

3 Editorial

Fortbildung

- 4 Auswirkungen zahnmedizinischer Kollektiv-, Gruppen- und Individualprophylaxe bei Schulentlassenen
- 6 Verwendung der zahnärztlichen Sonde im Rahmen der Kariesdiagnostik

Berichte

- 8 Weiterführung des Intensivprophylaxeprogramms im Landkreis Sächsische Schweiz
- 11 10 Jahre Öffentlicher Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen
- 12 Armut und Gesundheit
- 14 Bericht von der Tagung zur Mundgesundheit und zahnärztlichen Versorgung der ausländischen Bevölkerung

Aktuelles

- 10 Stellungnahme zum „Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe“ der Spitzenverbände der Krankenkassen
- 18 Zur Zahn- und Mundgesundheit der Kinder in Mecklenburg-Vorpommern
- 18 European Association of Dental Public Health (EADPH)
- 18 Verbraucher greifen verstärkt zu Jodsalz mit Fluorid
- 19 Ministerialrat Rüdiger Saekel im Ruhestand

Leserservice

- 11 Wrigley's Extra White
- 13 Fakten die für sich sprechen
- 17 Zahngesundheitshits im Kampf gegen Karies & Co.
- 17 Jugendliche optimal in der Gruppenprophylaxe betreuen
- 19 Gericht: „Kinder“ gehören Ferrero!
- 19 „Mein Kindergarten will nicht Zähne putzen. Was kann ich tun?“

Online-Forum

- 16 Net-News

Buchbesprechung

- 13 Soziale Ungleichheit und Gesundheit
- 13 Das Dental Vademecum (7. Ausgabe)

- 20 Impressum

Anzeige



Dr. C. Sauerland

Mit dem Anfang des neuen Jahres, mit dem nach Ansicht vieler Menschen das neue Jahrtausend erst endgültig begonnen hat, stellen sich bereits Veränderungen ein, die unsere Arbeit mit Sicherheit beeinflussen werden.

Das Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe soll die Krankenkassen bewegen, den Ausbau der Gruppenprophylaxe stärker zu fördern. Die differenzierten Anregungen und Empfehlungen sowie Literaturhinweise in diesem Konzept sind zudem für alle in der Gruppenprophylaxe Tätigen wichtig.

Aktuell erscheinen Mundgesundheitsprobleme nicht im Mittelpunkt des Interesses zu stehen, stattdessen ist BSE bzw. der Rinderwahn in aller Munde. Durch den Rücktritt der Bundesgesundheitsministerin und des Bundeslandwirtschaftsministers sowie der Neubesetzung mit gleichzeitig verändertem Zuschnitt der Ministerien sind neue politische Akzente gesetzt worden. Der Verbraucherschutz hat eine deutliche Aufwertung erfahren. Im Gesundheitsministerium sollen die Belange der Patienten und Versicherten z.B. hinsichtlich neuer therapeutischer Verfahren oder der Arzneimittelsicherheit eine größere Rolle spielen.

Der ÖGD und auch die Zahnärztlichen Dienste können unter den Aspekten des Verbraucherschutzes auf Grund der vorhandenen Neutralität zukünftig vermehrt vom Bürger als Beratungsinstanz bei verschiedenen fachlichen Fragestellungen in Anspruch genommen werden.

Die neue Bundesgesundheitsministerin, Frau Ulla Schmidt, ist in der Vergangenheit als Sozialexpertin hervorgetreten. Dies wird sich auch in ihrem neuen Aufgabengebiet widerspiegeln.

Soziale Belange sind für unsere Arbeit immer schon von großer Bedeutung und werden zukünftig noch an Gewicht gewinnen. Die Zahnärztlichen Dienste haben breiten Kontakt zur Bevölkerung und sind dem Gemeinwohl verpflichtet. Wir werden in weiten Teilen sozialkompensatorisch tätig. Themenkreise wie „*Migration und Gesundheit*“ und „*Armut und Gesundheit*“, wie in Berlin beim sechsten bundesweiten Kongress erörtert, werden zunehmend die Aufgabenwahrnehmung bestimmen.

Vor allem die klassischen Facetten unserer Arbeit – wie z.B. die epidemiologischen Erhebungen und die Gruppenprophylaxe – sind ohne diese sozialmedizinischen Komponenten nicht mehr denkbar.

Ihre
Dr. Claudia Sauerland

Auswirkungen zahnmedizinischer Kollektiv-, Gruppen- und Individualprophylaxe bei Schulentlassenen

Dr. M. Büttner

Nachdruck aus Schweiz
Monatsschr Zahnmed Vol, 109:
1/1999, S.35-37

Zusammenfassung

Seit Propagierung der Fluoridierungsmaßnahmen und ihrem Einbezug in die Gruppen- und Individualprophylaxe ist in der Schweiz eine deutliche Verbesserung der Zahngesundheit bei den Schülern und Schülerinnen eingetreten. Diese hält auch über das Alter der Schulentlassung hinaus an. So weisen heute 42 % der 15-jährigen Basler Jugendlichen ein kariesfreies Gebiss auf, und der Trend ist weiter im Ansteigen begriffen. Ein Zahnbewusstsein konnte bei den Kindern und Jugendlichen anerzogen werden, das über das Pubertätsalter hinaus anhält und als bleibendes Gut ins Erwachsenenleben mitgenommen wird. Als einzige Nebenwirkung wird bei 9% der Jugendlichen eine leichte Dentalfluorose festgestellt, die in ihrer milderen Form (6 %) praktisch nur vom Zahnarzt oder der Zahnärztin diagnostiziert werden kann. Es wurde keine wesentlich fluorbedingte Schmelzfleckung bei in Basel aufgewachsenen Kindern festgestellt, nicht zuletzt eine Folge einer gut dosierten und überwachten Fluoridanwendung.

Einleitung

Zwei Fragen, die uns in Basel oft gestellt werden, nicht zuletzt im Anschluss an eine Publikation in der Aprilausgabe 1997 der Schweizerischen Monatsschrift für Zahnmedizin, lauten:

Hält der mit kariesprophylaktischen Maßnahmen im Kindergarten- und Schulalter erreichte

Kariesrückgang auch über die Jahre der Pubertät hinaus an? Wie steht es um die Zahngesundheit Basler Jugendlicher im Alter der Schulentlassung? Wie häufig wird bei 15-jährigen Jugendlichen in Basel eine Dentalfluorose festgestellt und mit welchem Schweregrad?

Material und Methode

Um die erste Frage zu beantworten, wurden die Daten 15-jähriger aus der umfassenden, in den letzten drei Jahrzehnten aufgebauten Computerdokumentation (Büttner, 1993) herausgesucht. Alle Untersuchungsdaten waren durch Bitewing-Röntgenbilder untermauert. Beigezogen wurden aus einer Arbeit von Gülzow (1972) drei Einzeldaten aus den Jahren 1961, 1967 und 1972. Es sind dies 21.500 Einzeldaten. Ein 15-jähriger war bei der Untersuchung 14 Jahre 6 Monate und 1 Tag bis 15 Jahre 5 Monate und 30/31 Tage alt.

Zur Beantwortung der zweiten Frage wurden die Daten aller 15-jährigen, bei denen in der Regel alle Dauerzähne durchgebrochen sind, aus den Untersuchungsjahren 1988/89, 1990/91 und 1993/94 zusammengestellt. Es sind dies 3.036 Einzeldaten. Für die Beurteilung der Dentalfluorose wurden die untersuchenden Zahnärzte und Zahnärztinnen vorgängig der Untersuchung durch Spezialisten von Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel kalibriert. Die Untersuchung wurde mit Spiegel und Hakensonde auf gut ausgeleuchteten Behandlungsplätzen ohne Trockenlegung der Zahnoberfläche durchgeführt. Die Schweregrade der vorhandenen Fluoroseanzeichen wurden gemäß des international gebräuchlichen TF-Index nach Thylstrup und Fejerskov klassifiziert.

Resultate

Der Anteil von 15-jährigen Basler Jugendlichen mit einem kariesfreien Gebiss (DMF-S = 0) stieg seit den 70er Jahren bis zum Jahre 1994 von 0 % auf 42%. Als Auswirkung der Trinkwasserfluoridierung notieren wir die bis zum Untersuchungsjahr 1978 erreichten Resultate auf 11 %, zur Gruppenprophylaxe rechnen wir weitere Verbesserungen um 12 Prozentpunkte auf 23 % und zusammen mit der Individualprophylaxe steigt

die bis zum Jahre 1994 erreichte Zunahme um 19 Prozentpunkte auf 42 % (Abb. 1). Die Unterschiede bei jungen Männern und Frauen beim prozentualen Anteil kariesfreier Gebisse festgestellt in den Jahren 1985 bis 1994 wichen nur um einen bis vier Prozentpunkte auseinander.

Unauffällige Fluoroseanzeichen der Grade 1 und 2 beobachteten wir im Jahre 1993 bei 6 %, eine Dentalfluorose der Grade 3 und 4 bei 3 % der 15-jährigen. Diese Werte bestätigen die Befunde der Untersuchungsjahre 1988/89 und 1990/91 (Abb. 2). Die Geschlechtsverteilung lag bei 56 % jungen Männern und 44 % jungen Frauen.

Grade 5 und 6 einer Dentalfluorose mit bräunlichen Schmelzverfärbungen wurden selten (weniger als 0,5 % der Fälle), Schweregrade 7 und 8 gar nicht beobachtet. Betroffen waren Jugendliche, die nicht in Basel aufgewachsen waren, sondern es handelt sich um Zuzüger/innen. Deshalb können sie nicht ursächlich mit den hierzulande gebräuchlichen Fluoridierungsmaßnahmen in Zusammenhang gebracht werden.

Der DMFS-Wert der 15-jährigen Fluorosepatienten und -patientinnen betrug 2,5 im Jahre 1993, der anderen ohne Dentalfluorose 2,9. Kariesfrei waren in der Gruppe mit Dentalfluorose 44 %, in der fluorosefreien Gruppe 40%.

Diskussion

Ein kariesfreies Gebiss weisen heute 42 % der 15-jährigen auf. Wenn man feststellen muss, dass in Basel bis zum Jahre 1961 trotz prophylaktischen Bemühens in der Schulzahnpflege nur geringe Verbesserungen an Zahngesundheit erreicht werden konnten, jedoch nach den 60er Jahren die Wende zu einer erheblichen Verbesserung eintrat und zwar in allen Altersgruppen (in Abb. 3 anhand der 7-, 12- und 15-jährigen dargestellt), so kann man nicht umhin, der Fluoridprophylaxe, die seit den 60er Jahren als dritte Säule der Kariesprophylaxe eingeführt wurde, eine entscheidende Rolle zuzusprechen.

Kollektive Fluoridierungsmaßnahmen – in Basel ist seit dem 1. Mai 1962 das Trinkwasser fluoridiert – sowie die Verwendung von fluoridhaltigen Pasten und Gelées in der Gruppenprophylaxe – in

Basel werden im Rahmen der Gruppenprophylaxe systematisch Elmex-Produkte eingebürstet – haben sich sehr effizient ausgewirkt. Sie kommen ebenfalls in der Individualprophylaxe zur Anwendung.

Eine leichte Dentalfluorose kann die einzige Nebenwirkung sein, die bei der Fluoridzufuhr in den für die Kariesprophylaxe erforderlichen Mengen auftreten kann. Diese Zahnschmelzdefekte, die nach dem Durchbruch als weiße Flecken oder Linien sichtbar werden, lassen sich auf eine Störung der Mineralisation während der Schmelzbildung zurückführen. Die betroffenen Bereiche sind nur ungenügend mineralisiert als Folge einer Schädigung der schmelzbildenden Ameloblasten durch chronisch erhöhte Fluoridzufuhr (Fejerskov et al., 1990).

Dentalfluorose kann folglich nur auftreten in der schmelzbildenden Phase der Zahnentwicklung, wobei die Zähne offenbar während der Reifephase anfälliger sind als während der Sekretionsphase (Pendry & Stamm, 1990). Evans (1989) fand in seinen Untersuchungen, dass der kritische Zeitraum etwa 16 bis 24 Monate umspannt, wobei dieser etwa 12 bis 32 Monate nach der Sekretionsphase einsetzt. Da es sich bei den uns bekannten Ausmaßen der Schmelzfluorose hauptsächlich um ein kosmetisches Problem (De Crousaz) handelt, ist besonders die Reifephase der Frontzähne als kritische Phase anzusehen. Sie findet im zweiten und dritten Lebensjahr statt (Johnson & Bawden, 1987). Evans & Darvell (1995) fanden in ihrer epidemiologischen Studie, dass die kritische Zeitspanne für den oberen mittleren Schneidezahn bei Jungen im Bereich von 15 bis 24 Monaten liegt, während sie bei Mädchen um etwa 6 Monate verzögert eintritt.

Es gilt, die optimale Fluoriddosis herauszufinden, die hohe Kariesprävention bei möglichst geringem Fluoroserisiko gewährleistet. Burt (1992) nennt in seiner Übersichtsarbeit Fluoridkonzentrationen im Bereich von 0.05 bis 0.07 mg/kg Körpergewicht, die heutzutage als sicher angesehen werden. Allerdings verweist er auch bereits auf neuere Studien, die belegen sollen, dass die tatsächliche Grenzkonzentration sogar noch niedriger liegt und zwar bei 0.03 bis 0.1 mg/kg Körpergewicht.

In Basel halten sich Zahl und Größe von Schmelzflecken in bescheidenem und unauffälligem Rahmen. Der Grund liegt in der genauen Dosierung, der bei der Fluoridierung des Basler Trinkwassers (1 mg Fluorid pro Liter Wasser, in den Sommermonaten Juni, Juli, August reduziert auf 0.8 mg) und bei der Empfehlung zur Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasten größte Aufmerksamkeit zukommt, einer Forderung, die de Crousaz im Jahre 1979 postulierte. Um sie zu vermeiden, nehmen wir in Basel die Fluoridspülungen erst ab dem sechsten Lebensjahr vor, empfehlen in den ersten Kinderjahren eine Kinderzahnpasta mit niedrigerem Fluoridgehalt von 0,025 % oder lassen eine fluoridhaltige Erwachsenen Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 0,125 % nur dann verwenden, wenn gewährleistet ist, dass die verwendete Zahnpasta zum größten Teil auch wieder ausgespuckt wird.

Schmelzveränderungen anderer Herkunft können wir in 4 % bei den Untersuchten beobachten, die aber keine Folge von Fluoridierungsmaßnahmen waren, sondern anderweitige Ursachen haben und deshalb nicht extra in Abb. 2 aufgeführt sind.

Schlussfolgerung

Die Kariesforschung hat die Grundlage für effiziente Prophylaxe-Modelle geliefert. Sie wirken nicht nur im kindlichen Gebiss sich positiv aus, sondern engagiert vortragene Erziehungsprogramme und Maßnahmen wie die Fluoridierung, ein Leben lang durchgeführt, erhalten das Gebiss gesund und kariesfrei, vorausgesetzt die Akzeptanz wurde aufgebaut. Die vorliegenden Daten aus Befunderhebungen bei 15-jährigen Basler Jugendlichen zeigen, das man auf gutem Weg sich befindet. Schönstes Ziel kariesprophylaktischen Bemühens ist das kariesfreie oder zumindest kariesarme Gebiss. Dieses Ziel wurde bereits nahezu bei der Hälfte aller Schulabgänger und Schulabgängerinnen erreicht. Karies ist heute vermeidbar geworden nicht nur im Kindesalter, sondern ein Leben lang.

Abb. 1
Zunahme kariesfreier Gebisse bei 15jährigen Baslern und Baslerinnen zwischen den Jahren 1961 und 1994

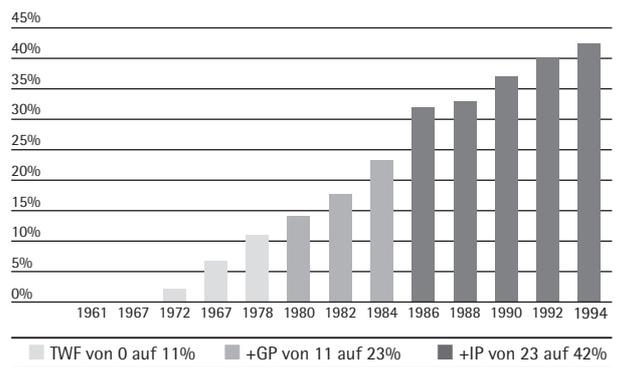


Abb. 2
Dentalfluorose bei 15jährigen Basler Jugendlichen, beobachtet in den Jahren 1988/89, 1990/91 und 1993/94

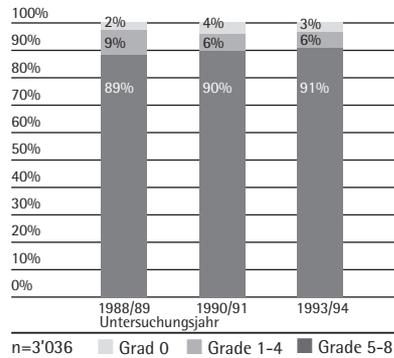
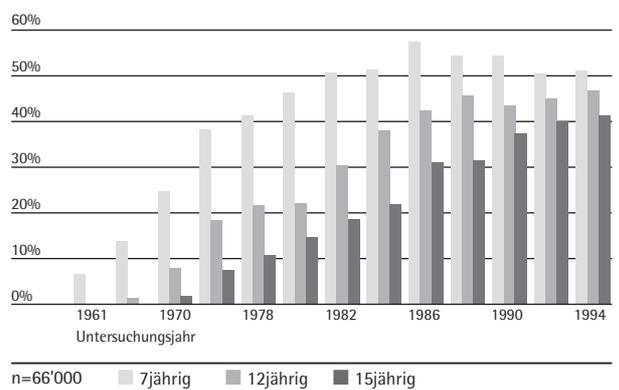


Abb. 3
Zunahme kariesfreier Gebisse zwischen 1961 und 1994 bei 7jährigen, 12jährigen und 15jährigen



Korrespondenzadresse:
Dr. med. dent. Martin Büttner
Theaterstrasse 12
Postfach 202
CH-4010 Basel

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung
der Redaktion und des Autors
Literatur bei der Redaktion

Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
1/01

Verwendung der zahnärztlichen Sonde im Rahmen der Kariesdiagnostik

Dr. C. Hollinger

Originäre Aufgabe zahnärztlicher Dienste ist seit jeher die Durchführung von (Reihen)untersuchungen mit dem Hauptaugenmerk auf Kariesdiagnostik. In den letzten Jahren hat sich ein erheblicher Wandel in der Erscheinungsform und der Verteilung der Erkrankung Karies vollzogen. Auch das Spektrum von Diagnostik, Prophylaxe und Therapie hat sich gewandelt und wird ständig erweitert.

Bei der Erkennung von Schäden war die Feststellung von Dentinkaries mit unzweifelhafter, unübersehbarer Kavitation niemals problematisch. Schwierigkeiten ergeben sich heute u.a. mit der so genannten Hidden Caries (Ricketts) einer Form, die klinisch nicht, wohl jedoch röntgenologisch nachweisbar ist und im Bereich der schwer diagnostizierbaren Karies an Fissuren und Grübchen. Letztere wurde lange Zeit mit Mundspiegel und zahnärztlicher Sonde durchgeführt. Dies propagierte schon BLACK und so wurde es in Lehrbüchern und in einigen anerkannten epidemiologischen Befundsystematiken beschrieben bzw. festgelegt. Primär- und Sekundärkaries wurden (und werden) durch das Hängen bleiben der Sonde in einer verfärbten Fissur, am Rande einer Füllung oder auch durch das Hineinfallen in einen Defekt diagnostiziert (Imfeld 1990). Im angelsächsischen Sprachgebrauch wird das Haften der Sondenspitze mit dem Terminus Sticky Fissure beschrieben.

Erkenntnisgewinn durch Sondierung fraglich?

Vor einigen Jahren geriet diese Methode jedoch in die Kritik und dies aufgrund mehrerer Aspekte. So zeigte sich, dass die Ausprägung dieses Phänomens nicht nur vom Vorhandensein von Karies abhängt (Miller 1956), sondern auch von der Beschaffenheit des Instrumentes, dem zumeist nicht objektivierbaren Applikationsdruck, von der Fissurenmorphologie und dem Mineralisa-

tionsgrad des Schmelzes. Das alleinige Kleben der Sonde, so kann man heute mit Gewissheit sagen, ist kein hinreichendes Indiz für eine Karies, denn es kann z.B. durch Festklemmen der Spitze in einer zulaufenden Fissur hervorgerufen werden (Schwenzer 1985). Es kann auch dann in die Irre führen, wenn das Instrument nicht in der selben Richtung aus der Fissur herausgezogen wird, in der es zuvor eingebracht wurde. Zudem sind auch der Sondendruck (Penning 1992; Imfeld 1990), aber auch diagnostische Geräusche nicht objektivierbar (Imfeld 1990). So gibt es deutliche Hinweise auf mangelnde Validität von Untersuchungsergebnissen, wie der Tabelle 1 zu entnehmen ist (Lussi 1993, Penning 1992).

Forciertes Sondieren hinterlässt Spuren

Auch besteht bei forcierter Vorgehensweise die Gefahr, irreversible Schäden zu hinterlassen, indem White Spots iatrogen in Läsionen mit Kavitation verwandelt werden können (Imfeld 1990, Ekstrand 1987). Diese können rasch fortschreitende Defekte nach sich ziehen. Das Ausmaß des möglichen Schadens hängt offenbar ab vom verwendeten Instrument, insbesondere seiner Form, und der Art der Manipulation (van Dorp 1988). Weiterhin ist er abhängig vom Mineralisierungsgrad des Zahnschmelzes (s. Abb. 1). Hier ist zu bedenken, dass die Schmelzmaturation bei Zähnen kurz nach dem Durchbruch noch nicht abgeschlossen ist. Gerade dies ist auch bei zahnärztlichen Reihenuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen vielfach gegeben. Schließlich wird diskutiert, dass kariesbegünstigende bzw. verursachende Mikroorganismen übertragen werden können (Lussi 1995, Loesche 1979, van Dorp 1988, Pitts 1993).

Dies sind weit reichende Kritikpunkte, zu denen sich ein weiterer Aspekt hinzugesellt. Die Sonde wird von manchen als ein vornehmlich respekteinflößendes Requisit gesehen, vor dem viele Kinder Angst hätten.

So wird die zahnärztliche Sonde zum Teil nur noch als Hilfsmittel bei der Diagnose der Wurzelkaries, von Sekundärkaries sowie zur Feststellung der Qualität von Füllungen empfohlen (Reich 1998, Daniel 1993),

nicht jedoch zur forcierten Überprüfung von Fissuren und Grübchen. Die Problematik zusammenfassend schrieb KIDD, dass die Sondierung bestenfalls nur irreführend sei und schlimmstenfalls Kavitation und Mikroorganismenimpfung verursache (in Anusavice 1989). So fordert auch die WHO heute die Verwendung der CPI-Kugelkopf-Sonde im Austausch mit der spitzen Sonde, um Defekte zu vermeiden. Auch die British Association for the Study of Community Dentistry (BASCD) verwendet heute für Untersuchungen in Großbritannien solche Sonden, in erster Linie um food debris zu entfernen und bei der Auffindung von Versiegelungen, nicht jedoch zur herkömmlichen taktilen Untersuchung.

Eine „Lanze“ für die Sonde

Die völlige Abkehr von jedweder Art traditioneller Methodik, sei es zur Verwendung in Diagnostik oder Therapie, hat sich allerdings in der Medizin schon vielfach als nicht von Dauer erwiesen. In wie vielen Fällen hat man später eingeräumt, dass doch nicht alles falsch war, was früher galt und wie vieles feierte davon eine ungeahnte Renaissance? So, wie die restaurative Zahnheilkunde heute immer mehr auf minimalinvasive Verfahren baut, die die oralen Strukturen weitestgehend zu erhalten suchen, sollte es – angesichts der lange bekannten Sprödigkeit des Zahnschmelzes – längst selbstverständlich sein, auf große Kräfte zu verzichten. So wurde vielfach ein geringer Sondierungsdruck dringend empfohlen (Downer 1989, Bolin 1996, Cleaton-Jones 1989, Kidd 1987). Des Übels eigentliche Wurzel liegt letztlich nicht im Instrument als solchem begründet, sondern in erster Linie in der Art der Anwendung insbesondere in der forcierten Instrumentierung.

Darüber hinaus jedoch zeigt das für viele immer noch gern und häufig zur Hand genommene Instrument Vorzüge. So wird es selbst von eigentlichen Kritikern nicht nur verteufelt. So kann beispielsweise food debris oder Plaque (Lussi 1991) entfernt werden, sodass die ungestörte visuelle Untersuchung überhaupt erst möglich wird. Dies ist ein für die Reihenuntersuchung sehr wichtiger Aspekt, da die vorherige Zahnreini-

gung nicht immer optimal ist. Außerdem ist die Sonde ein brauchbares Instrument zur Überprüfung der Qualität von Füllungsrandern auf der Suche nach Sekundärkaries (Schwenzer 1985). Zudem kann sie routinemäßig verwendet werden, um zu überprüfen, ob nicht in fissuralen Vertiefungen oder Grübchen schon eine Kavitation besteht, gerade wenn keine Verfärbung vorliegt. Erfahrungsgemäß lässt sich nicht selten bei leichter Führung der Sonde an intakt erscheinenden Bereichen zur Verwunderung ein Defekt eruieren. Es ist Zahnärztinnen und Zahnärzten zuzutrauen, die Sonde in entsprechend vorsichtiger Weise zu verwenden, nicht hebelnd und drückend, sondern mit leichter Hand. Auch das Auffinden von ästhetisch anspruchsvoll gefertigten Composite-Füllungen ist erheblich erfolgreicher. Zudem hilft der Griff der Sonde gerade bei Kindern mit kleiner Mundöffnung durch Abhalten der Wange, einen besseren Blick auf das Untersuchungsfeld „Mundhöhle“ und damit eine bessere Ausleuchtung zu gewähren. Der Vorwurf, die Kinder haben Angst vor

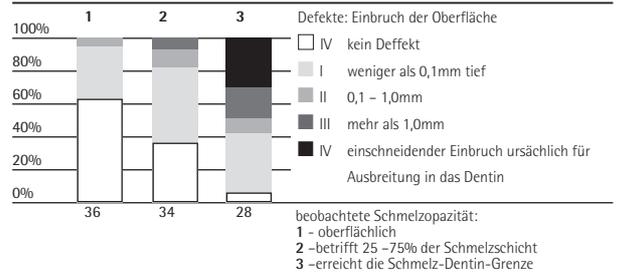
dem „Piekser“ oder „Haken“ trifft nicht generell zu. Insbesondere mit gelegentlichen kurzen Erläuterungen über den Sinn der Verwendung vom Kindergartenalter an und bei langjähriger personeller Kontinuität seitens des Untersuchers, verbleibt erfahrungsgemäß nur bei sehr wenigen Kindern nachhaltige Angst vor diesem Hilfsmittel. Dies vor allem, wenn man den Gebrauch beispielsweise auf dem Handrücken kurz demonstriert. Schließlich merkt man mit einiger Erfahrung, ob ein Kind angsterfüllt auf die Hand starrt, in der man das Instrument hält.

Unter all diesen Voraussetzungen spricht einiges dafür, die zahnärztliche Sonde im Rahmen von zahnärztlichen Reihenuntersuchungen (wieder) in vorsichtiger Art anzuwenden. Nicht als althergebrachtes Instrument zur Verbreitung unnötiger Angst, sondern durchaus als brauchbares Hilfsmittel für eine höhere Diagnosegenauigkeit. Über die Verwendung kugeligender Sonden wird nachzudenken sein.

Tab.1: Gegenüberstellung der Anzahl von Bereichen, an denen die Sonde „klebt“ mit dem röntgenologisch sichtbaren Vorliegen von Dentinläsionen (n. Penning et al. 1991)

Sondierung	n	Röntgenologisch sichtbare Dentinkaries	
		kariös	gesund
Sonde „klebt“	41	36 richtig positiv	5 falsch positiv
Sonde „klebt“ nicht	1009	112 falsch negativ	987 richtig negativ
Gesamt	1140	148	992

Abb.1: Beziehung zwischen Schmelzopazität und Sondierungsdefekten bei 98 histologischen Schnitten (n. Ekstrand/Quvist/Thylstrup 1987)



Dr. Christoph Hollinger
 Kreis Unna
 Fachbereich Gesundheit
 Sachgebiet Zahngesundheit
 Viktoriastraße 5
 44531 Lünen

Literatur bei der Redaktion

Zahnärztlicher
 Gesundheitsdienst
 1/01

Anzeige

Weiterführung des Intensivprophylaxeprogramms im Landkreis Sächsische Schweiz

Dr. G. Hantzsche

1. Einleitung

Nach erfolgreicher Durchführung eines Programms zur Intensivprophylaxe bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko im Landkreis Sächsische Schweiz im Schuljahr 1998/99 war es möglich, in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e.V. diese Maßnahmen im Schuljahr 1999/2000 weiterzuführen. Dabei sollten die ehemaligen ersten und zweiten Klassen und neue erste Klassen mit überdurchschnittlich vielen Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko bzw. erhöhtem Behandlungsbedarf in das Programm einbezogen werden.

Ziel der weiter gehenden Prophylaxemaßnahmen sollte dabei sein, Aussagen über das Mundhygieneverhalten der Kinder und deren Zahngesundheit sowie über die Handhabung der Vorsorgepässe zu treffen.

2. Durchführung

Zu Beginn des Schuljahres wurde über den Bereichsleiter des Regionalschulamtes ein Rundschreiben an die Grundschulleiter gesandt, das über die Ergebnisse des Programms im vergangenen Schuljahr berichtete und die Grundzüge der Weiterführung erläuterte.

Die Planung sah entsprechend der Zielstellung die Einbeziehung der vormals ersten und zweiten Klassen vor, soweit es möglich war. Anhand der Anteile der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko (nach DAJ-Kriterien) und Behandlungsbedürftigkeit, erfasst im Rahmen der Reihenuntersuchungen, wurden neue erste Klassen in das Programm aufgenommen. Einbezogen wurden ebenso Klassen in Pirna-Copitz und Pirna-Sonnenstein, weil diese im vergangenen Schuljahr im Rahmen der Horteinrichtungen betreut wurden. Insgesamt wurden 36 Klassen zur Intensivprophylaxe aufgesucht. Der intensivprophylaktische Impuls

lag wie im vergangenen Schuljahr zwischen den für alle Kinder angebotenen üblichen 2 Impulsen (1. Impuls: Basisprophylaxe*, 2. Impuls: Wiederholungsprophylaxe). Die durchgeführten Aktionen beinhalteten die theoretische Aufklärung zu Fragen der Zahngesundheit einschließlich des Anfärbens von Zahnelbelag, das kontrollierte Zähneputzen, eine zahnärztliche Nachuntersuchung und die lokale Fluoridierung der bleibenden Zähne, wenn das Einverständnis der Eltern dazu vorlag.

Im Rahmen des Intensivprophylaxekontaktes wurde geprüft, ob die Kinder, die eine Erinnerungsmittteilung wegen des notwendigen Zahnarztbesuches erhalten hatten, inzwischen in Behandlung waren. Außerdem wurde die Anzahl der vorgelegten Vorsorgepässe erfasst und nach Eintragungen durch den behandelnden Zahnarzt kontrolliert.

3. Ergebnisse

Entsprechend der Fragestellung wurden die Ergebnisse nach unterschiedlichen Gesichtspunkten ausgewertet.

3.1 Auswertung der durchgeführten Intensivprophylaxe

In 27 der insgesamt 36 im letzten Jahr betreuten Klassen wurden die Maßnahmen in gleicher Art wie im vorherigen Schuljahr weitergeführt. Wegen des überdurchschnittlich hohen Anteils von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko kamen vier neu betreute erste Klassen hinzu. In den Grundschulen Pirna Sonnenstein und Copitz, deren Kinder im vergangenen Schuljahr in den Horteinrichtungen betreut wurden, sind 5 Klassen anhand der Ergebnisse der Reihenuntersuchungen ausgewählt worden.

Insgesamt waren 707 der 740 gemeldeten Kinder zum Termin der Intensivprophylaxe anwesend (95 %). Davon waren 138 Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko und 344 Kinder, die zur Reihenuntersuchung behandlungsbedürftig waren. Bei 613 (86,7 %) Kindern lag das Einverständnis der Eltern für eine zusätzliche lokale Fluoridierung der bleibenden Zähne vor. Damit wurde die Tendenz des vergangenen Jahres fortgesetzt.

Der durchschnittliche Zeitaufwand in den Klassen betrug etwa 1,5 Stunden. Durch die Kontinuität

der gruppenprophylaktischen Betreuung war die Akzeptanz der zusätzlichen Maßnahmen bei den Schulleitern sehr gut. Da von vornherein kein Zeitdruck bestand, wurde im Durchschnitt für die Klassen zwei Schulstunden für die Intensivprophylaxe verwandt. Die meist gute Zuarbeit der Lehrer äußerte sich in der Unterstützung beim Rücklauf der Elternbriefe.

3.2 Auswertung der Behandlungsbedürftigkeit

Zur Reihenuntersuchung im ersten Schulhalbjahr waren in den ausgewählten Klassen 344 Kinder behandlungsbedürftig und hatten eine Aufforderung erhalten, zum Zahnarzt zu gehen. Davon konnte zum Termin der Intensivprophylaxe bei 135 Kindern noch keine Kariesbehandlung festgestellt werden. Diese erhielten eine Erinnerung. Während im vergangenen Schuljahr bei 48 % der Behandlungsbedürftigen eine Erinnerungsmittteilung über Behandlungsbedarf ausgestellt werden musste, waren dieses Mal 37,5 % seit der Reihenuntersuchung offensichtlich noch nicht beim Zahnarzt gewesen.

Bei der Wiederholungsprophylaxe, die mindestens zehn Wochen nach der Intensivprophylaxe stattfand, hatten noch 86 Kinder (25 %) trotz der zusätzlichen Intervention keine vollständig sanierten Gebisse. Dabei betraf dies neben einer Klasse aus dem ländlichen Bereich, aus der keiner der Behandlungsbedürftigen im Laufe des Schuljahres saniert wurde, besonders Klassen aus dem Stadtgebiet Pirna und Neustadt. Häufig waren es Kinder, die schon im ersten Jahr der Durchführung der Intensivprophylaxe mehrfach auf die Behandlungsbedürftigkeit hingewiesen worden waren. Meistens bezog sich die therapeutische Notwendigkeit auf kariöse Milchzähne. Die Milchzahnbehandlung stellt in vielen Fällen nach wie vor ein Stiefkind zahnärztlicher Tätigkeit dar. Immerhin waren also zur letzten Untersuchung 75 % der Gebisse saniert, noch einmal 14 % mehr nach der Erinnerung.

3.3 Auswertung der Struktur der Risikogruppen

In den Klassen, die in das Programm einbezogen wurden, fand sich bei der Untersuchung bei 138

Kindern ein erhöhtes Kariesrisiko. Das waren 47 % aller Kinder mit erhöhtem Erkrankungsrisiko in den vom Gesundheitsamt betreuten Grundschulen. An der Intensivprophylaxe nahmen 133, also 96 % dieser Kinder, teil. Bei 120 Kindern lag das Einverständnis zur lokalen Fluoridierung vor, ein Kind hatte zum Termin den Elternbrief vergessen und bei 13 Kindern gaben die Eltern kein Einverständnis für die Fluoridlacktouchierung in der Schule. Die meisten davon teilten mit, dass die Fluoridierung beim behandelnden Zahnarzt durchgeführt wurde.

Ein hoher Prozentsatz (84 %) der Kariesrisikokinder stellte sich bei der ersten Reihenuntersuchung als behandlungsbedürftig heraus. Fast die Hälfte der Kinder (47 %) erhielten eine erneute Erinnerungsmittteilung am Termin der Intensivprophylaxe, den die meisten (70 %) ignorierten. Beim Vergleich mit der Gesamtheit der in das Programm einbezogenen Kinder ließ sich feststellen, dass besonders die Kariesrisikokinder nicht zum Zahnarzt gingen (s. Abb. 1).

3.4. Auswertung nach Indizes

Zur Charakterisierung des Gebisszustandes wurde insbesondere die Differenz der DMF(T)-Mittelwerte in den entsprechenden Klassen herangezogen. Zum Vergleich wurden nur die Klassen aus dem Intensivprophylaxeprogramm herangezogen, die im Schuljahr 1998/99 als erste und zweite Klassen und dann 1999/2000 als zweite und dritte Klassen zusätzlich betreut wurden. Die Werte wurden den entsprechenden, im gesamten Kreisgebiet vorliegenden Ergebnissen vergleichend gegenübergestellt. Zur Veranschaulichung dienen die Abbildungen 2 und 3.

Es wurde dabei deutlich, dass zwar in den Intensivprophylaxeklassen zu Beginn erheblich ungünstigere Ausgangswerte vorlagen, der Zuwachs an kariösen, extrahierten und gefüllten Milch- und bleibenden Zähne aber in der Folge weit unter dem Kreisdurchschnitt lag.

3.5. Auswertung der Akzeptanz der Vorsorgepässe

Seit dem Schuljahr 1998/99 wurden in Sachsen Vorsorgepässe „Gesunde Zähne“ an die Kinder

ausgeteilt, in denen zahnärztliche Maßnahmen wie Reihenuntersuchungen, Gruppenprophylaxe und der Zahnarztbesuch sowie Fluoridierungsmaßnahmen vom 3. Lebensjahr an bis zum Abschluss der sechsten Klasse eingetragen werden konnten.

Da es differente Meinungen über die Akzeptanz diese Nachweishefte bei den Eltern und den Zahnärzten gab, sollte im Rahmen des Intensivprophylaxeprogramms bei den betreuten Klassen ausgewertet werden, wie viele Kinder den Vorsorgepass vorlegten und ob Eintragungen durch den behandelnden Zahnarzt erfolgt waren.

Da vier Klassen erst zur Intensivprophylaxe ihre Vorsorgepässe erhalten hatten, wurden dann also 51 % der vorhandenen Pässe zum Termin der Intensivprophylaxe vorgelegt und 57 % zum Termin der Wiederholungsprophylaxe. In 99 Pässen, das entsprach 23 % der zur Wiederholung vorgelegten Vorsorgepässen, waren Prophylaxemaßnahmen des behandelnden Zahnarztes eingetragen worden.

Dabei gab es Klassen, in der kein Kind seinen Vorsorgepass zum Termin bei sich führte und Klassen, in denen alle ihr Nachweisheft vorlegen konnten. Großen Einfluss darauf hatte die Unterstützung durch den Klassenleiter. Eine spontane Mitgabe durch die Eltern wurde nur in Einzelfällen beobachtet.

Allerdings war noch nicht viel Zeit seit der Einführung dieses Vorsorgepasses vergangen und der Bekanntheitsgrad war noch sehr gering. Eine weitere Verbesserung der Akzeptanz schien durchaus möglich.

4. Schlussfolgerungen

Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko stellten noch immer eine Herausforderung für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe dar.

Die meisten dieser Kinder waren zur Reihenuntersuchung behandlungsbedürftig. Wenn auch die Hälfte zum Termin der Intensivprophylaxe saniert war, so hatten doch viele der Kinder, die bis dahin noch nicht beim Zahnarzt gewesen waren, auch trotz der Erinnerungsmittteilung keinen Zahnarztbesuch wahrgenommen. Bei einer Weiterführung des Programms wäre es sinnvoll, die Gestaltung der Elternmittteilung über die noch bestehende Behand-

lungsbedürftigkeit zu überdenken und die Entwicklung der Behandlungsbedürftigkeit weiter zu verfolgen.

Nur bei gleichzeitiger Kariesbehandlung erschienen weitere prophylaktische Maßnahmen wie die lokale Fluoridierung sinnvoll. Trotzdem entwickelten sich die Indizes, die Aussagen über den Gebisszustand gaben, in den Klassen des Intensivprophylaxeprogramms günstiger als im Kreisdurchschnitt. Hier sollte die Fortführung des Programms weitere und fundiertere statistische Aussagen ermöglichen.

Dr. Grit Hantzsch
Landkreis Sächsische Schweiz
Gesundheitsamt
Jugendzahnärztlicher Dienst
E.-Thälmann-Platz 1
01782 Pirna

*Die Bezeichnung weicht von der im Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen geprägten Terminologie für Basis- und Intensivprophylaxe ab

Abb. 1: Behandlungsbedürftigkeit bei Kindern insgesamt und bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko

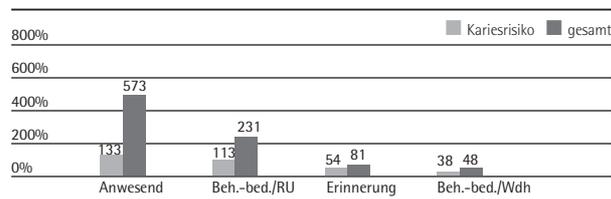


Abb. 2: Entwicklung des DMF-T-Mittelwertes bei den ehemals ersten Klassen bis zur 2. Klasse

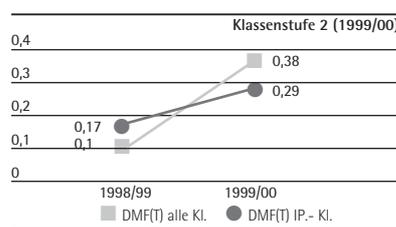
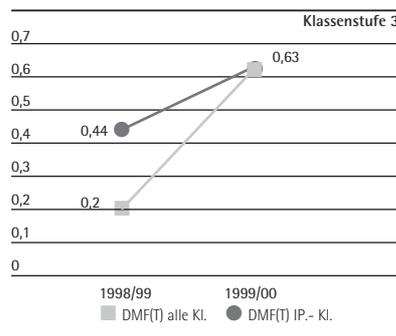


Abb. 3: Entwicklung des DMF-T-Mittelwertes bei den ehemals 2. Klassen bis zur 3. Klasse



Stellungnahme zum „Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe“ der Spitzenverbände der Krankenkassen

Nach dem „Konzept zur Durchführung der zahnmedizinischen Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe“ (1995), legten die Spitzenverbände der Krankenkassen im November 2000 das „Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe“ vor. Dieses Konzept greift die durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 festgelegte Erweiterung des § 21 SGB V auf. Das sind die zu erreichende Flächendeckung der Gruppenprophylaxe, der intensivprophylaktische Betreuungsansatz für Schulen und Behinderteneinrichtungen in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist und die Durchführung dieser Betreuung bis zum 16. Lebensjahr. Realisierungsmöglichkeiten für alle beteiligten Kooperationspartner werden vorgestellt.

Neben einer Fülle von differenzierten Hinweisen und Empfehlungen mit entsprechenden Literaturhinweisen stellen v.a. folgende Punkte Kernaussagen für die Arbeit der Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD dar:

- Über die Empfehlung an die regionalen Krankenkassen, den Ausbau im Rahmen der gesetzlichen Mitwirkungspflicht zu fördern, wird dieser Ausbau nun an Inhalte und Qualitätssicherungsmaßnahmen einer effektiven und effizienten Gruppenprophylaxe geknüpft. Dies bedeutet eine starke Einbeziehung des an vielen Stellen im Sozialgesetzbuch verankerten Qualitätsgebotes (v.a. in § 135a). Auch die Gesundheitsministerkonferenz hat in den 1999 beschlossenen Zielen für eine einheitliche Qualitätsstrategie im deutschen Gesundheitswesen darauf hingewiesen, dass „Leistungen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden müssen“.
- In diesem Zusammenhang verweist das Weiterentwicklungskonzept auf Vorgehensweisen der evidenzbasierten Zahnmedizin, nämlich die Verwendung von Fluoriden und dies speziell bei sozial benachteiligten Kindern mit vergleichsweise schlechter Mundgesundheit. Bei diesen Kindern ist die Effektivität gesunderziehungserzieherischer Maßnahmen deutlich geringer als bei Kindern mit gutem Mundgesundheitszustand. Die Intervention mittels der „biomedizinischen Prävention“ durch Fluoride ist ein Public Health Erfordernis. Nachdem die Public Health Forschung Umfang und zeitliche Trends differentieller Morbidität dokumentiert hatte, und in den letzten Jahren die Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit im Vordergrund stand, stellt sich in neuester Zeit zunehmend die Frage nach deren Beeinflussungsmöglichkeiten. In diesem Zusammenhang werden die interventionellen Aktivitäten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, die gezielt auf sozio-ökonomisch benachteiligte Gruppen fokussiert sind, diskutiert. Sie können struktureller, d.h. auf die Veränderung von Lebens- und Arbeitsbedingungen abzielender Art sein, oder auf die Veränderung von Verhaltensweisen Betroffener sowie auf die Optimierung präventiver und therapeutischer Maßnahmen ausgerichtet sein. Damit erklärt sich auch der sog. „Setting-Ansatz“ der Gruppenprophylaxe, nämlich das Hereintragen präventiver Maßnahmen in die Lebensbereiche Kindergarten und Schule unter Einbeziehung der Bezugspersonen der Heranwachsenden, damit sich gesundheitliche Chancengleichheit entwickeln kann.
- Schließlich münden die Anregungen in einer Darstellung der Möglichkeiten, Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, zu identifizieren. Schüler dieser Einrichtungen sollen bis zum 16. Lebensjahr gruppenprophylaktisch betreut werden. Die zunehmend starke

Beeinflussung der Gruppenprophy-

laxe durch die Qualitätsdiskussion bekommt nicht nur vor dem Hintergrund des Weiterentwicklungskonzepts Gewicht, sondern auch durch die Aussagen des Vorsitzenden des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Prof. Schwartz.

„Qualitätsmanagement beginnt bereits bei der Festlegung von Zielen, der Auswahl der Zielgruppen, Zugangswege und Interventionsverfahren. Eine wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung der Qualität ist die möglichst genaue und theoretisch fundierte Festlegung des Zieles, das der Maßnahme, der Auswahl der Zielgruppen, der Zugangswege und der einzubeziehenden Kooperationspartner zugrunde liegt“.

Neben dem subjektiven Bedarf der Zielgruppen muss „auch ihr objektiver Bedarf bestimmt werden, nämlich das Ausmaß und das Reduktionspotenzial der Krankheitslast, der Risiken und Belastungen und auch der möglichen positiven Ressourcen in der Zielgruppe. Hieran knüpfen sich in der Regel auch die wesentlichen Erwartungen der Kostenträger und der Politik“.

Der Vorstand des BZÖG empfiehlt eine konstruktive Auseinandersetzung mit dem Weiterentwicklungskonzept auf der regionalen, der Landes- und der Bundesebene. Der ÖGD hat durch seine aufsuchende Betreuung sowie den Zugang zu den Kindereinrichtungen und den Multiplikatoren eine Schlüsselposition in den Kommunen und sollte die vorliegenden Anregungen in die Planung, Steuerung, Durchführung und Evaluation der bedarfsorientierten Betreuungskonzepte einbeziehen.

Insbesondere die regelhafte Verknüpfung der gesunderziehungserzieherischen Maßnahmen mit der Fluoridierung sowie den Maßnahmen der sekundären Prävention stellt die größte organisatorische Herausforderung an die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD bei der Umsetzung einer flächendeckenden Gruppenprophylaxe dar, die ein neues Maß an Kooperations- und Finanzierungsbereitschaft aller Kostenträger verlangt.

Dr. Michael Schäfer,
M. san.,
Dr. Gudrun Rojas

10 Jahre Öffentlicher Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen

Mit einer Jubiläumsveranstaltung der im Öffentlichen Gesundheitsdienst beschäftigten Mitarbeiter begingen die vier sächsischen Verbände, der Landesverband der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Landesverband der Tierärzte, der Verband der Lebensmittelchemiker und der Landesverband der Lebensmittelkontrolleure am 21.10.2000 in Dresden gemeinsam das zehnjährige Bestehen.

In seinem Geleit würdigte der Staatsminister für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Herr Dr. H. Geisler die Leistungen der Mitarbeiter des ÖGD mit den Worten: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist die dritte Säule des Gesundheitswesens. Neben den großen Bereichen der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung spielt er zwar traditionell in Deutschland eine eher bescheidene Rolle, aber er ist und bleibt eine unverzichtbare Stütze des Gesundheitssystems. Beobachten, bewerten und überwachen im Sinne der Bevölkerungsmedizin sowie Beratung, Vorsorge und Hilfsangebote im Sinne der Individualmedizin – das sind seine wichtigsten Aufgaben. Der Öffentliche Gesundheitsdienst trägt durch Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung zur politischen Entscheidungsfindung bei. Durch besondere Angebote an soziale Randgruppen tritt er für gesundheitliche Chancengleichheit aller Bürger ein.“

Dieses Jubiläum war auch für uns als Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst Anlass, Bilanz zu ziehen. Nach der politischen Wende übernahmen wir in Sachsen die für uns völlig neuen Strukturen des Gesundheitswesens, wie sie in den alten Bundesländern üblich waren. Zahnärzte arbeiteten jetzt in privater Niederlassung oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Heute gibt es bis auf einen Kreis in jedem Gesundheitsamt einen Zahnärztlichen

Dienst mit hauptamtlich tätigen Zahnärzten. In Dresden, Leipzig und Annaberg bestehen noch Jugendzahnkliniken, deren Status zwischen Niederlassung und ÖGD liegt.

Zuerst war wohl jeder Zahnarzt am Gesundheitsamt ein Einzelkämpfer. Genaue Vorstellungen über die Aufgaben und deren Erfüllung waren nur wagen. Da es gemeinsam leichter war, bei Behörden und Bevölkerung Akzeptanz zu erreichen, organisierten sich die Ärzte und Zahnärzte der Gesundheitsämter im „Sächsischen Verband der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes“, der ein Landesverband im Bundesverband der Ärzte ist.

Die fachliche zahnärztliche Landesvertretung liegt jedoch mehr beim Bundesverband der Zahnärzte des ÖGD (BZÖG), der unsere Belange gegenüber dem Bundesministerium, der BZÄK, den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege vertritt.

Um eine bessere Anbindung an den BZÖG zu erreichen, gründeten die sechs Zahnärztinnen, die gleichzeitig Mitglied beider Verbände waren, im Februar 1994 in Sachsen die Landesstelle des BZÖG. Als Leiterin dieser Landesstelle wurde Frau Reichelt, zur Stellvertreterin Frau Schmidtchen gewählt.

Unter der engagierten Führung der Landesstelle durch Frau Reichelt wurde Beachtliches geleistet, wie z.B. die Erarbeitung von Standards für die zahnärztliche Reihenuntersuchung, die Organisation der Kalibrierung aller Zahnärzte, die an den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen beteiligt sind, die Mitwirkung bei der Novellierung der VO zur Schulgesundheitspflege vom 30. Mai 1998, in der die Aufgaben der Zahnärzte des ÖGD ausdrücklich festgelegt werden und die Mitarbeit beim Projekt „Kommunale Verwaltungsmodernisierung Sachsen“ bei der Aufstellung von Kennzahlen für den Bereich der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter.

Was heute selbstverständlich ist, wurde in den vergangenen Jahren in enger Zusammenarbeit mit dem zuständigen Ministerium aufgebaut. Besonderer Dank gilt hier Frau Rönsch im Referat ÖGD beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie im Freistaat Sachsen, die

uns immer große Unterstützung zuteil werden ließ.

Im Vergleich mit anderen Bundesländern ist die enge Zusammenarbeit von Ärzten und Zahnärzten, wie wir sie in Sachsen praktizieren, eine empfehlenswerte Ausnahme. Sie ist historisch gewachsen und sie hat uns in den Anfängen geholfen unsere Position zu finden, da besonders der Vorsitzende des Landesverbandes, Herr Dr. Laue, im Landtag und im Ministerium auch unsere Interessen zu vertreten wusste. In gleicher Weise werden wir in Zukunft unsere Mitarbeit im gemeinsamen Verband pflegen, da wir dadurch eine bessere politische und rechtliche Vertretung im Freistaat Sachsen und auf kommunaler Ebene und damit auch in den Gesundheitsämtern erwarten.

Der 1999 neu gewählte Vorstand der Landesstelle Sachsen des BZÖG wird die Fortführung der Anleitung und Unterstützung der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst fortsetzen.

Dr. Grit Hantzsch
Landkreis Sächsische Schweiz
Gesundheitsamt
Jugendzahnärztlicher Dienst
E.-Thälmann-Platz 1
01782 Pirna

Wrigley's Extra White



– der neue kosmetische Zahnpflegekaugummi zur Vorbeugung von Zahnverfärbungen von Wrigley
– steht ab sofort in optimierter Zusammensetzung, d.h. mit dem Zuckerersatzstoff Xylit und im praktischen Tab-Format zur Verfügung. Die Prophylaxe Vorteile dieses Produktes bestehen laut Herstellerangaben in der signifikanten Speichelstimulation um bis zu 300%, der raschen Neutralisation, reduzierter Plaque-Bildung und der verstärkten Remineralisation durch den erhöhten Mineralgehalt im Speichel.

Nähere Informationen:

Wrigley Dental Programs,
Albrecht-Dürerstraße,
82008 Unterhaching

Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
1/01

Armut und Gesundheit

Das Haus der Kulturen der Welt war am 1. und 2.12.2000 Veranstaltungsort für den 6. bundesweiten Kongress „Armut und Gesundheit“. Initiator und Organisator war, wie auch in den vorangegangenen Jahren, die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung – Gesundheit Berlin e.V.. Rund 800 Betroffene und Fachleute aus den Bereichen Medizin, Sozialarbeit, Krankenversicherung, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Wissenschaft tauschten sich zu armutsbedingten gesundheitlichen Problemlagen von Kindern, Frauen, Arbeitslosen, Migranten, Wohnungslosen, Älteren, suchtkranken Menschen und Menschen mit Behinderung aus. Weitere Themen waren Armuts- und Gesundheitsberichterstattung, verdeckte Armut und Armut im Stadtteil. Ca. 140 Fachleute beteiligten sich mit aktiven Beiträgen und in Fachforen wurden Lösungsvorschläge für eine Gesundheits- und Sozialpolitik in Bund, Ländern und vor Ort entwickelt, die dem gesetzlichen Auftrag nach einer Gesundheitsversorgung für alle entsprechen.

Das Soziale ist die beste Medizin

haben Mediziner bereits im vorigen Jahrhundert festgestellt. Frau Prof. Dr. Ilona Kieckbusch der Yale University überschrieb so ihren beeindruckenden Eröffnungsvortrag in dem sie u.a. ausführte, dass Armut und Ungleichheit lange Zeit nicht wahrgenommen wurden und auch in Deutschland wenig Bereitschaft besteht, sich der Armutproblematik hinsichtlich der Gesundheit zu stellen.

Der Tod ist eine soziale Krankheit – 150 Jahre sind seit dieser Feststellung von Rene Villerme, dem französischen Pionier der öffentlichen Gesundheit, vergangen. Die Epidemiologie verzeichnet damals wie heute den ursächlichen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Krankheit und frühem Tod.

Die internationale Forschung zu Armut und Gesundheit

hat damit begonnen, den Unterschieden genauer nachzuspüren.

Zum einen werden sehr viel systematischere Vergleiche zwischen verschiedenen Einkommensgruppen/Haushalten angestrebt. Zum anderen wird ein erheblich komplexeres Verständnis von Armut und sozialer Ungleichheit entwickelt. Ins Blickfeld kommen dabei neben den ökonomischen Faktoren eine Vielzahl von sozialen Komponenten. Zunehmend wird in der Diskussion um die globale Ressourcenverteilung deutlich, dass die sozialen Ressourcen zum Gegenstand der Politik werden müssen, sowohl im nationalen Rahmen, wie auch als zentraler Gegenstand einer globalen Sozialpolitik.

Im nationalen Rahmen

lässt sich die scharfe Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik sowohl auf der Ebene der Prävention wie der Intervention immer schwieriger aufrechterhalten, so Kieckbusch. Die Forschung zeigt, dass geringes Einkommensgefälle, Zugang zu Arbeit und Einkommen, Zugang zu Bildung, Ausbildung und sozialer Partizipation die Grundkomponenten für den Abbau gesellschaftlicher Ungleichheiten, wie auch der Gesundheitsrisiken sind. Als Politikfelder weisen sie weit über das heutige Verständnis von Gesundheitspolitik hinaus, denn nicht nur über gesundheitliche Versorgung und Prävention sind gesundheitliche Unterschiede abbaubar. Neuartige gemeinsame Ansätze müssen geschaffen werden, deren integrativer Ansatz die systematische Investition in Programme für sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und Familien sowie in soziales Kapital und Nachbarschaftsstrukturen ermöglicht.

„Die gesundheitliche Situation armer Menschen wird in der gesundheitspolitischen Diskussion noch immer viel zu sehr vernachlässigt“,

fürhte die Gesundheitsministerin während des Kongresses aus und verdeutlichte, dass hier Defizite zu beseitigen sind. Zählte man früher das Thema Armut im Bewusstsein der Politik zu den klassischen sozialpolitischen Arbeitsfeldern rückt erst jetzt die gesundheitliche Dimension mehr ins Blickfeld.

Die Tatsache, dass Armut krank macht, steht nunmehr auf der politischen Agenda und dem Zusam-

menhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit wird heute eine stärkere Aufmerksamkeit gewidmet. Dazu dient z.B. auch der erste *Armuts- und Reichtumsbericht* des Bundesministeriums für Gesundheit, der im Frühjahr 2001 veröffentlicht werden soll und sich nicht auf die Schilderung der Auswirkungen von Einkommensarmut beschränkt, sondern die Lebenslagen in die Betrachtung mit einbezieht. Das Thema Gesundheit wird darin eine wichtige Rolle spielen.

Eine *Bund-Länder-Arbeitsgruppe* zum Thema „Armut und Gesundheit“ bearbeitet gegenwärtig fünf Schwerpunkte – Medizinische Versorgung Obdachloser, Migration und Gesundheit, Prostitution, Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen. Zu den ersten beiden Themen liegt ein Bericht vor, der die Situation analysiert, die Probleme beschreibt, Problemlösungen aufzeigt und Handlungsempfehlungen gibt. Ein weiterer Schwerpunkt ist die *Prävention*. Mit der Gesundheitsreform 2000 ist die primäre Prävention als Leistung der GKV vorgesehen. Präventionsangebote sollen – so fordert es das Gesetz – den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Erfolge können allerdings nur erreicht werden, wenn viele Kräfte zusammenwirken, damit für die Menschen die Lebensbedingungen besser werden. Dazu gehört auch, dass das Thema Armut und Gesundheit öffentlich wird. Das Internet ist hierfür ebenfalls ein Forum. In Kooperation berichten Gesundheit Berlin e.V. und das Gesundheitsministerium seit dem 1.12.2000 ein Jahr lang auf den Internet-Seiten des „Dialog Gesundheit“ zu verschiedenen Facetten von „Armut und Gesundheit“ (www.dialog-gesundheit.de/armut). Auch der Kongress und die alljährlich herausgegebene Dokumentation stellen hierbei einen wichtigen Beitrag dar. Der 7. bundesweite Kongress „Armut und Gesundheit“ wird voraussichtlich am 30.11./1.12.2001 stattfinden. Ein Datum, das sich Interessierte schon jetzt vormerken sollten.

Dr. Gudrun Rojas

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

von Andreas Mielck
Verlag Hans Huber
Bern 2000,
496 Seiten,
49,80 DM
ISBN 3-456-83454-3

Fragestellungen zur statistischen Verteilung der Lebenserwartung und zu Vorkommenshäufigkeiten von Einzelerkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen in der Bevölkerung haben in der sozialwissenschaftlichen Forschung eine lange Tradition und werden auch in internationalen Vergleichen von Gesundheitssystemen und deren Leistungsfähigkeit immer wieder diskutiert. Dabei finden entsprechende wissenschaftliche Ergebnisse und Ursachenbetrachtungen in der sozialpolitischen Öffentlichkeit fast wellenartig mal mehr, mal weniger Aufmerksamkeit.

Zweifellos ist es aber so, dass das Interesse am Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ in den letzten Jahren insgesamt erheblich zugenommen hat. Im Vordergrund steht dabei die Frage, warum und in welchem Umfang Angehörige der unteren Sozialschichten insgesamt höhere Mortalitätsraten bzw. höhere Morbiditätsraten aufweisen als Bevölkerungsgruppen der oberen Sozialschichten einer Gesellschaft. Interessanterweise lassen sich ja diese Unterschiede grundsätzlich in allen Industriegesellschaften Europas und in den USA nachweisen.

Die vorliegende Arbeit von Andreas Mielck greift diese Gesamthematik auf und berichtet und diskutiert das einschlägige empirische Datenmaterial auf diesem Gebiet und die von der Forschung erarbeiteten Erklärungsansätze und Interventionsmöglichkeiten. In insgesamt fünf Einzelkapiteln wird Schritt für Schritt das Problemfeld aufgerollt und insbesondere die Ergebnisse aus großen epidemiologischen Studien aus Deutschland und aus anderen Ländern kritisch analysiert. Für Deutschland stellt der Autor beispielsweise zusammenfassend heraus, dass die Morbidität in den unteren Statusgruppen häufig zwei-

bis dreimal so groß ist wie in den oberen Statusschichten der Bevölkerung. In diesem Zusammenhang werden auch eingehend ausgewählte oralepidemiologische Befunde für Deutschland einer eingehenden Analyse unterworfen.

In einem Schlusskapitel werden dann Gesichtspunkte zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit unter Einbeziehung der Diskussionsansätze in Deutschland, in Großbritannien, den Niederlanden und in der Schweiz beleuchtet.

Insgesamt wird in dem Buch versucht, einen umfassenden und allgemein verständlichen Überblick über den Stand der empirischen, theoretischen und gesundheitspolitischen Diskussion bereitzustellen.

Das Buch bietet dem interessierten Leser einen profunden Überblick über den „State of the art“ auf diesem wichtigen sozialmedizinischen Feld. Es eignet sich auch bestens als Nachschlagewerk über die ansonsten sehr verstreut publizierten epidemiologischen Studien hilft, den Erfahrungsaustausch zu verbessern und auf eine breitere Basis zu stellen. Alles in allem ein Buch, das solide informiert und die Bedeutung sozialmedizinischer Orientierungsdaten für die Gesundheitspolitik unterstreicht.

Dr. Wolfgang Micheelis

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der ZM

Fakten die für sich sprechen

„Arme sterben früher“

Nach einer französischen Studie hat ein 35 Jahre alte Professor eine Lebenserwartung von weiteren 43,2 Jahren. Ein ungelernter Arbeiter hat dagegen mit 35 Jahren schon sein halbes Leben verbracht. Ihm bleiben – statistisch – noch 34,3 Jahre. Das ist ein Unterschied in der Lebenserwartung von knapp neun Jahren. Berechnungen der Medizinischen Hochschule Hannover gehen von rund sieben Jahren aus.

„Wohlstand und Armut sind ungleich verteilt“

75 Prozent der Bevölkerung leben in relativem Wohlstand, 15 Prozent leben in prekären Lagen und 10 Prozent sind als arm einzustufen. Innerhalb eines Untersuchungszeitraums von sechs Jahren kamen 30 Prozent aller Haushalte mit Armut in Berührung, der überwiegende Teil jedoch „nur“ vorübergehend. (Leibfried/Voges (Hg.): Armut im modernen Wohlfahrtsstaat, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 32, Opladen 1992 und Leibfried, Leisering u.a.: Zeit der Armut. Lebensläufe im Sozialstaat. Edition Suhrkamp Frankfurt/M. 1995.)

„Armut wird jünger“

Von Armut sind vor allem Haushalte mit mehreren Kindern oder allein erziehenden Elternteilen betroffen. Während nach einer Studie von DGB und Wohlfahrtsverbänden die durchschnittliche Armut der Gesamtbevölkerung 1998 bei 9,1 Prozent lag, litten 29,9 Prozent der Einelternhaushalte unter Einkommensarmut. Mehrere Kinder zu versorgen wird oft zum Einkommensproblem, weil einerseits der Bedarf steigt, aber wegen der Kindererziehung eine Vollerwerbstätigkeit beider Eltern nur schwer möglich ist. Von den Kindern bis 15 Jahre lebten 14,2 Prozent unter der Armutsgrenze.

„Arme Kinder und Jugendliche haben mehr Unfälle“

Die Auswertung unfallbedingter Krankenhausaufnahmen in Nordrhein-Westfalen ergab: Kinder aus unteren sozialen Schichten werden zu 40 Prozent häufiger Opfer

schwerer Unfälle (Verkehrsunfälle, Verbrennungen, Vergiftungen) als Kinder aus günstigeren sozialen Verhältnissen. Gründe dafür: arme Familien wohnen eher in verkehrsreichen Stadtteilen, Schutzvorkehrungen im Verkehr und im Haushalt fehlen öfter und sozial schwache Eltern und deren Kinder sind schlechter über Gefahren informiert.

„Arme Kinder haben schlechtere Zähne“

Kinder aus der Unterschicht haben drei Mal so schlechte Zähne wie ihre Altersgenossen aus der Mittel- und Oberschicht.

„Verdeckte Armut“

Auf 100 Sozialhilfeempfänger kommen noch einmal rund 110 Personen, die ihre Rechtsansprüche nicht geltend machen. Das geht aus einem Forschungsbericht des Frankfurter Instituts für Sozialberichterstattung und Lebenslagenforschung (ISL) vom März 1998 hervor. Nach der Definition des ISL gehören zu den von verdeckter Armut Betroffenen jene Personen, die zwar einen Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG haben, diesen aber nicht wahrnehmen.

„Heimatlose bleiben ohne Hilfe“

Rund eine halbe Million Migranten leben nach Schätzungen der Wohlfahrtsverbände ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland. Für sie ist der übliche Zugang zu medizinischen Versorgungseinrichtungen erschwert, weil sie eine Meldung an die Ausländerbehörden und die damit verbundene Abschiebung fürchten. Doch in der Illegalität zu leben macht krank. Gesundheitsschädliche Arbeiten, mangelhafte Ernährung, Leben auf engstem Raum und fehlende Heizmöglichkeiten sind häufig der Alltag.

„Arme haben weniger Bewältigungsmöglichkeiten“

Arme haben eine nachweislich höhere Belastung am Arbeitsplatz, oftmals ein unsichereres Arbeitsverhältnis, sind häufig arbeitslos, wohnen schlechter und haben schlechtere Erholungsmöglichkeiten. Wie stark sich diese Belastungen auf Gesundheit und Lebenserwartung auswirken hängt von den verfügbaren Bewältigungsressourcen ab.

„Lebensverhältnisse beeinflussen Gesundheitszustand“

Nach Berechnung von Wissenschaftlern hat in reichen Ländern eine verbesserte medizinische Versorgung nur zu rund 20 Prozent Einfluss auf Erkrankungshäufigkeit und Lebenserwartung. Die Verbesserung der Lebensverhältnisse (Ausstattung mit Gütern, Rechten, Bildung, Informationen, gesellschaftlicher Teilhabe und verbessertes Gesundheitsverhalten) wirkt sich dagegen zu 80 Prozent darauf aus.

Quelle:

www.dialog-gesundheit.de/armut/news/fakten.de
Sammlung Armut und Gesundheit

Das Dental Vademecum (7. Ausgabe)

Herausgeber: BZÄK, KZBV,
Redaktion IDZ,
ISBN: 3-934280-09-9, 148,- DM

Mit der Neuauflage des seit 1988 herausgegeben Nachschlagewerks wurde die Auflistung und Beschreibung von gut 6.000 Dentalprodukten auf den neuesten Stand gebracht. Das Dental Vademecum listet auf knapp 1.000 Seiten alle Produkte und Materialien auf, die in der Zahnheilkunde von Bedeutung sind. Es enthält die wichtigsten Daten zur Zusammensetzung und Anwendung der Dentalprodukte in übersichtlicher Tabellenform.

Für unser Arbeitsfeld sind insbesondere die Kapitel Prophylaxe, Hygiene und Legierungen von großer Wichtigkeit. Einleitende Informationen, Querverweise und ein gut gegliedertes Inhaltsverzeichnis machen es leicht, schnell das richtige Produkt und die gewünschte Information zu finden und machen dieses Buch zu einem unverzichtbaren Nachschlagewerk.

Mit dem neuen Dental Vademecum kann man ganz leicht, die mir neulich gestellte Frage, ob Zahnpaste in Geleeform Gelatine enthält, beantworten.

Mundgesundheit und zahnärztlichen Versorgung der ausländischen Bevölkerung

Tagungsbericht

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein Einwanderungsland. Dieser Tatsache muss sich die Gesellschaft und die Politik stellen. Für die Zukunft sind neue Lösungsansätze und Wege für eine umfassendere gesundheitliche Versorgung erforderlich und andere Herangehensweisen an Patienten aus anderen Kulturkreisen notwendig.

Mit der Thematik „Zur Mundgesundheit und zahnärztlichen Versorgung der ausländischen Bevölkerung“ veranstaltete die BAIZO, die Bundesarbeitsgemeinschaft für interkulturelle Zahnmedizin und Oralprophylaxe, am 24. und 25.11.2000 in Berlin-Neukölln eine bundesweite Fachtagung mit europäischer Beteiligung. Frau Dr. Dohnke-Hohrmann (Zahnärztlicher Dienst Bezirksamt Berlin-Neukölln), als Organisatorin der Tagung vor Ort, ist es gelungen hochrangige und namhafte Referenten aus dem In- und Ausland zu gewinnen. Die Veranstaltung mit dem anspruchsvollen Programm des fachübergreifenden Austausches von Wissenschaftlern, Zahnärzten und Prophylaxehelferinnen, sowie von Pädagogen, Psychologen und Kulturkennern aus verschiedenen Ländern, hatte das Ziel, neue und ergänzende Möglichkeiten der Mundgesundheitserziehung für kulturelle Minderheitengruppen vorzustellen. Bisherige Erfahrungen sollten diskutiert und realistische Perspektiven zur Verbesserung der Mundgesundheit von Migranten entwickelt werden. Weitere Anliegen der zweiten bundesweiten Fachtagung waren, Einblicke in soziokulturelle Hintergründe und ihre Relevanz für die Mundgesundheit zu geben, die Versorgung der Zugewanderten im europäischen Vergleich darzustellen, sowie die Vorstellung von Konzepten und Förderungsmöglichkeiten der fachlichen Kooperation und Vernetzung kennen zu lernen.

Menschen, die zu uns einwandern, bringen sowohl ihre Kultur als auch

ihre Erkrankungen, sowie Kenntnisse über das Gesundheitssystem des Heimatlandes mit. Neben großen psychosozialen Problemen bringt Einwanderung oft Konflikte mit neuen Lebensgewohnheiten. Darunter spielt die Ernährungsumstellung eine nicht zu unterschätzende Rolle. Bezogen auf Zahn- und Munderkrankungen wirken sich die bei uns im Übermaß angebotenen Süßigkeiten negativ aus. Unkenntnis der im Zuwanderungsland bestehenden Gesundheitsangebote sowie sprachliche, kulturelle und psychische Barrieren führen Patienten meist erst bei akuten Problemen zum Zahnarzt.

Die Begrüßungsworte der Ausländerbeauftragten von Berlin, Frau John, des Präsidenten der Berliner Zahnärztekammer, Herrn Dr. Bolstorff, und des Bezirksstadtrates, Herrn Buschkowski, stellten die Wertigkeit gerade dieser Tagung für Berlin heraus. Die Bundeshauptstadt gilt z.B. als größte „türkische Stadt“ weltweit, insgesamt haben sich Menschen aus 184 Nationalitäten in Berlin eingefunden um hier zu leben.

Migration zieht nicht nur psychologische und ökonomische, sondern auch eine Vielzahl gesundheitlicher Probleme nach sich.

Prof. Dr. Poul Erik Petersen, der für Europa zuständige Repräsentant der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus Kopenhagen gab den Tagungsteilnehmern einen Überblick über die Entwicklung der Karies in den europäischen Nachbarstaaten. Er zeigte, dass die Prävalenz in den westlichen Industrienationen rückläufig ist, jedoch insbesondere in den Ländern Osteuropas eine hohe Verbreitung zu verzeichnen ist und eher ansteigt. Einzelne lokale Präventionsprogramme zeigen aber auch dort, z.B. in Slowenien den Anstieg der Zahngesundheit, wie Herr Prof. Dr. Künzel in seinem detaillierten Vortrag über die Mundgesundheit in der Bevölkerung Osteuropas darlegen konnte.

Herr Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, erläuterte die Vorstellungen der deutschen Zahnärzte von einem lebensbegleitenden Prophylaxekonzept. Er forderte zielgerichtete Zuschnitte bei der Betreuung von Risikogruppen, sowohl medizinische als auch soziale, durch Kooperation mit nichtmedizinischen Berufsgruppen.

Frau Prof. Dr. Sonia Williams aus Großbritannien und Frau Dr. Ana Maria Torres aus Dänemark zeigten, wie diese europäischen Nachbarstaaten die genannten Probleme mildern. Die dort lebenden Migranten stammen aus anderen Ländern als unsere Einwanderer. Durch größtmögliche Betreuungsindividualität wird auf die Angleichung der Gesundheit mit der inländischen Bevölkerung hingearbeitet. Die Unterschiede im Status der Migranten, z. B. Aussiedler, Flüchtlinge, Wirtschaftsflüchtlinge, Menschen ohne Dokument, sind von entscheidendem Einfluss auf ihr eigenes Gesundheitsverhalten.

Herr Dr. Harald Strippl (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) sprach das Problem der Nuckelflaschenkaries bei Kleinkindern an. Man findet diese spezielle Form der Kariesintensität aber nicht nur bei Migrantenkindern. Hier sollte verstärkt Aufklärung ansetzen und eine „Verlängerung des Babyalters“, durch positive Besetzung des Kindesalters vermieden werden, beispielsweise durch Aussagen wie „Mein Kind kann schon aus der Tasse trinken“, etc..

Im weiteren Verlauf der Tagung stellten als Referenten des BZÖG Herr Dr. Franz-Josef Robke (Gesundheitsamt Hannover), Herr MSc. DPH Marc Van Steenkiste (Gesundheitsamt Waiblingen) und Frau Dr. Dohnke-Hohmann erfolgreiche regionale Programme im Rahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien vor.

Intensive und bleibende Eindrücke vermittelten die Vorträge von Herrn Gari Pasovic und von Herrn Tana Yüksel über die Situation von Familien in der Migration und das kulturhistorische Gesundheitsverständnis des Islam.

Der Sozialpsychologe Dr. Schneller (MHH Hannover) und Herr Salman vom Ethnomedizinischen Zentrum in Hannover gaben interessante Einblicke zur kultursensiblen Oralprophylaxe und Förderung der Mundgesundheit bei Migranten. Sie sind in ihrer neuen Umgebung in der Regel nicht vereinsamt, sondern in sozialen und kulturellen Netzen integriert. Um dorthin Zugang zu finden, ist es bei der Planung von Pro-

jekten wichtig, die „key-person“, eine bilinguale „Türöffnerperson“ zu erkennen und zu gewinnen. Die Erläuterung der Fortbildung zur „MOM“ (Muttersprachliche Oralprophylaxe Mediatorin) gab wertvolle Einblicke in umgesetzte Praxis. Weitere Ausbildungsmodulare für Gruppenprophylaxehelferinnen, speziell auch für den Umgang mit Kindern aus Zuwandererfamilien, stellte Frau Dipl.-Soz. Ursula Kontner (Geschäftsführerin der LAG Baden-Württemberg) vor.

Tagungsteilnehmer und Referenten waren zusammengelassen, um voneinander zu lernen. Patentrezepte zur Lösung der angesprochenen Problematik gibt es nicht. Doch war ziemlich klar, dass jede Region für ihre größten Migrantengruppen spezifische Vorgehensweisen entwickeln sollte. Durch die aufsuchende Betreuung in den Einrichtungen sind die Zahnärzte im ÖGD oft die Ersten, die mit der Zahn- und Mundgesundheit, aber auch anderen gesundheitlichen Fragen bei Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien in Berührung kommen. Bei der Vermittlung weiterführender Maßnahmen, aber auch in der Vernetzung und Koordination mit anderen nichtmedizinischen Einrichtungen und Institutionen haben Zahnärztliche Dienste eine wichtige Mittlerrolle, wenn sie das Vertrauen der Migranten gewonnen haben. Die Möglichkeiten für eine bundesweite Verknüpfung von Maßnahmen zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Migranten unter Einbindung möglichst vieler beteiligter Organisationen in die BAIZO referierte Frau Dr. Christiane Goepel von der DAJ. Nicht nur der BZÖG unterstützt die Ziele der BAIZO, auch die Teilnahme von Herrn Bernd Wiethard und Herrn Dietmar Knappe als Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen signalisiert die Bereitschaft und Unterstützung der GKV zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Migranten

Die Vorträge der einzelnen Referentinnen und Referenten der ersten und auch der zweiten bundesweiten Fachtagung sind demnächst als Buch „Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten“ erhältlich.

Bezugsquelle:
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ),
von-Sandt-Str. 9,
53225 Bonn.

**Dr. E. Kutschke /
B. Schröder**

Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
1/01



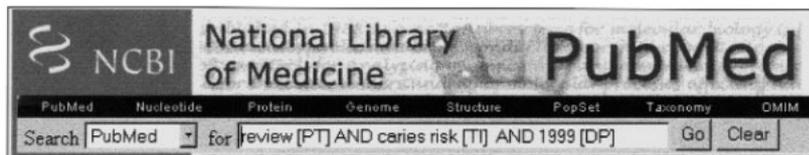
Net-News

Viele Menschen nutzen bereits die Möglichkeiten, die das weltweite Internet bietet. In weiten Bereichen, sei es in der Wirtschaft, aber auch im Privaten, sind die Möglichkeiten nicht mehr wegzudenken. Es ist eine Entwicklung im Gange, deren Ende nicht absehbar ist. Neben nicht wegzudiskutierenden Gefahren sind die Möglichkeiten und Chancen enorm. Für Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD bietet es vor allem Folgendes:

- Rasche und umfangreiche Informationsgewinnung
- Unmittelbare, unkomplizierte und preiswerte Kommunikation per e-mail
- Diskussionen in Online-Foren
- Suchen, Bestellen und vor allem rasches Erhalten von Abstracts oder (Fach)Artikeln, die früher per Fernleihe oft erst nach Wochen verfügbar war.

Ganz gleich also, ob man die neueste Stellungnahme der DGZMK sucht, sich schnell umfassend über den aktuellen Wissensstand zu einem ganz bestimmten Thema informieren möchte oder einfach nur unkompliziert mit den KollegInnen im In- und Ausland „schnackeln“ oder kommunizieren möchte, all das bietet das World-Wide-Web.

Das es viele Möglichkeiten gibt, sich zielgerichtet im Datenozean zu bewegen, dürfte hinlänglich bekannt sein. Dies geht mit geeigneten „Suchmaschinen“ bzw. Indizes, wie *Altavista*, *Fireball*, *Lycos*, *WebCrawler* oder *Yahoo* die einen ständig aktualisierten Zugriff auf ca. 90 % der Ressourcen per Stichwortsuche erlauben. Darüber hinaus gibt es Meta-Suchmaschinen wie *MetaGer*, die wiederum verschiedene dieser Dienste nutzen, zusammenfassen, doppelte Einträge unterdrücken und die Ergebnisse auf den Punkt bringen (s. Abb. 1). Dabei gelangt man oftmals erst an eine überschaubare Menge von Internetadressen, wenn man sich der *Bool'schen Operatoren* bedient, die *Und*- (+), *Oder* (Leerzeichen) und *Nicht*- (-) Verknüpfungen bestimmter Suchbegriffe zulassen oder mit dem Jokerzeichen (*). So sucht die Kombination *Gesundheit +ministerium -Bundes** alle Websites (Internetseiten), auf denen



Hinweise auf die Länderministerien für Gesundheit enthalten sind. Werden stehende Begriffe mit mehreren hintereinander abfolgenden Wörtern gesucht, wie beispielsweise das *Bundesministerium für Gesundheit*, so sollte man den Begriff in Anführungszeichen (*Phrases*) stellen. Es wird dann genau nach dieser Wortabfolge gesucht. Ansonsten erhält man mitunter 100 Hinweise auf Websites, die das Wort Ministerium enthalten und man wundert sich, wie viele dieser Behörden existieren.

Auch unter Berücksichtigung dieser Ratschläge, die Suche im World-Wide-Web ist auf Grund der angebotenen Informationsflut nicht immer leicht und daher oft zeitraubend. Schon so manche Beziehung ist an den stundenfressenden Verlockungen dieses Mediums zerbrochen und schon so manche Telefonrechnung sorgte für einen ordentlichen „Surf-Kater“. Mit diesem Beitrag möchte die Redaktion einen Startschuss für ein Forum geben, in dem erfahrene „Surfer“ gebeten werden, erworbenes Wissen in Form von nützlichen Internet-Adressen, Suchmaschinen bzw. -optionen etc. an fachlich Gleichgesinnte weiterzugeben. Wer also interessantes zu bieten hat, der möchte am besten per e-mail (chri.hollinger@cityweb.de) seine „Favoriten“ an die Redaktion weitergeben, möglichst mit einer knappen Information, wozu sich diese Adresse gut eignet, ggf. ob eine Registrierung nötig ist usw..

Einige Adressen seien hier schon einmal an die Hand gegeben:

- www.dgzmk.de
Seite der DGZMK u.a. mit allen und v.a. den aktuellsten Stellungnahmen der DGZMK
- Zugriff auf *Medline* z.B. über www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/
Hierbei handelt es sich um eine umfassende Literaturdatensamm-

Abb. 2: Beispiel eines "Abfragetextes" zur Literatursuche über MEDLINE

lung, bereitgestellt von der *National Library of Medicine NLM* mit freiem oder registriertem Zugang. Sie ermöglicht die Suche und Online-Bestellung von Fachliteratur beginnend mit dem Jahrgang 1966. Der Dienst besticht durch einen sehr raschen Zugriff, die Suche ist recht einfach, zumeist sind *Abstracts* verfügbar. Auch hier sind selbstverständlich die *Bool'schen Operatoren* (hier: AND bzw. OR und NOT) unentbehrlich, sowie gewisse Kürzel, die das Suchkriterium eingrenzen, so z.B. die Suche nach medizinischen Schlagwörtern (*MESH*-Suche). Oder sucht man beispielsweise nach ei-



Abb. 1: Eine Vielzahl von "Suchmaschinen" ermöglichen den gezielten Zugriff auf die ansonsten unüberschaubare Informationsflut

nem Übersichtsartikel so geschieht dies einfach über [PT] *review* (=Publication Type). Kennt man nur den Autor und das Jahr (=Date of Publication) so schreibt man [AU] *Ricketts* AND [DP] 1995. Wörter die im Titel vorkommen sollen, stehen hinter [TI], Begriffe im Abstract hinter [TW] (=Text Words). Hat man von einem Übersichtsartikel aus dem Jahre 1999 zum Thema Kariesrisiko gehört, so formuliert man wie in der Abb. 2. dargestellt. Interessieren die Artikel einer bestimmten Zeitschrift, so sind sie z.B. unter [TA] *Schweiz Monatsschr Zahnmed* zu finden. Selbstverständlich kann man die genauen Suchmöglichkeiten und Schlagwörterkataloge auch aufrufen und ausdrucken.

- Zugriff auf DIMDI
Dies ist über www.dimdi.de möglich.
Die Suche ist langsamer als bei PubMed, aber die Bestellmöglichkeiten erscheinen komfortabler; Die Zusendung erfolgt innerhalb weniger Tage per e-mail als pdf-Datei (mit dem acrobat reader lesbar), kann auch gegen höhere Gebühr schon binnen 48 Stunden erfolgen, wenn's mal ganz dringend ist. Der Zugriff ist frei oder registriert möglich.
- www.rz.uni-duesseldorf.de/WWW/ulb/dent.html
Diese Seite der „Düsseldorfer Virtuellen Bibliothek Zahnmedizin“ enthält Links für Datenbanken und Sammlungen zahnmedizinischer Internetquellen
- www.derweb.co.uk/index.html
Die Seite enthält u.a. eine umfangreiche Sammlung von zahnmedizinischen Fotos, die für Präsentationen nutzbar sind und per Stichwort durchsucht werden können.
- www.oegd.de
Hier sind Informationen für Gesundheitsämter verfügbar, insbesondere auch Informationen über aktuelle (Dental)Software.
- www.kgst.de
Die Seite gewährt Zugriff auf KGST-Berichte
- www.dental-world.de
Diese Adresse bietet Informationen aus unterschiedlichsten Bereichen der Zahnheilkunde
- (Landes)Arbeitsgemeinschaften:
Mit der einfachen Suchangabe (Landes)arbeitsgemeinschaft + Zahngesundheit oder LAG + Zahngesundheit erhält man die Verbindung zu verschiedenen Homepages von Landesarbeitsgemeinschaften. Hier findet man interessante Links, Materialien u.a. für die Gruppenprophylaxe zum downloaden und vieles mehr.

Viel Spaß beim ausprobieren.

Korrespondenzadresse:
Dr. Christoph Hollinger
Kreis Unna
Fachbereich Gesundheit
und Verbraucherschutz
– Sg Zahngesundheit –
Viktoriastraße 6
44531 Lünen

Zahngesundheits- hits im Kampf gegen Karies & Co.

Nach jeder Aufführung die selbe drängende Frage: „Wann gibt es diese Musik auf CD?“ Und immer wieder die selbe ausweichende Antwort: „Bald!“ Warum Kunst aber auch immer so lange dauern muss! Egal, die bekannten Zahngesundheitslieder der „KINDERLIEDBÜHNE“ M-V aus der Zahngesundheitsshow „Spiel mir das Lied vom Zahn!“ gibt es jetzt auch auf CD. Das Verlagshaus porta musica, welches für den September 2001 auch das Malbuch zur CD veröffentlichten wird, bietet mit dem Tonträger des Erfolgs-Duos aus Norddeutschland ein sehr zeitgemäßes und interessantes Arbeitsmittel für die Gruppenprophylaxe. Von „Zähne muss man putzen“ über „Zahnlied“ und „Bürste, Becher, Zahnpasta“ bis „Alarm – mein Zahn“ findet man wichtige Kernaussagen zur richtigen Zahnpflege in der Sprache der Zielgruppe. Titel wie „Morgens früh, wenn du noch schläfst“, „Die Milch“ oder „Auf dem Bauernhof“ beschäftigen sich auf frische, rockige Weise mit Themen wie gesunde Ernährung. Die Arrangements der insgesamt zehn Titel auf dieser CD sind so vielschichtig, dass das Hören zu einem musikalischen Ausflug durch verschiedene Stilrichtungen wird. Und das Andrea Peters und Thomas Birkigt ihre Berufsausweise als Musiker zu recht besitzen, beweisen sie nicht nur auf ihren Tourneen mit über 100 Veranstaltungen jährlich, sondern auch auf diesem neuen Tonträger. Alle Musikstücke wurden von den Künstlern gemeinsam getextet und komponiert und wer die Gruppenprophylaxe in seinem Bereich künftig mit dieser CD bereichern möchte, kann Sie für DM 29,80 (plus Porto und Nachnahme) wie folgt bestellen: (Kontakt auch für die Planung von Veranstaltungen und Seminaren)

„KINDERLIEDBÜHNE“ M-V
Postfach 1122
17116 Loitz
Telefon: 039998-12544
Telefax: 039998-12554
www.kinderliedbuehne.de

Jugendliche optimal in der Gruppenprophylaxe betreuen

Wie Jugendliche in der Gruppenprophylaxe optimal betreut werden können, zeigt der Tagungsband *Förderung der Mundgesundheit bei Heranwachsenden zwischen Kindheit und Jugend*, den die DAJ jetzt herausgegeben hat. Er basiert auf den DAJ-Tagungen 2000. Sie hatten das Ziel, die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Betreuung in den 5. und 6. Klassen zu vertiefen. Außerdem sollten Mittel und Wege aufgezeigt werden, wie die Altersgruppe der bis zu 16-jährigen Heranwachsenden in Schulen und Einrichtungen mit besonders hohem Kariesrisiko erreicht werden können. In den Beiträgen wird sowohl der Mundgesundheitszustand der 10- bis 16-Jährigen (Prof. Dr. Ulrich Schiffner) sowie der Entwicklungsstand, das Verhalten und die Ansprechmöglichkeiten von Heranwachsenden (Dr. Jutta Margraf-Stiksruud) beleuchtet. Prof. Almuth Künkel erläutert die Auswirkungen dysfunktionaler Familien.

Praktische Impulse geben für die gezielte Ansprache der Jugendlichen im 5. und 6. Schuljahr Dr. Erika Reihlen und für den Bereich der kieferorthopädischen Prophylaxe Dr. Henriette Dörschug. Wie mit dem Dilemma des „Null Bock auf gesunde Ernährung“ bei den Heranwachsenden umgegangen werden kann, zeigt Dr. Annette Nagel. Neben den Informationen, Erfahrungen und Tipps aus verschiedenen Fachrichtungen enthält der Tagungsband einen Abriss der angebotenen Workshops von Sybille van Os-Fingberg (Gruppenprophylaxe in den 5. und 6. Klassen), Dr. Almuth Künkel (Zahngesundheit – wozu? Ganzheitliche Gesundheitsförderung im Jugendalter) und Dr. Reinhard Pastille (Zahnmedizin live – Einblicke in eine Projektwoche für eine 10. Klasse).

Die Broschüre ist zum Preis von 6,- DM bei der Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege zu beziehen.

Kontakt:
Deutsche
Arbeitsgemeinschaft
für Jugendzahnpflege
e. V. (DAJ)
Von-Sandt-Str. 9,
53225 Bonn
Tel.: 02 28 /69 46 77
Fax: 02 28 /69 46 79

Zur Zahn- und Mundgesundheit der Kinder in Mecklenburg-Vorpommern

Verschiedene Veröffentlichungen in den Medien der vergangenen Wochen weisen darauf hin, dass die Kinder in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu denen in den anderen Bundesländern immer noch die schlechtesten Zähne haben.

Als Gradmesser für Zahngesundheit wird dabei der DMF/T-Index für 12-jährige Kinder herangezogen, der die Summe der kariösen, gezogenen und gefüllten Zähne je Kind ermittelt.

Während im Bundesdurchschnitt nunmehr ein Wert von 1,7 befallene Zähne je Kind erreicht worden ist, liegt dieser als Ergebnis des Schuljahres 1999/2000 in unserem Bundesland bei 2,3. Betrachtet man nur diese Zahlen, könnte leicht der Eindruck entstehen, in Mecklenburg-Vorpommern wäre es um die Zahngesundheit schlecht bestellt.

Die Landesstelle des BZÖG, der die Zahnärzte in den Gesundheitsämtern repräsentiert, möchte dazu feststellen, dass nicht der abstrakte Vergleich der Ergebnisse der einzelnen Bundesländer, sondern die Entwicklung der Zahngesundheit in den vergangenen 10 Jahren bei uns der Gradmesser für den Erfolg der prophylaktischen Arbeit der Zahnärzte sowohl im Öffentlichen Gesundheitsdienst als auch im niedergelassenen Bereich sein kann.

Die Ausgangslage war 1991 in Mecklenburg-Vorpommern mit durchschnittlich 3,8 befallenen Zähnen bei den 12-jährigen Kindern denkbar schlecht, ein Wert, der aber in den darauf folgenden Jahren kontinuierlich auf 2,3 verbessert werden konnte. Obwohl das Tempo dieser Entwicklung auch vom sozioökonomischen Umfeld bestimmt wird, immer noch werden wir „das Armenhaus Deutschlands“ genannt, hat sich die Anzahl der kariösen Zähne in diesem Zeitraum halbiert. Während sich der Anteil der 12-jährigen Kinder mit naturgesunden Gebissen von 11,7 Prozent (1991) auf 25,5 Prozent (1999) verbesserte, ging die Behandlungsbedürftigkeit

von 37,4 Prozent auf 19,3 Prozent zurück.

Diese Ergebnisse von jährlich ca. 200.000 durch die Zahnärzte der Gesundheitsämter untersuchten Kindern sind Beweis genug, dass die gruppenprophylaktischen Aktivitäten in den Vorschul- und Schuleinrichtungen und die individualprophylaktischen Maßnahmen in den Zahnarztpraxen in unserem Bundesland langfristig Erfolge zeigen und sich das Gesundheitsbewusstsein der Kinder und Jugendlichen entscheidend verbessert hat.

Landesstelle Mecklenburg-Vorpommern des BZÖG
Wolfgang Jaentsch
Landesstellenleiter
Schweriner Straße 38
19288 Ludwigslust

European Association of Dental Public Health (EADPH)

Die EADPH ist eine wissenschaftliche Gesellschaft (e.V.), die 1996 in London gegründet wurde. Ihr Ziel ist es, die Entwicklung im Bereich der Dental Public Health zu fördern, dies insbesondere auf europäischer Ebene u.a. durch die Förderung effektiver Mundgesundheitsstrategien, in enger Kooperation mit der EU-Kommission und die Konzipierung und Koordinierung von Aus- und Weiterbildungsprogrammen. Ihr Sitz ist in Marburg. Die vierteljährlich erscheinende Zeitschrift „Community Dental Health“ ist das gemeinsame Publikationsorgan der EADPH und der British Association for the Study of Community Dentistry (BASCD).

Alljährlich veranstaltet die EADPH einen Kongress. 2001 ist Deutschland Gastgeber des 5. Jahreskongresses, der unter der organisatorischen Leitung von Herrn Professor Pieper vom 20. bis 21. September an der Phillips-Universität Marburg stattfindet (Weitere Informationen siehe Veranstaltungskalender).

cho

Verbraucher greifen verstärkt zu Jodsalz mit Fluorid

Der Anteil von fluoridiertem Jodsalz am gesamten Haushaltspaketsalzabsatz ist im Jahr 2000 um weitere 9 Prozent gestiegen. Er liegt damit nach Angaben der deutschen Salzindustrie Ende 2000 bei knapp 49 Prozent.

Diese erfreuliche Steigerung ist nach Angaben der Informationsstelle für Kariesprophylaxe in Groß-Gerau sowohl auf die intensive Aufklärung als auch auf die Empfehlung vieler Zahn- und Kinderärzte zurückzuführen. In gleichem Maße engagieren sich Prophylaxe- und Beratungskräfte sowie einschlägige Fachinstitutionen, die in der Speisesalzfluoridierung ebenfalls die einfachste, wirksamste und preiswerteste Möglichkeit der Kariesprophylaxe mit Fluoriden sehen, von der zudem die ganze Familie profitiert.

Jedoch auch der Lebensmittelhandel trägt wesentlich zur Verbreitung dieses Kombinationsosalzes bei. So ist Jodsalz mit Fluorid seit geraumer Zeit nicht nur in allen Lebensmittelgeschäften erhältlich, es wird dort zudem in den meisten Fällen für den Verbraucher gut sichtbar und aufmerksamkeitsstark platziert. Einige Handelsketten führen sogar nur noch Jodsalz mit Fluorid und bieten dies zudem sehr preiswert an.

Die immer breitere Verwendung von fluoridiertem Jodsalz wird von Wissenschaftlern des Zahngesundheitswesens ebenso begrüßt wie von vielen wissenschaftlichen Gesellschaften und Fachinstitutionen. Sie entspricht auch den aktuellen Empfehlungen der DGZMK zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden, die vor allem die Verwendung fluoridierter Zahnpasta und den Einsatz fluoridierter Speisesalzes vorsehen.

Informationsstelle für
Kariesprophylaxe

Ministerialrat Rüdiger Saekel im Ruhestand

Zum Jahresende beendete der Ministerialrat beim Bundesministerium für Gesundheit, Herr Rüdiger Saekel, seine aktive Dienstzeit.

1996 wurde Herr Saekel mit dem Silbernen Ehrenzeichen unseres Verbandes ausgezeichnet.

Der gebürtige Berliner nahm 1977 als erfahrener Wirtschaftswissenschaftler seine vielfältige Tätigkeit beim Bundesgesundheitsministerium auf und engagierte sich dort seit dem Ende der achtziger Jahre in dem für die zahnärztliche Prävention zuständigen Referat.

Der ursprünglich 1989 in Kraft getretene § 21 SGB V, auch mit seinen späteren inhaltlichen Verbesserungen, ist im wesentlichen seiner Initiative zu verdanken. Wenn auch dieser Paragraph von vielen, die in der Folge mit der Umsetzung beauftragt waren, zunächst kritisch betrachtet worden ist, bewirkte er jedoch letztendlich, dass der Prophylaxegedanke in Deutschland Raum gewann.

Rüdiger Saekel forderte unter anderem in zahlreichen Publikationen in dieser Zeitschrift und Referaten auch auf BZÖG-Veranstaltungen immer wieder nachdrücklich die Weiterentwicklung der zahnärztlichen Prävention. Mit profundem Kenntnis auch der zahnärztlichen Systeme der europäischen Nachbarstaaten konnte er die Zahnärztinnen und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes immer wieder motivieren.

Für mich persönlich stellte insbesondere der von ihm organisierte Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit im Frühjahr 1998 in Bonn eine Befreiung von belastenden Vorurteilen vergangener Jahre dar.

Im Namen des BZÖG möchte ich mich bei Herrn Saekel für die jahrelange, angenehme Zusammenarbeit herzlich bedanken und ihm für die Zukunft das Allerbeste wünschen.

Dr. Sylvia Dohnke-Hohmann

Gericht: „Kinder“ gehören Ferrero!

Im Markenstreit um das Wort „Kinder“ vor dem Kölner Landgericht haben sich der Süßwarenkonzern Ferrero OHGmbH, Frankfurt, und die Lörracher GABA GmbH in einem Vergleich geeinigt. GABA, die bis zur Jahresmitte unter dem Namen Wybert elmex Forschung firmierte, muss demnach ihre seit 6 Jahren auf dem Markt befindliche Wechselkopf-Zahnbürste „aronal öko-dent Kinder“ umbenennen. Ferrero sah durch diese Bezeichnung die Unterscheidungskraft und Wertschätzung ihrer im Schokoladenbereich geschützten Wort-/Bildmarke „Kinder“ in unlauterer Weise ausgenutzt und beeinträchtigt.

Für den Lörracher Zahnpflege-spezialisten (Marken aronal, elmex, meridol) bedeutet dieser Vergleich, dass sämtliche Verpackungen, Anzeigen, Verkaufs- und Informationsmaterialien bis Mitte nächsten Jahres geändert werden müssen. Die Wechselkopf-Zahnbürste darf zukünftig nur „aronal öko-dent“ und in kleinerer Schrift „für Kinder“ oder „Kinder-Zahnbürste“ heißen. Wegen der hohen Kosten eines Gerichtsverfahrens und der letztendlich eher geringfügigen Änderungen auf der Verpackung hat GABA diesem Vergleich zugestimmt.

„Ferrero hat deutlich gemacht, dass sie das Wort „Kinder“ als Alleinstellung auch bei anderen Produkten nicht dulden, sondern ihr Monopol an diesem Begriff in allen Instanzen durchsetzen wollen“, fasste GABA Geschäftsführer Mario J. Perinelli zusammen. Ferrero habe diesen Anspruch stets am Kölner Landgericht und bereits in mehr als 20 Verfahren gegenüber Kinderprodukten verschiedenster Art durchgesetzt. „Dieser Vergleich war aus Kostengründen vernünftig, obwohl es jedoch kein Monopol eines Herstellers auf das Wort „Kinder“ geben sollte, zumal es sich um Schokoladenprodukte handelt, die den Kinderzähnen eher schaden“, so Perinelli weiter.

Pressekontakt:
GABA GmbH Tanja Kleißler
Berner Weg 7
79539 Lörrach

„Mein Kindergarten will nicht Zähne putzen. Was kann ich tun?“

Die Broschüre „Mein Kindergarten will nicht Zähne putzen. Was kann ich tun?“ – aus den Erfahrungen jahrelanger Erzieherinnen-Fortbildungen vom Referententeam der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH) erarbeitet – enthält Argumentationshilfen, Tipps und Informationen für Patenschafts-Teams und Prophylaxekräfte, um Erzieherinnen für eine regelmäßige Zahnpflege im Kindergarten zu gewinnen. Das Heft hilft bei der Motivation der Erzieherinnen – es werden u.a. die Bedeutung der Gruppenprophylaxe oder Kommunikationsstrategien dargestellt – und bei der Überwindung der Alltagshürden im Kindergarten. So werden für kindergartenspezifische Probleme und Fragestellungen erprobte und leicht umsetzbare Lösungsvorschläge und Argumentationshilfen (z.B. Aufbewahrung der Zahnputzutensilien, Beschriftung der Zahnbürsten, Umgang mit Zahnbürste + Zahnpasta, Infektionsrisiko, Beschaffung der Materialien etc.) gegeben, die die Durchführung des täglichen Zähneputzens im Kindergarten für die Erzieherin erleichtern.

Die Broschüre „Mein Kindergarten will nicht Zähne putzen“ ist gegen einen mit DM 3,00 frankierten und adressierten DIN-A 4 Rückumschlag erhältlich bei:

Landesarbeitsgemeinschaft
Jugendzahnpflege in Hessen
Aarstraße 1 / Dürerplatz
65195 Wiesbaden



Zahnärztlicher
Gesundheitsdienst
1/01

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Klaus-Günther Dürr

Lacheweg 42, 63303 Dreieich

Tel. (dienstl.) 06192/201-1121

2. Vorsitzende: Dr. Gudrun Rojas

Bergstraße 18, 14770 Brandenburg

Tel.(dienstl.) 03381/585330, Fax. 03381/585304, G.Rojas@t-online.de

Geschäftsführerin: Dr. Claudia Sauerland

Uelzener Dorfstraße 9, 59425 Unna

Tel. (dienstl.) 02303/272653

Schatzmeister: Bernd Schröder, Mozartstraße 5, 47226 Duisburg-Rheinhausen,

Beisitzer: Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,

Tel.(dienstl.) 02306/100550

Redaktion:

Dr. Christoph Hollinger, Hestertstraße 43, 58135 Hagen,

Tel.(dienstl.) 02306/100550, chri.hollinger@cityweb.de

Beirat:

Dr. Gudrun Rojas, Bergstraße 18, 14770 Brandenburg a.d. Havel

Ellen Arlt, Parkstraße 22, 17235 Neustrelitz

Dr. Michael Schäfer, MPH, Oberdorfstraße 31, 53343 Wachtberg

Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstraße 5, 47226 Duisburg-Rheinhausen

Bankverbindung: Sparkasse Kiel, KTO 1920 5558, BLZ210 501 70

Verbandsorgan:

Offizielles Organ des „Bundesverbandes der Zahnärzte des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ - Wissenschaftliche

Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens -

Bezug:

Die Zeitschrift „Zahnärztlicher Gesundheitsdienst“, erscheint vierteljährlich. Beitragszahlende Mitglieder des Bundesverbandes erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Einzelheft: 8,- DM, Jahres-Abonnement 30,- DM, inklusive Mehrwertsteuer, zuzüglich Versandkosten.

Bestellungen werden vom Geschäftsführer entgegengenommen.

Kündigung des Abonnements sechs Wochen vor Jahresschluß.

Hinweise für die Autoren:

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur vollen oder teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.

Manuskripte sind an die Redaktionsanschrift zu senden.

Texte sollten nach Möglichkeit auf Diskette geliefert werden.

Bildmaterial oder Grafiksckizzen bitte als Aufsichtsvorlage oder Dia beilegen.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine

Verwertung ohne Einwilligung des Herausgebers nicht gestattet.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche

Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung des Bundes-

verbandes nicht zu entsprechen braucht.

Gestaltung:

Ines Blume, Frankfurt am Main

Druck:

Gerhardts-Verlag, 64686 Lautertal/OT Beedenkirchen

Auflage: 750 Exemplare

ISSN 0340-5478

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

Veranstaltungshinweise

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund
Et Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM)

Frühjahrs-Fortbildung

Am Samstag, dem 12. Mai 2001 in Frankfurt

Bürgerhaus Bornheim, Arnsberger Straße 24, 60385 Frankfurt am Main

Infos und Anmeldung: DAZ-Geschäftsstelle beim NAV-Virchowbund

Belfortstraße 9, 50668 Köln

Tel.: 0221/973005-45

Fax: 0221/7391239

5. Jahreskongress der European Association for Dental Public Health
vom 20. bis 21. September an der Phillips-Universität Marburg

Für weitere Auskünfte steht Herr Prof. Dr. Klaus Pieper (organisatorische
Leitung) unter folgender Anschrift zur Verfügung:

Department of Pedodontics, University Dental School, Marburg, Germany

Tel.: +49-6421-2863224

Fax: +49-6421-286 6691

e-mail: pieper@post.med.uni-marburg.de
