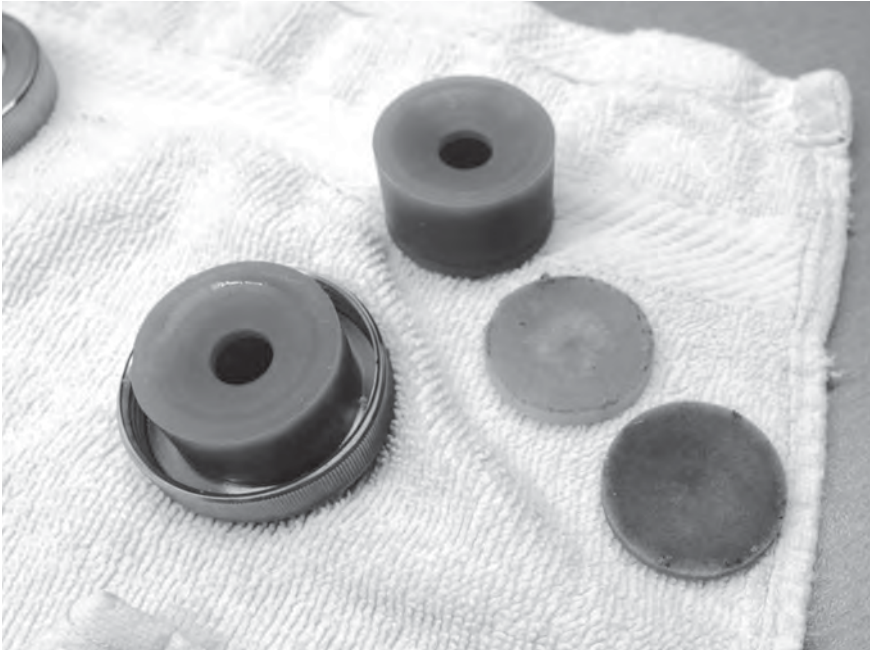


Abb. 6: Zerlegter Konnektor mit verunreinigtem Keramikfilter-Plättchen

nen Aufbereitungs-Produkten umzusetzen und die richtigen Adapter einzusetzen. Auch bei den Aufbereitungsschritten musste auf konsequente Einhaltung hingewiesen werden. Außerdem galt es sicherzustellen, dass das für Übertragungsinstrumente zuständige Personal bezüglich Risikoeinstufung und Aufbereitungsverfahren hinreichend unterwiesen wurde. Bei der Aufbereitung im

Abb. 7: Beispiel für Adapter ZEG-Ansatz zur maschinellen Aufbereitung



maschinellen Verfahren wird dringend empfohlen, den turnusmäßigen (herstellereingabekonformen) Austausch bzw. die Reinigung der Gerätefilter (z. B. nach 20 Zyklen) (Abb. 6) schriftlich festzuhalten. Die erforderliche Verbesserung der Aufbereitung von ZEG-Ansätzen kann etwa durch spezielle Adapter zur Konnektierung im RDG sichergestellt werden (Abb. 7). Somit werden die Hohlkörper durchspült und es erfolgt eine Reinigung und Desinfektion des engständigen Lumens. Dem korrekten Aufstecken der ZEG-Ansätze auf die Adapter kommt aus Perspektive des Arbeitsschutzes besondere Vorsicht und Aufmerksamkeit durch das Personal zu. Bei für Einweg deklarierten Medizinprodukten ist strikt auf die einmalige Verwendung zu achten.

Des Weiteren gab es Beanstandungen bei der Dokumentation der Medizinproduktaufbereitung. Chargenbezogene oder routinemäßige Prüfungen wurden in manchen Praxen vernachlässigt oder nicht schriftlich festgehalten. 45 % der Praxen mit Ultraschallgeräten müssen wöchentlich dokumentierte Tests einführen.

Bei Um-/Neubau einer Praxis ist bezüglich der Arbeitsräume für die Medizinproduktaufbereitung wegen des Arbeitsschutzes und der steigenden Anforderungen auf ausreichend bemessene Raumgröße zu achten. In Räumen, in denen unreiner und reiner Bereich zu nah beieinander liegen wurde nach alternativen

Lösungen gesucht, um die Bereiche zu entzerrern. In dem genannten Fall mit Pflege und Ölung von Übertragungsinstrumenten im Raum der Personal-Toilette wurde Abhilfe geschaffen.

Untersagungen der bisher ausgeführten Aufbereitung von Medizinprodukten erfolgten in 20 % der Praxen. Es wurde zum Beispiel die Anwendung von Instrumenten mit Ablagerungen am Patienten untersagt (Abb. 8; 9). Beim Einsatz der ZEG im Rahmen von parodontologischen Maßnahmen wurde die sterile Anwendung am Patienten eingefordert. Bei (invasiven) endodontischen Medizinprodukten mussten Praxen sterile Verpackungen und geeignete Behälter mit ausreichender Öffnung für den Dampf nachrüsten. Auch beim Abmessen und Zuschneiden der Sterilverpackungen wurde auf Einhaltung des Mindestabstands zwischen innerer Siegelnaht und dem Instrument gedrängt [8]. In einem Fall waren die Abweichungen von der regelhaften Medizinproduktaufbereitung umfangreicher und zudem die Einsicht des Praxisbetreibers hinsichtlich der Hygiene und der Patientengefährdung nicht hinreichend gegeben. Folglich wurden die Behandlungsräume ordnungsrechtlich versiegelt.

Bei der Kontrolle der aktuellen Laborbefunde der mikrobiologischen Überprüfung der Wasserqualität der Dentaleinheiten ergab sich, dass auf zwölfmonatige Untersuchungsintervalle laut Empfehlung der KRINKO hingewiesen werden musste [9]. Bei Überschreitungen der Richtwerte bedarf es einer Intensivspülung der Wasser führenden Teile der zahnärztlichen Behandlungseinheit vor Behandlung der Patienten, ggf. einer Desinfektion des wasserführenden Systems nach Rücksprache mit dem Hersteller sowie einer Nachuntersuchung [9]. Seit 2017 wird durch das Gesundheitsamt Stadt Frankfurt a. M. ebenso die Überprüfung des Wassers auf den Parameter *Pseudomonas aeruginosa* gefordert. Laut der Empfehlung vom Umweltbundesamt „Empfehlung zu erforderlichen Untersuchungen auf *Pseudomonas aeruginosa*, zur Risikoeinschätzung und zu Maßnahmen beim Nachweis im Trinkwasser“, zählt auch er zu den potentiellen Krankheitserregern. Er kann vor allem über kontaminiertes Wasser in akut oder chronisch offene Wunden gelangen [12].

Weiterhin wurden Mängel bei der Installation von Absauganlagen erfasst.



Abb. 8:
Medizinprodukt mit Ablagerungen
und Korrosion



Abb. 9:
Medizinprodukt (Zange)
mit starken Ablagerungen

Abluftrohre mussten nach außen oder in die Kanalisation verlegt werden. Auch fehlende Gerätewartung (beurteilbar nach Herstellerangaben) und nicht sachgerecht erfolgte Filterwechsel wurden beanstandet.

Die Erfahrungen der Begehungen zeigen, dass eine externe Qualitätssicherung für Zahnarztpraxen von wesentlicher Bedeutung ist. Die Ergebnisse weisen auf eine zunehmend positive Entwicklung hin. Beispielsweise werden häufiger maschinelle Aufbereitungsverfahren eingesetzt, als dies noch 2008 der Fall war. Auch verfügen heutzutage mehr Zahnarztpraxen über spezifizierte Arbeitsanweisungen. Um die Praxishygiene fortlaufend zu sichern, zu optimieren und zugleich Patienten als auch Mitarbeiter vor der Übertragung von Infektionskrankheiten zu schützen, sind weitere engmaschige Überwachungen von Zahnarztpraxen durch die zuständigen Behörden (Gesundheitsämter) erforderlich.

Korrespondenzadresse:

Angelika Hausemann
Hygienekontrolleurin
Gesundheitsamt
Breite Gasse 28
60313 Frankfurt am Main
Telefon 069/ 212 - 35109
Telefax 069/ 212 – 30475
Internet: www.gesundheitsamt.stadtfrankfurt.de

Alle Bildrechte liegen beim
Gesundheitsamt der Stadt
Frankfurt am Main

– Literatur bei der Autorin –

Motto des Tages der Zahngesundheit 2018

„Gesund im Mund – bei Handicap und Pflegebedarf“

Der 25. September ist der Tag der Zahngesundheit. In diesem Jahr steht er unter dem Motto „Gesund im Mund – bei Handicap und Pflegebedarf“.

Die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung ist oft schlechter als die des Bevölkerungsdurchschnitts. Vor allem ihr Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen ist überdurchschnittlich hoch.

Aus diesem Grund stehen diese Bevölkerungsgruppen schon länger im Fokus

der Bemühungen der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (siehe u.a. ZGD 2.06 und verschiedene Kongressberichte).

Auf die eingeschränkte Teilhabe zugeschnittene Prophylaxeprogramme in den Kindereinrichtungen und (Förder-)Schulen gehören zum Alltag der Zahnärztlichen Dienste. Der diesjährige Tag der Zahngesundheit sollte Anlass sein, Beispiele für *best practice* publik zu machen.

Wer einmal bei den *Special Olympics* dabei war, bei den zahnärztlichen Unter-

suchungen oder am Zahnputzbrunnen im Zusatzprogramm *Special Smile* geholfen hat, wird die Begeisterung aller Beteiligten teilen.

Und nicht zuletzt hat der BZÖG Anfang 2011 ein Konzept zur Zahnmedizinischen Betreuung in Senioren- und Pflegeheimen unter Einbeziehung niedergelassener Zahnärzte und der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter vorgestellt.

Grit Hantzsche

IDZ mit neuem Internetauftritt

Das Institut der Deutschen Zahnärzte reagiert damit auf veränderte Wünsche und Anforderungen mobilen Arbeitens

Das Institut der Deutschen Zahnärzte hat den überarbeiteten Internetauftritt zum Anlass genommen, neue Inhalte, Recherche- und Informationsmöglichkeiten einzuführen.

Des Weiteren wird in Zukunft auch der bewährte IDZ-Informationssdienst in neuem Gewand erscheinen: Zahnmedizin, Forschung und Versorgung heißt die neue Online-Zeitschrift, in der von nun an ausschließlich im PDF-Format das veröffentlicht wird, was früher als IDZ-Information publiziert wurde. Mit dem neuen Format kommt das IDZ den heutigen Wünschen und Anforderungen des mobilen Arbeitens entgegen. Alle älteren IDZ-Informationen werden selbstverständlich nach wie vor über die Publikationssuche gefunden.

Evidenz-basierte Medizin ist die Integration der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung mit der klinischen Expertise des Arztes (interne Evidenz) zur individuellen Therapieentscheidung unter Berücksichtigung subjektiver Patientenerwartungen (David Sackett, 1996).

Eine aktuelle Frage der Gesundheitsversorgung und -politik ist die Wirksamkeit der parodontalen Behandlung in der Zahnmedizin. Das Institut der Deutschen Zahnärzte hat sich darum mit renommierten Experten der Gesundheitspsychologie und der Parodontologie der Frage nach der Sicherung des parodontalen Behandlungserfolgs angenommen und drei systematische Übersichtsarbeiten erstellt. In diesen Übersichtsarbeiten wurde das verfügbare Wissen nach den strengen Regeln der Evidenz-basierten Medizin aufbereitet. Jeder der drei Übersichtsarbeiten liegt eine klar formulierte Fragestellung zugrunde: die Frage nach der individuellen Mundhygiene, der unterstützenden Parodontitistherapie sowie der der Bedeutung des Rauchens für den parodontalen Behandlungserfolg.

Mit dieser Trilogie startet gleichzeitig das neue Online-Journal Zahnmedizin, Forschung und Versorgung, das das bisherige Printjournal, die IDZ-Information, ablöst. Das Online-Journal kann jederzeit auf der Homepage unter www.idz.institute eingesehen bzw. abonniert werden. gha

Ergebnisse des 15. Kooperations-treffens Gesundheitliche Chancengleichheit

Die Online-Dokumentation des Kooperations-treffens am 27. Oktober 2017 in Berlin ist fertiggestellt, siehe: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

Die Teilnehmenden waren sich einig, wir bleiben „auf Kurs für gesundheitliche Chancengleichheit“, und haben sich intensiv darüber ausgetauscht, wie dies gemeinsam umzusetzen ist.

Gleichzeitig wurde die Zusammenstellung „Ziele des Kooperationsverbundes“ veröffentlicht. gha


Kooperationsverbund
GESUNDHEITLICHE
CHANCENGLEICHHEIT
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland für Dr. Gudrun Rojas

Ministerpräsident Dr. Dietmar Woidke überreichte während einer Feierstunde in der Staatskanzlei am 6. April Gudrun Rojas einen Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland. Die Anwesenheit der Gesundheitsministerin Diana Golze bewies die hohe Wertschätzung, die Gudrun Rojas im Land Brandenburg genießt.

Gudrun Rojas, Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes Brandenburg an der Havel, wurde für ihr bedeutendes ehrenamtliches Engagement bei der flächendeckenden zahnmedizinischen gruppenprophylaktischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen und ihre Mitarbeit in zahlreichen Gremien geehrt. Dietmar Woidke betonte: „Frau Rojas engagiert sich seit 25 Jahren dafür, dass unser Nachwuchs frühzeitig den Umgang mit Zahnbürste und Paste lernt. Sie tut dies voller Umsicht und Geschick und immer wieder mit neuen

Ideen. Ihr Einsatz und ihr Erfolg reichen dabei über Fach- und Landesgrenzen hinaus.“

Der Ministerpräsident hob den weitsichtigen und vielfältigen Einsatz von Gudrun Rojas hervor, insbesondere die Verankerung des Themas Mundgesundheit beim „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“, die federführende Mitarbeit an der Entwicklung von Leitfäden, die Mitwirkung im Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst des Gesundheitsministeriums sowie das langjährige Engagement im Beirat für Zahngesundheit und im wissenschaftlichen Beirat der Informationsstelle für Kariesprophylaxe.

Er verdeutlichte, dass es für Gudrun Rojas inakzeptabel ist, dass man „Armut am Gebiss erkennt“ und sagte abschließend: „Generationen junger Brandenburgerinnen und Brandenburger profitieren mit



Foto: Dr. Gudrun Rojas und Brandenburgs Ministerpräsident Dr. Dietmar Woidke

einem gesunden Gebiss von ihrer großen fachlichen Kompetenz und beeindruckenden Einsatzbereitschaft. Dieses Vierteljahrhundert außergewöhnlichen Engagements ist eine herausragende Leistung zu Gunsten des Gemeinwohls.“

Dank und Gratulation auch von der Landesstelle Brandenburg des BZÖG e.V!

Dr. Petra Haak

Anzeige

OctoWare® TN Zahnärztlicher Dienst

Innovative Software
für den zahnärztlichen
Dienst im
Gesundheitsamt

es easy-soft

SOFTWARE AUS DRESDEN

easy-soft GmbH Dresden
Fetscherstraße 32/34
01307 Dresden

Telefon +49 351 25506-0
Telefax +49 351 25506-10

info@easy-soft.de
www.easy-soft.de



Kundenspezifische
Konfiguration

Untersuchungsorganisation

Mobile Datenerfassung

Datenschnittstellen für die
Gesundheitsberichterstattung

Kariesepidemiologische
Zahnbefunderfassung

Gruppenprophylaktische
Maßnahmen

Gutachterlicher Dienst

Leistungsabrechnung



Orale Erscheinungsformen von Seltenen Erkrankungen

Abbildungen zum Artikel

Alle Bildrechte liegen bei Dr. Lale Hanisch



Abb. 1a: Ektodermale Dysplasie: Oligodontie und Formanomalien



Abb. 1b: Ektodermale Dysplasie: Seitlich offener Biss



Abb. 1c: Ektodermale Dysplasie: Persistierende Milchzähne im Oberkiefer

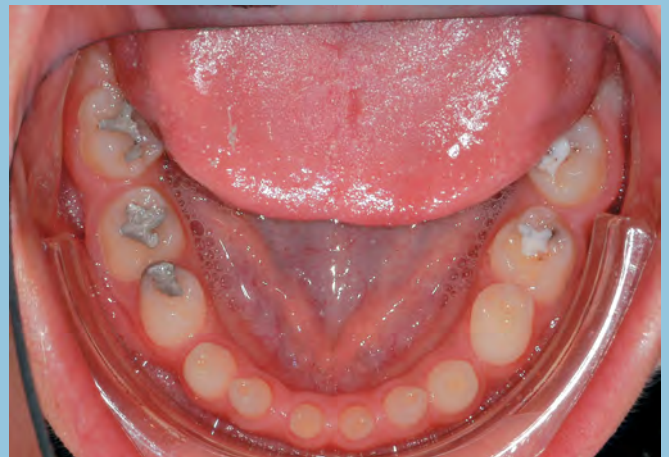


Abb. 1d: Ektodermale Dysplasie: Persistierende Milchzähne im Unterkiefer