

ZAHNÄRZTLICHER GESUNDHEITSDIENST

34. Jahrgang / September 2004

2.04

3 EDITORIAL

WISSENSCHAFT

- 4 Mundgesundheitsuntersuchung bei Grundschulkindern unter besonderer Berücksichtigung des Body Mass Index

ARBEITSTAGUNG

- 8 Bericht von der BZÖG Arbeitstagung

BERICHTE

- 12 Erstes internationales Symposium zur zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit Behinderungen
12 Menschen mit Behinderungen – Stiefkinder der medizinischen Versorgung?
13 Fazit der Veranstalter
14 Wrigley-Prophylaxe-Preis 2004 verliehen

AKTUELLES

- 7 BZÖG mit neuem Vorstand
8 Fluoridiertes Speisesalz jetzt das am meisten gekaufte Haushaltssalz
9 Basel: Übergang von der Trinkwasserfluoridierung zur Salzfluoridierung
14 Mundgesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung frühzeitig unterstützen
15 Zeitgemäßes Prophylaxegeschenk für Grundschüler
18 Empfehlungen zum Umgang mit Zahnbürsten in Kindereinrichtungen

EHRUNGEN

- 16 Silbernes Ehrenzeichen des BZÖG
16 Dr. E.-A. Schürmann wurde 80 Jahre alt

LESESWERTES

- 17 Die vierte Säule

19 TAGUNGSKALENDER

20 IMPRESSUM



Bild: Katja Reichel

BZÖG

EDITORIAL



Dr. Michael Schäfer, MPH

Nicht, dass wir ihn schon all 100-fach gelesen, gehört und zitiert bekommen haben, den §21 SGB V, nein, haben wir uns wirklich einmal intensiv Wort für Wort den Text dieses Paragraphen näher gebracht?

Und wenn wir dies getan hätten, oder noch einmal tun, ist es dann nicht so, dass wir erkennen müssen, die inhaltlichen Vorgaben des Paragraphen zur Gruppenprophylaxe eben nur begrenzt umzusetzen oder umgesetzt zu haben. Wir haben unser zahnärztliches Potenzial nur begrenzt und eng umgrenzt eingesetzt.

Sind wir wirklich Präventivzahnmediziner im umfassenden Sinne des § 21 SGB V?

Ich denke, wir können und sollten unsere Kompetenz auf dem Gebiet der (zahn-)gesunden Ernährung, des Sprechens und der Sprache – und damit verbunden das weite Feld der sog. Sprachauffälligkeiten – weiter entwickeln und über unser originäres zahnärztliches Handeln hinaus zum Wohle der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen einsetzen. Dem hohen Niveau der oralen Gesundheit stehen aktuell steigende Zahlen bei den Sprachauffälligkeiten gegenüber, ganz zu schweigen von der sich anbahnenden Adipositasepidemie bei Kindern und Jugendlichen, vor der die WHO in den hochzivilisierten Ländern warnt.

Schon zeigen wissenschaftliche Untersuchungen eine Korrelation zwischen einer erhöhten Kariesprävalenz und erhöhtem BMI. Ergebnisse von Gesundheitsberichterstattungen weisen darauf hin, dass Kinder mit solchen Problemlagen weitere Auffälligkeiten auf sich vereinigen.

Gerade auf den Gebieten der Ernährung sowie der Sprache und des Sprechens sind wir zukünftig gefordert. Wurde nicht zuletzt auf dem Kongress des Bundesverbandes der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Marburg das Thema Ernährung, Ernährungslage und –situation von viel hochkarätigen Referenten thematisiert?

Diesen Themen möchten wir uns verstärkt widmen, und ich darf Sie auffordern uns dabei tatkräftig zu unterstützen und mitzuwirken.

Dr. Michael Schäfer, MPH

Mundgesundheitsuntersuchung bei Grundschulkindern unter besonderer Berücksichtigung des Body Mass Index

Autoren:

B. Willershausen,
K. Hohenfellner,
G. Haas,
F. Krummenauer

Zusammenfassung

In den letzten 10 Jahren fand in den meisten Industrieländern eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten statt. Neben dem deutlichen Anstieg des Anteils übergewichtiger Menschen konnte auch eine erhebliche Zunahme von Stoffwechselerkrankungen registriert werden. In der vorliegenden epidemiologischen Studie bei Grundschulkindern einer deutschen Mittelstadt sollte ein möglicher Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und Übergewicht überprüft werden. In einer interdisziplinären Studie wurden 414 Mädchen und 428 Jungen (1. bis 4. Grundschulklasse) zahnärztlich untersucht (DF-T, df-t) und es erfolgte die Ermittlung von Größe und Gewicht (Body Mass Index; BMI). Naturgesunde Gebisse lagen bei 33,7% aller Kinder vor; Mädchen hatten zu 38% und Jungen zu 30% naturgesunde Gebisse. Normale Gewichtsverhältnisse lagen bei 73,9% aller Grundschüler vor (74,3% Jungen, 73,4% Mädchen), 12,9% der Kinder zeigten Übergewicht (12,4 % Jungen, 13,5% Mädchen) und 13,2% waren sogar adipös (13,3% Jungen, 13% Mädchen). Naturgesunde Gebisse zeigten 35,5% der normalgewichtigen Kinder, 27,5 % der übergewichtigen Schüler und 29,7% der adipösen Kinder. Die Kariesfrequenz (DF-T, df-t-Werte) ließ ebenso einen signifikanten Bezug zur Gewichtsverteilung erkennen (Fisher-Test, $p=0,022$ für df-t-Verteilungen und $p = 0,011$ für DF-T-Verteilungen). Bei normalgewichtigen Kindern fanden sich mittlere df-t-Werte von 2,09 (DF-T: 0,57), übergewichtige Kinder zeigten einen mittleren df-t-Wert von 2,48 (DF-T-Wert: 0,91) und adipöse Kinder von 3,3 (DF-T-Wert: 0,88). Da die vorliegende Studie einen deutlichen Zusammenhang zwischen Kariesvorkommen und Übergewicht bei Grundschulkindern belegen konnte, sollte bei zukünftigen Prophylaxekonzepten neben Mundhygienemaßnahmen

men auch vermehrt die Bedeutung von Fehlernährung im Sinne des Übergewichts bedacht werden.

1. Einleitung

Zur Förderung und Erhaltung der Zahngesundheit werden seit Jahrzehnten in nahezu allen Industrienationen verschiedene, länderspezifische Prophylaxeprogramme durchgeführt, die in Abhängigkeit von Sozialgesetzgebungen, Versicherungssystemen und Bevölkerungsstrukturen deutliche Reduktionen des Kariesvorkommens insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bewirkt haben [19]. Obwohl alle ursächlichen Faktoren der Kariesentstehung schon lange bekannt sind und entsprechende Prophylaxemaßnahmen oft flächendeckend durchgeführt werden, zeigt Karies als Zivilisationskrankheit sowohl in Mittel- und Nordeuropa [2] als auch in Nordamerika noch einen weiten Verbreitungsgrad und zählt zu den häufigsten Infektionserkrankungen des Kindesalters [27].

Zu den Hauptfaktoren der Mundgesundheit zählen neben Mundhygiene, Fluoridierungsmaßnahmen und Patientenmitarbeit eine zahngesunde Ernährung, welche neben weiteren Parametern auch wenig niedermolekulare Kohlenhydrate und säurehaltige Stoffklassen beinhalten sollte. Durch den gegenwärtigen, weltweiten Trend zu Soft Drinks und Fast Food Speisen ist es in den letzten 10 Jahren zu einer gravierenden Ernährungsumstellung in der Bevölkerung gekommen. Durch die Umstellung der Ernährung in Kombination mit Bewegungsmangel und reduzierter sportlicher Aktivität, der zunehmenden Beliebtheit von PC-Systemen, Medieneinflüssen und vielerorts Veränderungen der Familienstrukturen konnte eine weltweite Zunahme der Inzidenz übergewichtiger Menschen festgestellt werden [7]. Nach einer Statistik der WHO gibt es gegenwärtig erstmals genauso viele dicke Menschen wie Unterernährte, nämlich 1,2 Milliarden. Während die meisten untergewichtigen Menschen in Dritte Welt Ländern wie Bangladesh, Indien, Äthiopien, Vietnam und Nigeria leben, findet man die meisten Übergewichtigen in den Vereinigten Staaten, England und Deutschland. In manchen Ländern konnte in den letzten zwei Jahrzehnten eine Verdoppelung der Adipositas-Inzidenz festgestellt

werden. Neben diesen Lebensbedingungen können auch gelegentlich auftretende genetische Dispositionen eine Zunahme der Körperfettmasse beeinflussen [1]. Ebenso von Bedeutung für Störungen im Rahmen geregelter Nahrungsaufnahmen sind kritische soziale Bedingungen (kritische Lebenssituationen), Veränderungen des sozialen Umfeldes und Stressoren [25,30]. Da übergewichtige Menschen in der Regel ein erhöhtes Erkrankungs- und Versterbensrisiko haben, kann man davon ausgehen, dass sowohl die medizinische Betreuung als auch die medikamentöse Versorgung im Vergleich zu normalgewichtigen Menschen vermehrt in Anspruch genommen wird [9]. In verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass der BMI positiv mit der Zahl der Arztbesuche und der Medikamenteneinnahmen aber negativ mit Präventionsmaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen korrelierte [32]. In einer Umfrage des amerikanischen Center for Disease Control mit 195 005 Erwachsenen konnte nachgewiesen werden, dass übergewichte und adipöse Menschen vermehrt unter Diabetes, Bluthochdruck, Asthma, Hypercholesterinämie, Arthritis und schlechtem Gesundheitszustand leiden [16]. Eine Studie mit 1585 australischen Schulkindern der Altersgruppe 7 bis 15 Jahre konnte ebenso eine steigende Tendenz von Übergewicht (11-21 %) und Adipositas (4-7 %) bereits bei Schulkindern feststellen und auch eine Assoziation zwischen BMI und Haushaltseinkommen [28]. In Deutschland liegt der Anteil der übergewichtigen Kinder bei ca. 10-20%, wobei auch hier eine deutliche Zunahmetendenz zu erkennen ist. Zahlreiche Studien belegten, dass der BMI-Wert als ein probates Maß für die Gesamtkörper-Fett-Masse gewertet werden kann [5, 20]. Die Anwendung des BMI im Kindes- und Jugendalter, zur Definition von Adipositas und Übergewicht, wird von der Childhood Group der Internationalen Obesity Task Force (IOTF), sowie der European Childhood Obesity Group (ECOG) empfohlen [3, 8]. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfiehlt die 90. Perzentile als Grenzwert für die Definition des Übergewichtes und die 97. Perzentile bzgl. der Adipositas [1,24]. Die Mundgesundheit wird einer-

seits durch die täglichen Nahrungsaufnahmen stark beeinflusst und andererseits kann der Mundgesundheitsstatus auch eine wesentliche Rolle bei dem Ernährungsverhalten und dem Gesundheitszustand, insbesondere bei älteren Menschen, spielen. Bei Menschen mit frühzeitigem Zahnverlust konnte gehäuft ein Wechsel von bevorzugten Nahrungsmitteln sowie Mangelernährung von bestimmten Vitaminen und Spurenelementen festgestellt werden [4,11,17]. In zahlreichen Studien konnte auch bei Erwachsenen über 65 Jahren ein deutlicher Zusammenhang zwischen Zahngesundheit und Ernährungsgewohnheiten nachgewiesen werden. Menschen mit funktionierendem Gebiss, die definitionsgemäß noch mehr als 20 Zähne hatten, waren vermehrt in der Lage, sich diätisch gesund mit Obst und Gemüse zu ernähren. Diese Menschen zeigten auch einen zufriedenstellenden Ernährungsstatus und einen altersentsprechenden akzeptablen Body Mass Index [15].

Die gegenwärtig weitgehend flächendeckend durchgeführten zahnärztlichen Prophylaxekonzepte bei Kindergartenkindern und Grundschulkindern sollen bereits bestehende Schäden und Folgeschäden reduzieren bzw. vermeiden und mögliche Erkrankungsrisiken frühzeitig erkennen und verhindern. In der vorliegenden Studie sollte bei Grundschulkindern ein möglicher Zusammenhang zwischen Kariesprävalenz und Ernährungssituation unter besonderer Berücksichtigung des Body Mass Index überprüft werden.

2. Material und Methode

Im Rahmen gruppenprophylaktischer Maßnahmen bei Grundschulkindern (Schuljahr 2002/2003, 1. bis 4. Klasse) sollte die Karieshäufigkeit erfasst und zu einem möglichen Bezug zum Body Mass Index (BMI) gebracht werden. In einer interdisziplinären Studie zwischen der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und der Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz sowie der Landesjugendzahnpflege Rheinland-Pfalz konnten insgesamt 428 Jungen (50,8%) und 414 Mädchen (49,2%) aus vier Grundschulen unterschiedlichster Sozialstrukturen des Stadtgebietes Mainz erfasst werden. Eine Untersuchung der Kinder fand nur statt, wenn eine schriftliche

Einverständniserklärung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten vorlag. Die zahnärztliche Untersuchung, die ausschließlich von Zahnärzten des Universitätsklinikums Mainz (Poliklinik für Zahnerhaltungskunde) durchgeführt wurde, erfolgte an separaten Tischen mittels eines Mundspiegels, nicht invasiv, sowie guter Ausleuchtung der Mundhöhle. Vor der Befunderhebung wurden die Grundschüler angewiesen, ihre Zähne gründlich, wie gewohnt zu reinigen. Nach einer Trockenlegung mit Watterollen und Wattepellets wurde der Zahnstatus erfasst und auf spezielle Befundbögen übertragen. Kariöse Primärdefekte und Sekundärkaries, die invasiv behandelt werden sollten, sind als kariös vermerkt worden. Bei vorhandenen Füllungen wurde eine Differenzierung in suffiziente und insuffiziente Versorgung vorgenommen. Fehlende Zähne sind nicht entsprechend vermerkt worden, da ohne präzise Anamnese keine eindeutige Aussage über eine Nichtanlage des Zahnes sowie eine frühzeitige Extraktion getroffen werden kann. Aus organisatorischen und rechtlichen Gründen [18] konnte keine röntgenologische Untersuchung vorgenommen werden. Für die Erfassung der vorliegenden Kariesfrequenz wurde der DF-T-(df-t) Wert [10] verwendet, da er einen guten Überblick über den Kariesbefall eines zu untersuchenden Patientengutes gibt. Die Befunderhebungen bezogen sich jeweils pro Zahn (DF-T-/df-t-Wert) und nicht auf die Zahnflächen (DF-S-/df-s-Wert). Bei gleichzeitigem Vorhandensein eines Zahnes der ersten und zweiten Dentition wurde jeweils nur der Zahn der zweiten Dentition gewertet. Neben der Dokumentation der Klassenzugehörigkeit, des Alters und des Geschlechtes der Kinder erfolgte durch approbierte Kinderärzte des Universitätsklinikums Mainz die Ermittlung der Größe und des Gewichtes. Die Größe der Kinder wurde mit einer tragbaren Messvorrichtung erfasst, wobei die Probanden keine Schuhe trugen und deren Kopf sich in der Frankfurter Horizontalen befand. Die Gewichtsbestimmung erfolgte mit einer tragbaren digitalen Waage und das Gewicht wurde stets zum nächsten 100 Grammwert auf- bzw. abgerundet. Zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas wurde der Body Mass Index ($BMI = \text{Körpergewicht} /$

Körpergröße^2 (kg/m^2)) errechnet und die jeweilige Perzentile anhand entsprechender Tabellen ausgewertet. Die international anerkannte Einteilung des BMI mit Untergewicht ($BMI < 20$), Normalgewicht ($BMI: 20-25$), Übergewicht ($BMI: 25-30$) und Adipositas ($BMI > 30$) wurde entlang spezieller Tabellen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) vorgenommen. Anhand populationspezifischer Referenzwerte (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, AGA) sind die Perzentile erfasst und entsprechend dem Alter der Kinder modifiziert worden.

3. Statistische Berechnung

Die biometrische Analyse dieser Querschnittsdaten wurde mit dem Software-Paket SPSS® vorgenommen (Version 10.0 für Windows®). Für kontinuierliche Parameter wie DF-T- und df-t-Index oder BMI wurden Mittelwert, Median und Quartile sowohl für das Gesamtkollektiv, wie auch für Teilkollektive bestimmt; graphische Darstellungen erfolgten entsprechend mittels nonparametrischer Boxplots. Die Deskription kategorialer Endpunkte basierte auf absoluten und geeigneten relativen Häufigkeiten. Signifikanzvergleiche wurden im Falle unverbundener Messreihen mit Wilcoxon-Tests für stetige und mittels Fisher-Tests für kategoriale Endpunkte vorgenommen; die Ergebnisse dieser Tests wurden mittels p-Werten zusammengefasst, wobei ein p-Wert < 0.05 als Indikator lokaler statistischer Signifikanz anzusehen ist. Assoziationen zwischen kategorialen Merkmalen wie der Klassierung des BMI in die Kategorien „normalgewichtig“, „übergewichtig“ und „adipös“ und dem Vorliegen eines naturgesunden Gebisses wurden ebenfalls mittels Fisher-Tests auf deren statistische Signifikanz bewertet; graphische Darstellungen erfolgten mittels Stabdiagrammen.

4. Ergebnisse

In der vorliegenden interdisziplinären Studie konnten insgesamt 428 Jungen und 414 Mädchen aus verschiedenen Grundschulen der Stadt Mainz (Schuljahr 2002/2003) erfasst und ausgewertet werden. Die Kinder besuchten die Schulklassen 1 bis 4 und waren zum Untersuchungszeitraum zwischen 6 und 12 Jahre alt. In der 1. Klasse waren 258 Kinder (125

Abb. 1: Prävalenz naturgesunder Gebisse unter normalgewichtigen, übergewichtigen und adipösen Grundschulkindern (n = 428 Jungen).

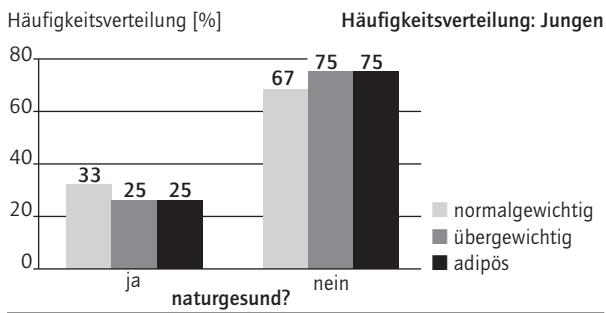


Abb. 2: Prävalenz naturgesunder Gebisse unter normalgewichtigen, übergewichtigen und adipösen Grundschulkindern (n= 414 Mädchen).

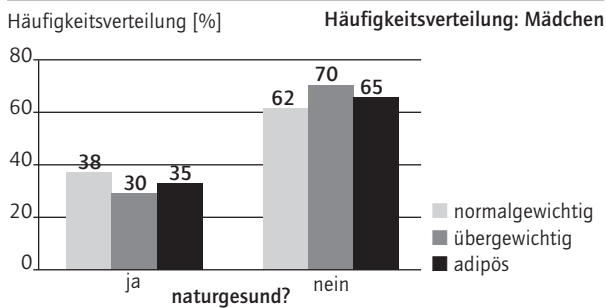


Abb. 3: Boxplots der Verteilung des df-t-Index von Jungen (n=428) und Mädchen (n=414) im Grundschulalter, stratifiziert nach deren Gewicht (klassiert in altersbezogenes Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas); die Horizontalen bezeichnen Median und Quartile, die Vertikalen minimal und maximal aufgetretene df-t-Werte sowie Ausreisser (Kreise) und Extremwerte (Sternchen) mit mehr als doppeltem bzw. dreifachem Interquartilabstand vom Median.

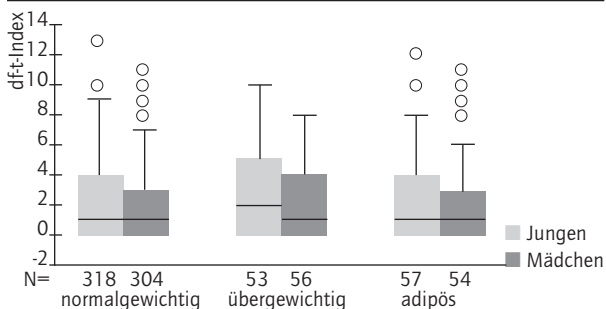
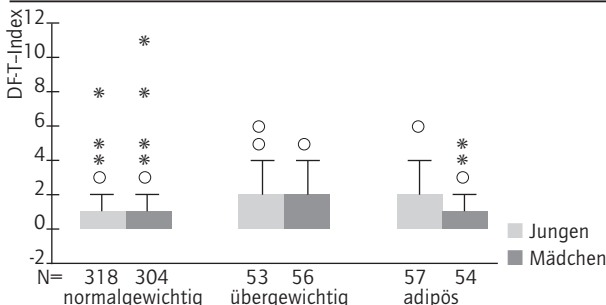


Abb. 4: Boxplots der Verteilung des DF-T-Index von Jungen (n=428) und Mädchen (n=414) im Grundschulalter, stratifiziert nach deren Gewicht (klassiert in altersbezogenes Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas); die Horizontalen bezeichnen Median und Quartile, die Vertikalen minimal und maximal aufgetretene DF-T-Werte sowie Ausreisser (Kreise) und Extremwerte (Sternchen) mit mehr als doppeltem bzw. dreifachem Interquartilabstand vom Median.



Jungen, 133 Mädchen) in der 2. Klasse 227 Kinder (129 Jungen, 98 Mädchen) in der 3. Klasse 182 Kinder (99 Mädchen, 83 Jungen) und in der 4. Klasse 175 Kinder (91 Jungen, 84 Mädchen). Mit der Erfassung von Größe und Gewicht konnte der jeweilige Body Mass Index ermittelt und unter zusätzlicher Berücksichtigung des Alters und des Geschlechtes die charakteristische Perzentile erfasst werden. Untergewichtige Kinder fanden sich nur in 2,1% der Fälle (n=18), normalgewichtige Kinder waren in 71,7% (n=604) vorhanden, übergewichtige Kinder waren zu 12,0% (n=109) vertreten und eine Adipositas konnte in 13,2% (n=111) nachgewiesen werden. Da sehr wenig untergewichtige Kinder vorhanden waren, sind diese bei den weiteren Berechnungen mit den normalgewichtigen Schülern gepoolt worden, sodass sich ein Gesamtprozentsatz von Normalgewichtigen von 73,9% ergab. Bei den Jungen waren 12,4% übergewichtig und 13,0% adipös, wobei sich kein statistisch signifikanter Geschlechts-Unterschied in der Adipositas-Prävalenz ergab (Fisher p=0,884).

Zum Zeitpunkt der Untersuchung lagen bei nur insgesamt 33,7% der Kinder naturgesunde Gebisse vor; Jungen hatten zu 30,6% und Mädchen zu 37% naturgesunde Gebisse (Fisher p=0,167). Unter Berücksichtigung des BMI-Wertes lagen bei 36% der normalgewichtigen Kinder naturgesunde Gebisse vor, nur 28% der übergewichtigen Kinder und 30% der adipösen Kinder hatten naturgesunde Gebisse (Abb. 1 und 2).

Bei der Erfassung der Karieshäufigkeit in Relation zum BMI sowohl im Milchgebiss (df-t-Werte) als auch im permanenten Gebiss (DF-T-Werte) konnten statistisch lokal signifikante Unterschiede (Wilcoxon p=0,022 für den df-t-Wert und p=0,011 für den DF-T-Wert) nachgewiesen werden: Während normalgewichtige Kinder einen mittleren DF-T-Wert von 0,57 zeigten, wiesen übergewichtige Kinder einen mittleren DF-T-Wert von 0,91 und adipöse Kinder einen von 0,88 auf (Tab. 1). Die geschlechtsspezifische Zuordnung der Karieshäufigkeit in Bezug zum BMI ergab eine leicht erhöhte Kariesfrequenz bei Jungen (Abb. 3 und 4), vor allem beim DF-T-Index und bei Vorliegen von Übergewicht.

5. Diskussion

Zur Förderung der Zahngesundheit im Kindesalter werden seit vielen Jahrzehnten in den meisten Industrienationen Prophylaxekonzepte durchgeführt. Als Ziel der Zahngesundheit für 12-jährige im Jahre 2000 wurde von der WHO bereits 1979 ein Richtwert von 2,0 DMF-Zähnen vorgegeben [29]. In der vorliegenden Studie konnte für die Kinder der 4. Klasse, die im Durchschnitt 10 Jahre alt waren, ein mittlerer DMF-T von 1,02 ermittelt werden.

Die Bedeutung der Mundgesundheit wird vielen Menschen erst bewusst, wenn die Folgen des frühzeitigen Zahnverlustes einschließlich der fehlenden Kaufunktion offensichtlich werden. Die Lebensqualität eines Menschen hängt im wesentlichen vom Grad der Möglichkeiten und positiven Empfindungen ab, wichtige Lebenssituationen zu bewältigen [22]. Zu den signifikant wichtigen Determinanten der Lebensqualität zählen Mundbereich und Zahngesundheit [23], da Veränderungen bzw. Störungen im Mundbereich nachweislich sowohl physiologische als auch psychologische Auswirkungen haben können. Die Lebensqualität wird beeinflusst durch das äußere Erscheinungsbild, Sprache, Kaumöglichkeiten, Geschmack und Freude beim Essen, soziales Umfeld, Selbstwertgefühl und Wohlbefinden [13]. In den letzten 10 Jahren konnte in den industrialisierten Ländern eine starke Zunahme der Inzidenz übergewichtiger und adipöser Kinder und Erwachsener festgestellt werden [24]. Als Riskofaktoren für Übergewicht und Adipositas werden u.a. auch geringer sozialer Status, niedriges Haushaltseinkommen, Übergewicht der Eltern, Lebensstil und genetische Dispositionen genannt [6,14]. Zu den Hauptrisikofolgen der Übergewichtigkeit im Kindesalter zählen deren Fortbestehen in das Erwachsenenalter mit den gesicherten gesundheitlichen Folgeerkrankungen. Dies macht deutlich, dass sowohl eine effektive Prävention zur Vorbeugung des Übergewichtes als auch eine sinnvolle Behandlung dringend erforderlich erscheinen. In der vorliegenden Studie sollte ein Zusammenhang zwischen Zahngesundheit und Übergewicht überprüft werden um ggf. mögliche mit dem Gewicht assoziierte Zahnschäden bei zukünftigen Prophylaxekonzepten mit berücksichtigen zu können. In den meisten Indu-

Tab. 1: Verteilung (Mittelwert, Mediane, Quartile in Klammer dahinter sowie Maximalwerte) der Karieshäufigkeit (dft-Werte und DF-T-Werte) bei insgesamt 842 Grundschulkindern in Bezug zum Körpergewicht.

Die Einteilung erfolgte anhand des BMI in normalgewichtige (n= 622), übergewichtige (n=109) und adipöse Kinder (n= 111).

	Mittelwert	Median (1. - 3. Quartil)	Maximalwert
dft-Index			
normalgewichtig (n=622)	2.08	1 (0 - 4)	13
übergewichtig (n=109)	2.48	2 (0 - 4)	10
adipös (n=111)	2.23	1 (0 - 4)	12
DF-T-Index			
normalgewichtig (n=622)	0.57	0 (0 - 1)	11
übergewichtig (n=109)	0.91	0 (0 - 2)	6
adipös (n=111)	0.88	0 (0 - 1)	6

strieländern finden sich gegenwärtig, aufgrund veränderter Ernährungsgewohnheiten deutlich prozentuale Zunahmen der Prävalenz übergewichtiger bzw. adipöser Erwachsener und auch Kinder aller Altersgruppen [26]. In Deutschland stieg z. B. die Prävalenz von Adipositas bei Kindern innerhalb der letzten 10 Jahre, nach der Wiedervereinigung mit den neuen Bundesländern, massiv an [12]. Verschiedene Studien konnten des Weiteren auch belegen, dass Schulkinder aufgrund von Fehlernährung häufig Gesundheitsschwächen zeigen [21].

Anfang der 90er Jahre meldeten bereits Vergleichsdaten aus den Vereinigten Staaten einen Anteil von 11% adipöser Kinder im Jahr 2001 und für das Jahr 2002 wurde eine Zunahme der Übergewichtigkeit in der Gesamtbevölkerung um ca. 80% angegeben. Untersuchungen bei Nürnberger Hauptschülern belegten, dass ca. 5% der Kinder untergewichtig, 80% normal- und 15% übergewichtig waren. 42% der Schüler wiesen ein naturgesundes Gebiss und 48% mindestens eine Füllung auf [31]. Ein anderer Gesundheitsbericht (Kreis Heinsberg) aus dem Jahr 2000 konnte nachweisen, dass 10% der Kinder bereits Zeichen der Adipositas aufwiesen. In der vorliegenden Studie bei Grundschulkindern (Stadtgebiet Mainz) konnte in 12,9% aller Kinder Übergewichtigkeit und in 13,2 % sogar das Vorliegen einer Adipositas belegt werden. Dieser hohe Anteil von insgesamt 26% übergewichtiger Kinder in einer deutschen Mittelstadt spiegelt den gegenwärtigen Trend der starken Zunahme der Übergewichtigkeit in der Gesamtbevölkerung wieder. In den Vereinigten Staaten ist das gehäufte und mit steigender Tendenz auftretende Erscheinungsbild der Adipositas inzwischen zu einem ernststen gesundheitsökonomischen Problem geworden.

In unserer Studie zeigten die normalgewichtigen Kinder im Vergleich zu den übergewichtigen Schülern einen signifikant geringeren Kariesbefall sowohl im Milchgebiss als auch in der bleibenden Dentition. Während normalgewichtige Kinder zu 35,5 % naturgesunde Gebisse aufwiesen, fanden sich bei übergewichtigen Kindern nur noch in 27,5 % naturgesunde Gebisse vor. Die vorliegende Studie zur Mundgesundheit und Body Mass Index von Grundschulkindern veranschaulichte deutlich die gegenwärtige weltweit beobachtete Tendenz zur Übergewichtigkeit und Adipositas in der Bevölkerung. Dies macht deutlich, dass zukünftige Prophylaxe konzepte neben dem Bemühen zur Zahngesundheit auch dringend Präventionsstrategien zur Vermeidung, bzw. Reduktion der Übergewichtigkeit bzw. Adipositas insbesondere bei Kindern und Jugendlichen anbieten sollten. Die deutlichen Erfolge in der Kariesreduktion durch systematische Prophylaxeprogramme in Schulen und Kindergärten könnten für entsprechende Gesundheitsbemühungen im Bereich der Ernährungslenkung und Steigerung körperlicher Aktivitäten ein beispielhaftes Konzept darstellen; die positiven Konsequenzen solcher erweiterten Programme sowohl für die Patienten wie auch die langfristigen Vorteile aus gesundheitsökonomischer Sicht liegen auf der Hand.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Brita Willershäusen
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Johannes Gutenberg-Universität
Mainz
Augustusplatz 2, D-55131 Mainz
Tel: ++49/6131/177246
Fax: ++49/6131/173406
Email: willersh@mail.uni-mainz.de

-Literatur bei der Redaktion-

Neuwahl des BZÖG-Bundesvorstandes



Am 05. Mai 2004 endete die Amtszeit des bisherigen Bundesvorstandes des BZÖG und anlässlich der Delegiertenversammlung in Marburg fand die Neuwahl statt.

Zum 1. Vorsitzenden wurde Herr Dr. Michael Schäfer, Gesundheitsamt Düsseldorf, zur 2. Vorsitzenden Frau Dr. Claudia Sauerland, Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz, Kreis Unna, gewählt.

In das Amt der Geschäftsführerin wurde Frau Dr. Cornelia Wempe, Gesundheitsamt Hamburg-Emsbüttel gewählt. Neue Beisitzerin und Redakteurin der Verbandszeitschrift wurde Frau Dr. Grit Hantzschke, Gesundheitsamt Pirna. In seinem Amt bestätigt wurde der Schatzmeister, Herr Bernd Schröder, Gesundheitsamt Duisburg-Rheinhausen.

Als wissenschaftlicher Referent wurde Herr Dr. Uwe Niekusch, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis benannt.

Herr Dr. Klaus-Günther Dürr, Frau Dr. Gudrun Rojas und Herr Dr. Christoph Hollinger haben nicht mehr für eine weitere Amtszeit kandidiert. Der neu gewählte Vorstand dankt dem bisherigen Vorstand für die herausragende Arbeit und freut sich, auf Grund der freundschaftlichen Beziehungen immer wieder auf die Erfahrungen der bisherigen Vorstandsmitglieder zurückgreifen zu dürfen.

Kontakt:

Dr. Michael Schäfer,
1. Vorsitzender des BZÖG
Gesundheitsamt der
Landeshauptstadt Düsseldorf
Abteilung Prävention und
Gesundheitsförderung
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Tel: 0211/899-2641

Fortsetzung des Berichts von der BZÖG Arbeitstagung



Auf der Arbeitstagung des BZÖG am 6. Februar 2004 in Potsdam konnte Herr PD Dr. St. Zimmer von der Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde der Westdeutschen Kieferklinik in Düsseldorf für den wissenschaftlichen Fachvortrag gewonnen werden.

In seinem gut strukturierten Vortrag trug er Bekanntes und weniger Bekanntes zu Fluoriden und zur Fluoridierung vor.

Die Wirksamkeit der Fluoride bei der Kariesprophylaxe beruht vorwiegend auf einem chemischen Wirkungsmechanismus, der Bildung einer CaF₂-Deckschicht im Zahnschmelz. Produkte mit sauren pH-Werten und einer höheren Fluoridkonzentration gelten in diesem Zusammenhang als besonders wirkungsvoll. Antibakterielle Effekte resultieren bei einigen Fluoridverbindungen aus dem Vorhandensein einer Amin-Verbindung.

Wissenschaftliche Studien kommen zu dem Schluss, dass die lokale Wirkung an der Schmelzoberfläche vorrangig gegenüber der systemischen Fluoridierung angesehen werden kann. Der Zusammenhang wurde insbesondere an Haifischzähnen, die natürlicherweise einen sehr hohen Fluorapatitanteil aufweisen, erforscht. Dies unterstreicht die Fluoridempfehlungen der DGZMK aus dem Jahr 2000.

Die Wirksamkeit der Fluoride ist besonders bei Kariesaktiven festzustellen, weshalb sich die Fluoridierungen vor allem als gruppenprophylaktische Maßnahme eignen.

Die exakte Einschätzung der Kariesreduktion der einzelnen Fluoridierungsmaßnahmen ist aufgrund der mitunter vorhandenen Mehrfachverwendung verschiedener Produkte schwierig, doch kann als Orientierung folgende Reduktionsquoten angegeben werden:

- Fluoridiertes Salz – bis 50%
- Fluoridzahnpaste – 25 %
- Fluoridgelee – 37 %
- Fluoridlack – 37 %

Bei den Zahnpasten werden in Deutschland Kinderzahnpasten mit einem Fluoridgehalt bis 500ppm und Erwachsenpasten mit 1000 – 1500ppm

unterschieden. Eine Besonderheit stellen Juniorprodukte dar, deren Fluoridgehalt bis zu 1500ppm betragen kann. Obwohl ein direkter Zusammenhang zwischen Fluoridkonzentration und Wirksamkeit nachgewiesen werden kann, fehlt dieser Beweis für Zahnpasten unter 500ppm.

Bezüglich der Dosierung von Fluoriden stellte PD Zimmer einige Punkte klar. Bei einer sachgemäßen Dosierung gemäß der DGZMK-Empfehlung ist das Fluoroserisiko sehr gering. Kritisch sind in diesem Zusammenhang die ersten beiden Lebensjahre, weil hier einerseits das geringe Körpergewicht, andererseits die Mineralisationsphase der bleibenden Schneidezähne eine wichtige Rolle spielen. Insoweit gelten Fluoridtabletten und ein Zuviel an Zahnpaste als Hauptursachen. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass Kinderzahnpasten in den USA einen Fluoridgehalt von 1500ppm haben.

Interessanterweise werden milde Fluorosen von den Betroffenen als besonders ästhetisch empfunden, dabei ist zu erwarten, dass dies angesichts des zunehmenden Wunsches nach weißen Zähnen vermutlich sogar noch steigen wird.

Eine akute Vergiftung kann auftreten, wenn mehr als 100mg Fluorid als Einzeldosis genommen wurde. Typische Symptome bei einer Dosierung bis 8mg/kg Körpergewicht sind Übelkeit und Erbrechen. Als Sofortmaßnahme geeignet ist das Trinken von einem Glas Milch oder das Trinken einer Kalziumbrausetablette aufgelöst in einem Glas Wasser. Auf keinen Fall sollte man das Kind zum Erbrechen bringen, da einerseits die Gefahr der Speiseröhrenverätzung durch HF besteht und andererseits allzu leicht Erbrochenes (erhöhte Fluoridaufnahme über die Lunge) aspiriert wird. Allergische Reaktionen auf Fluoridlack gehen meist mit Atemnot einher. Hier gilt als Sofortmaßnahme, nicht den Fluoridlack wegzubürsten, sondern das Lutschen von Eiswürfeln und die Alarmierung des Notarztes.

Dr. K.-G. Dürr

Fluoridiertes Speisesalz jetzt das am meisten gekaufte Haushaltssalz

Immer mehr Bundesbürger machen von der Möglichkeit der Kariesprophylaxe direkt beim Essen Gebrauch, wie dies mit fluoridiertem Speisesalz möglich ist. Denn auch 2003 ist der Anteil dieses Salzes am gesamten Haushaltspaketsalzabsatz um weitere fünf Prozent auf jetzt insgesamt rund 60 Prozent gestiegen. 12 Jahre nach Einführung dieses Salzes, das als Jodsalz mit Fluorid erhältlich ist, verwendet somit mindestens jeder zweite Haushalt dieses gesundheitsfördernde Kombinationsalz.

Nach Angaben der deutschen Salzindustrie ist Jodsalz mit Fluorid heute in jedem Lebensmittelgeschäft erhältlich. Einzelne Discounter führen sogar nur dieses Salz. Doch auch in anderen Geschäften steht Jodsalz mit Fluorid dominant im Regal, sodass Verbraucher bevorzugt danach greifen. Preisunterschiede, die noch vor Jahren kaufentscheidend sein konnten, spielen nach Angaben der Salzhersteller heute keine Rolle mehr, da Salz allgemein sehr preiswert ist und der Kunde sich mit Jodsalz mit Fluorid zugleich ein Speisesalz mit doppeltem Gesundheitsnutzen ins Haus holt.

Mitentscheidender Faktor für den steilen Aufwärtstrend von Jodsalz mit Fluorid dürften nach Ansicht der Informationsstelle für Kariesprophylaxe u. a. die seit März 2000 gültigen Fluoridzufuhrempfehlungen DGZMK sein, die als Basisempfehlung die kombinierte Verwendung von fluoridierter Zahnpasta und fluoridiertem Speisesalz beinhalten. Doch auch die Empfehlungen von Zahn- und Kinderärzten, von Prophylaxekräften, Ernährungsberatern, Medien und anderen Multiplikatoren beeinflussen die positive Entwicklung dieses Salz seit Jahren wesentlich.

Ein kariesvorbeugender Effekt geht nach PD Dr. Stefan Zimmer, dem Sprecher des wissenschaftlichen Beirates der Informationsstelle für Kariesprophylaxe, vor allem von der lokalen Wirkung von fluoridiertem Speisesalz aus, da die darin enthaltenen Fluoride bereits während des Essens mit den Zähnen in Kontakt kommen.

Jodsalz mit Fluorid trägt aber gleichzeitig auch zur Verbesserung der Jodversorgung bei, die nach Angaben des Arbeitskreises Jodmangel in Deutschland erst zu zwei Dritteln gedeckt ist. Jod wird von der Schilddrüse zur Produktion der lebensnotwendigen Schilddrüsenhormone benötigt, die wiederum wesentlichen Einfluss auf viele Stoffwechselfvorgänge und somit auf die Gesundheit und das Wohlergehen haben. Allein schon aus diesem Grund empfehlen Experten im Haushalt die ausschließliche Verwendung von Jodsalz mit Fluorid.

Informationsstelle für
Kariesprophylaxe
Postfach 1352
64503 Groß-Gerau

Basel: Übergang von der Trinkwasserfluoridierung zur Salzfluoridierung

Der Basler Große Rat hat am 9. April 2003 auf Antrag seiner Gesundheits- und Sozialkommission die Aufhebung der Trinkwasserfluoridierung (TWF) mit 73:23 Stimmen beschlossen. Im Vorfeld hatten die Fachleute der öffentlichen Zahnkliniken, die Basler Zahnärztesgesellschaft und die Professoren der Zahnmedizin deutlich ihre Bedenken gegen diese Aufhebung ausgesprochen und gezielte Prophylaxemaßnahmen zu Gunsten der sozial Schwächeren (Senioren, Schüler, Ausländer) gefordert.

Die Basler TWF wurde 1962 auf Grund des „Großratsbeschlusses betreffend Einführung der TWF zur Bekämpfung der Zahnkaries“ vom 9. April 1959 eingeführt.

Die TWF wurde bald nach ihrer Einführung zum Politikum. Fluoridierungsgegner versuchten mit zahlreichen Vorstößen und Angst einflößenden Argumenten, die Aufhebung der TWF zu erreichen. Mit schöner Regelmäßigkeit sprachen sich Regierung und Parlament aber für die Beibehaltung der TWF aus. Sie taten dies u.a.

mit dem Hinweis, dass die WHO sie als billige, soziale und sichere Maßnahme empfahl und die immer wieder behaupteten Gesundheitsrisiken in sorgfältigen wissenschaftlichen Untersuchungen nicht bestätigt wurden. Sogar das Bundesgericht bestätigte 1990, dass die TWF einen zulässigen Eingriff in das (damals) ungeschriebene Verfassungsrecht der persönlichen Freiheit darstelle, weil sie auf einer gesetzlichen Grundlage beruhe, im öffentlichen Interesse liege und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit entspreche.

In allen übrigen Kantonen der Schweiz wurde das fluoridierte Tafelsalz, seit 1983 mit 250 ppm Fluorid, zur Basisprophylaxe eingesetzt. Das führte zu einer „Inselsituation“ der Basler TWF, aber das Nebeneinander von Salz- und Wasserfluoridierung war bis vor kurzem unproblematisch, weil das Fluoridsalz in Basel nicht verkauft wurde. Seit dem Jahr 2000 wurde der Aufdruck auf den grünen Salzpackungen „darf nicht in Basel-Stadt verkauft werden“ fallen gelassen, und die Großverteiler hatten auch praktische Schwierigkeiten, solche Ausnahmen in ihren neuen Verteilkonzepten zu berücksichtigen. Der Einkaufstourismus führte in mancher Basler Familie zu einer doppelten Basisfluoridierung durch Trinkwasser und Salz.

In dieser komplexen Situation wurde die Weiterführung der TWF schwierig. Dazu kam das ökologische Argument, dass nämlich 99% des fluoridierten Wassers das Wirkungsziel nie erreichen, sondern nur zur Fluoridbelastung des Rheins werden. Ein weiteres Argument war ein finanzielles: Dank Sparmaßnahmen der Industrie und der privaten Haushalte produziert Basel (bis 50%) zu viel Trinkwasser, das wegen der guten Qualität leicht in die benachbarten elsässischen Gemeinden verkauft werden könnte, allerdings nur ohne Fluoridzusatz, den die französische Gesetzgebung strikt verbietet.

Die TWF hat in den letzten 40 Jahren in Basel Wesentliches zur Abnahme der Zahnkaries beigetragen. Im Sinne einer optimalen Kariesprophylaxe wäre es wünschenswert, dass nicht nur das Haushaltsalz, sondern, wie in den Kantonen Waadt und Glarus, auch das fluoridierte Sacksalz für Bäckereien und Gemeinschaftsküchen verwendet wird. Diese Lösung

wird seit kurzem auch in anderen Kantonen (Tessin, Zürich) umgesetzt. Für die Basler Bevölkerung sollte diese Maßnahme unbedingt eingeführt werden. Sie würde erst noch nichts kosten, weil das fluoridierte Salz nicht teurer ist.

Wenn die Zahngesundheit der Basler Bevölkerung erhalten oder verbessert werden soll, müssen gezielte zusätzliche Prophylaxemaßnahmen für die sozial Schwächeren beschlossen werden, welche von der kollektiven Fluoridierung nachgewiesenermaßen am meisten profitieren. Dazu sollten das Einbürsten von Fluoridgelee in den Schulen zählen oder spezielle Prophylaxeprogramme für die ausländische Wohnbevölkerung (insgesamt 29%, Schüleranteil 41%), für Senioren mit eigenen Zähnen oder für Kleinkinder. Wird die Prophylaxe abgebaut, drohen dem Kanton zusätzliche Kosten für Therapieleistungen. Diese könnten höher ausfallen als die durch die Aufhebung der TWF erzielten Einsparungen von Fr. 180.000. Vorbeugen ist nicht nur besser, sondern auch billiger als Heilen, und deshalb sollte der heutige Stand der Kariesprophylaxe mindestens erhalten werden.

Jürg Meyer
Peter Wiehl

Nachdruck aus der Schweizer
Monatsschrift für Zahnmedizin
113 (6), 728-729 (2003),
mit freundlicher Genehmigung
der Redaktion, leicht gekürzt in Bulletin
für Schulzahnpflegehelferinnen
Nr. 81, 2003

Erstes internationales Symposium zur zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit Behinderungen

Nach Abschluss des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen wurde das sowohl in der politischen als auch fachlichen Öffentlichkeit lange vernachlässigte Thema der zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Behinderungen in den Mittelpunkt des Interesses gerückt.

Obwohl die moderne Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland auf deutliche Erfolge in der Mundgesundheit verweisen kann, wird bei wissenschaftlichen Studien immer wieder deutlich, dass vor allem Patienten mit Behinderungen aufgrund erhöhter Schwierigkeiten bei der Durchführung der Mundhygiene und zahlreichen Wechselwirkungen zur allgemeinen gesundheitlichen Situation zur Risikogruppe von Zahn- und Zahnbettterkrankungen zählen.

Ziel des Symposiums sollte es sein, positive Botschaften an alle Kooperationspartner zu vermitteln und einen sensibleren Umgang mit dieser Thematik in unserer Gesellschaft zu unterstützen.

Menschen mit Behinderungen – Stiefkinder der medizinischen Versorgung?

Eine zentrale Fragestellung, der das internationale Symposium zur zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Behinderungen am 23. und 24. April 2004 in Berlin nachging.

Die Bundeszahnärztekammer, die Universität Witten-Herdecke, das Zentrum für Zahnmedizin in der Charité und die Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband der Oralchirurgen rückten dieses Thema in den Blickpunkt der Fachöffentlichkeit und Allgemeinheit.

Die Schirmherrschaft des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Dr. Dr. Karl Kardinal Lehmann, machte deutlich, dass es sich hier um ein gesamtgesellschaftliches Anliegen handelt. Die Reformen im Gesundheitswesen gaben der Thematik eine besondere Aktualität und Brisanz. In seinem Grußwort wies der Bischof u. a. darauf hin, dass das Symposium auf Probleme aber auch Hilfsmöglichkeiten aufmerksam macht. Die wissenschaftliche Kompetenz der Zahnärzteschaft hat eine große Chance, Misstrauen und Ängste abzubauen, für die notwendige Verantwortung der ca. 6,7 Mio. behinderten Mitmenschen gegenüber eine größere Sensibilität zu schaffen und dadurch auch für die politische Realisierung Signale zu setzen. Derzeit ist in Deutschland jeder 12. Mensch schwer behindert und der überwiegende Teil älter als 65 Jahre. Nur 5% der Behinderungen sind jedoch angeboren, 95% werden im Laufe des Lebens erworben.

Die Verknüpfung von gesellschaftspolitischen und zahnmedizinischen Themen war Gegenstand des ersten Veranstaltungstages und der zweite Tag stand ganz im Zeichen der Wissenschaft. Prof. Dr. Cichon (Witten-Herdecke) nahm eine Standortbestimmung der Entwicklung des oralen Gesundheitszustandes von Patienten von Behinderungen vor und konnte auf der Basis aktueller Daten zeigen, dass behinderte Kinder und Jugendliche einen erhöhten Kariesbefall, einen schlechten Sanierungsstatus



und einen hohen Behandlungsbedarf aufweisen. Bei behinderten Erwachsenen verändert sich dieses Bild, sie weisen einen deutlich höheren Sanierungsgrad auf. Daraus resultiert, dass die kurative Betreuung stärker auf die Bedürfnisse behinderter Patienten zugeschnitten sein muss.

Dr. Kaschke (Charité) ging in ihrem Vortrag auf die Möglichkeiten zahnmedizinischer Prophylaxe für Patienten mit Behinderungen ein. Die konkreten Maßnahmen unterscheiden sich nicht von dem sonst üblichen Vorgehen. Allerdings ist für eine behindertengerechte wirksame Mundhygiene entscheidend, individuell abgestimmte Prophylaxemaßnahmen und Hilfsmittel unter Einbeziehung von Betreuern und Angehörigen festzulegen. Dabei sind Motivation zur täglichen Zahnpflege, Ernährungslenkung, Fluoridierung und professionellen Zahnreinigung von Bedeutung. Die Gruppenprophylaxe hat für diese Zielgruppe neben einer erkrankungsabhängigen individuellen Prophylaxe einen besonderen Stellenwert, wie von allen Referenten betont wurde.

Deutlich wurde auch, dass für die Verbesserung des oralen Gesundheitszustandes von Patienten mit Behinderungen eine entsprechende Ausbildung der Studenten in der zahnärztlichen Behindertenversorgung und eine intensive Zusammenarbeit von Eltern, Betreuern, (Zahn-)Ärzten, GKV und ÖGD erforderlich ist.

Die Broschüre Gesundheit und Behinderung, eine „Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen“ vom Diakonie-Verlag (www.beb-ev.de, Download-Bereich) und die DAJ-Broschüre „Zahnmedizinische Prophylaxe bei Behinderten“ lagen für die ca.

300 interessierten Tagungsteilnehmer bereit und vermitteln wichtige weitergehende Informationen zu diesem Themenkomplex. Unter bzaek.de sind die Grußworte, die Vorträge des Symposiums, und die FDI-Stellungnahme Versorgung von Behinderten abrufbar, das Fazit der Veranstalter ist im nächsten Artikel abgedruckt.

Die Veranstalter haben mit diesem Symposium ein Zeichen für ärztliche und sozialpolitische Verantwortung gesetzt und einen Beitrag zum Abbau von Berührungsängsten und Misstrauen geleistet.

Dr. Gudrun Rojas

Fazit der Veranstalter

Die Bundeszahnärztekammer, die Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Bund Deutscher Oralchirurgen (BDO), das Zentrum für Zahnmedizin der Abt. Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin an der Charité Berlin und die Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Witten/Herdecke veröffentlichten am 26. April 2004 in Berlin folgende Erklärung:

1. Die zur Verfügung stehende Datenlage in Deutschland weist auf die Notwendigkeit einer Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung, insbesondere im Bereich der zahnmedizinischen Prävention, von Menschen mit Behinderung hin. Im Zusammenhang mit kollektivprophylaktischen Maßnahmen, ist in den Einrichtungen der Pflege die Kochsalzfluoridierung nachdrücklich zu empfehlen.
2. Internationale Erfahrungen zeigen, dass durch eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung innerhalb der Gesundheitssysteme eine Vielzahl von Möglichkeiten für die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung zur Verfügung steht.
3. Die Diskussion um notwendige gesundheitsökonomische Ressourcen für die Betreuung von Menschen mit Behinderung machte deutlich, dass eine alleinige Betreuung über karitativ tätige Organisationen nicht möglich ist. Dies gilt ebenso für Lösungen ausschließlich unter dem Restriktionen des GKV-Systems. Positiv zeigte sich, dass die Kostenträger Bereitschaft erkennen lassen, mit der Zahnärzteschaft nach Lösungen auch außerhalb des Systems zu suchen.
4. Das Symposium machte deutlich, dass eine Verbesserung der epidemiologischen Datenlage notwendig ist und eindeutiger Forschungsbedarf im Hinblick auf diagnostische, präventive und therapeutische Ansätze besteht.
5. Interdisziplinäre und transdisziplinäre Versorgungsansätze sind zu verstärken.
6. Im Rahmen der Fortbildung der Zahnärzteschaft, sind die medizinische Kompetenz als auch die berufsethische Verantwortung zur Betreuung von Menschen mit Behinderung zu stärken.
7. Zwingend notwendig ist die Integration des gesamten zahnärztlichen Behandlungsteams bei der Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Gemeinsame Fortbildungsmöglichkeiten sind notwendig, um praxisrelevante Versorgungsstrategien umzusetzen. Die soziale Kompetenz des gesamten Behandlungsteams wird hierdurch gestärkt.
8. Spezialisierungen von Zahnarztpraxen sind vor dem Hintergrund der fachlichen Weiterentwicklung sinnvoll. Dies könnte unter Umständen durch strukturierte Fortbildungsangebote gelöst werden.
9. Die Vernetzung der Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderung mit anderen medizinischen Fachdisziplinen, Pflegeeinrichtungen und Sozialträgern ist notwendig. Auch international ist ein verstärkter Austausch über die Aktivitäten sinnvoll.
10. Die Auswertung des Symposiums wird im Rahmen der Koordinierungskonferenz der Prophylaxereferenten am 17.9.2004 in Kooperation mit den Veranstaltern vorgenommen. Kooperationsansätze, beispielhafte Lösungsvorschläge aus verschiedensten Einrichtungen und verstärkter Austausch zwischen den zuständigen Partnern in den Körperschaften und Organisationen sind Gegenstand der weiteren Aktivitäten und Beratungen.
11. Es besteht die Notwendigkeit fachliche Grundsätze bei der spezifischen Betreuung von Menschen mit Behinderung zu definieren. Eine wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK für die Betreuung von Menschen mit Behinderung und dem spezifischen Ansatz über die Lachgasanalgesie ist notwendig.

Quelle: BZÄK
<http://www.bzaek.de/list/presse/sym/fazit.pdf>

Mundgesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung frühzeitig unterstützen

Mit der Veröffentlichung des Handbuchs Zahngesundheitserziehung an Schulen für Geistigbehinderte – Bedeutung und Möglichkeiten von Christina Voß ist es der Herausgeberin DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.) gelungen, die publizistische Lücke zwischen der zahnmedizinischen und der pädagogischen Sicht auf Menschen mit geistiger Behinderung und deren Zahngesundheit zu schließen und damit zu einer möglichst Gewinn bringenden, gemeinsamen Arbeit an der Mundgesundheit dieser Menschen beizutragen. Die angebotenen Informationen, Anregungen und Handlungsanweisungen werden den Dialog zwischen den zahnmedizinischen und den pädagogischen Fachleuten vertiefen und bereichern.

Der Autorin ist es gelungen, dem Leser die Entwicklungsfähigkeit der Menschen mit geistiger Behinderung näher zu bringen sowie auch Zahnpflege und Mundgesundheit als Teil der lebenspraktischen Erziehung in einen allgemein gesundheitsfördernden Kontext zu stellen. Der Praxisteil beschreibt die Durchführung einer Unterrichtsreihe aus zehn Modulen, die sich für eine Projektwoche in der Schule eignet. Jeder Baustein berücksichtigt die zielorientierten Handlungsschritte, einen methodisch-didaktischen Kommentar, Differenzierungsmaßnahmen und eine detaillierte Verlaufsplanung mit Nennung der Materialien. Die Verfasserin ergänzt ihre Unterrichtsreihe mit einer Vielzahl eingesetzter Arbeits- und Anschauungsmaterialien in einem Anhang.

Das vorliegende Buch ist geeignet, Pädagogen an Schulen für (Geistig) Behinderte zu ermutigen, das Thema Mundgesundheit / Zahnpflege in ihr Unterrichtsgeschehen einzubauen: Die Beschreibung von Frau Voß gibt deutliche Anhaltspunkte, dass Menschen mit Behinderung – je nach dem Grad ihrer Einschränkung – Interesse an der Beschäftigung mit den eigenen Zähnen und deren Gesunderhaltung entwickeln und einen Zuwachs an Handlungs-

kompetenz erfahren können. Eine Handlungskompetenz, die letztendlich auch die notwendige regelmäßige zahnärztliche Betreuung stark erleichtern kann.

Als weitere Zielgruppen dieses Buches sieht die DAJ alle landesweit und regional tätigen (Landes-) Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege, zu deren Aufgaben gemäß § 21 SGB V Gruppenprophylaxe auch die Betreuung der Schulen für Geistigbehinderte zählt – dort wirken Zahnärzte, Prophylaxefachkräfte, gesetzliche

Krankenkassen und Kommunen zusammen – sowie die niedergelassenen Zahnärzte. „Jeder 10. deutsche Zahnarzt beschäftigt sich intensiv mit der Behandlung von behinderten Patienten“, so Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer anlässlich eines internationalen Symposiums zur Zahnärztliche Behandlung von Menschen mit Behinderungen am 23./24. April in Berlin. Die Verbesserung der zahnmedizinischen Prävention und Betreuung der Menschen mit geistiger Behinderung ist von großer Wichtigkeit, da diese Menschen deutlich erhöhte Risiken für ihren Mundgesundheitszustand aufweisen. Sie betreiben häufig aufgrund ihrer Einschränkungen eine ungenügende Mundhygiene, so dass nicht nur die Karieshäufigkeit, sondern auch die Zahl der Zahnfleischerkrankungen stark erhöht sind.

Alle Verantwortlichen – Eltern, Betreuer, Lehrer, Zahnärzte und Prophylaxefachkräfte – sind daher aufgefordert, ihr Wissen und ihre praktischen Fähigkeiten um die richtige Zahnpflege, eine gesunde Ernährung, die optimale Fluoridzufuhr zur Erhöhung der Widerstandskraft der Zähne und die Bedeutung regelmäßiger Zahnarztbesuche in den Dienst der Menschen mit geistiger Behinderung zu stellen.

Das Handbuch (287 Seiten) ist zum Preis von 12,- EUR (zzgl. Porto und Verpackung) bei der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege zu beziehen.

Das Werk von Frau Voß wurde soeben mit dem Wrigley Prophylaxe Preis 2004 ausgezeichnet!

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

Wrigley-Prophylaxe-Preis 2004 verliehen

Im Rahmen der Kongresseröffnung zur 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) in Wuppertal wurde nun bereits zum 11. Mal der Wrigley-Prophylaxe-Preis verliehen.

Prof. Dr. Klimek aus Gießen, der auch die Preisverleihung vornahm, würdigte in der Pressekonferenz die konstant hohe Teilnehmerzahl von jährlich zirka 20 teilnehmenden Bewerberinnen und Bewerbern. In diesem Jahr wurden 19 Arbeiten eingereicht, „eine schöne Anzahl, die möglichst auch im nächsten Jahr erreicht werden soll“, so Prof. Klimek während der Erläuterung zur Preisvergabe in der Pressekonferenz.

Den mit insgesamt 8000 EUR dotierten Preis teilten sich in diesem Jahr drei Preisträgerinnen. Es wurden zwei erste Preise mit jeweils dreitausend Euro verliehen und ein weiterer Preis in Höhe von 2000 Euro überreicht.

Überaus erfreulich ist aus Sicht der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, dass sich erneut eine Kollegin aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Frau Christine Heyduck aus Greifswald zusammen mit Frau Christina Voß aus Selm-Bork den 1. Preis teilen konnte.

Frau Christine Heyduck arbeitet jeweils hälftig in der Universität und im Zahnärztlichen Dienst der Stadt Greifswald. Im Rahmen Ihrer Dissertation ging sie zusammen mit Professor. Dr. Christian Splieth (jetzt Universität Kiel) in einer Longitudinalstudie der Frage nach, ob die Versiegelung der Molaren generell allen Kindern angeboten werden sollte, um deren Kariesrisiko dauerhaft zu reduzieren.

An über 400 Schülern im Alter von 12 bis 15 Jahren stellte Frau Heyduck fest, dass die Versiegelung nur bei Kindern mit eher moderatem Kariesrisiko einen echten Vorteil innerhalb von drei Jahren im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Versiegelung brachte. Dagegen reduzierte eine Versiegelung bei Kindern mit hohem Kariesrisiko und schlechter Mundhygiene nicht erkennbar das Kariesrisiko.

Während Prof. Klimek die Arbeit von Frau Heyduck auch unter dem

Aspekt der gelungenen Zusammenarbeit zwischen Universität und öffentlichem Gesundheitsdienst herausstellte, würdigte er bei der Darstellung des zweiten 1. Preises durch Frau Christina Voß deren fächerübergreifenden Ansatz zwischen Zahnmedizin und Pädagogik.

Für ihre Hausarbeit zur Ersten Staatsprüfung im Lehramt Sonderpädagogik stellte Frau Voß konkrete Handlungsanweisungen zusammen, mit deren Hilfe sich eine möglichst dauerhafte Verhaltensänderung und der Aufbau von Ressourcen, die der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit des Einzelnen förderlich ist, umsetzen lässt.

Die Arbeit von Frau Voß ist aktuell auch als Buch erschienen, welches die DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.) unter dem Titel „Zahngesundheitserziehung an Schulen für geistig Behinderte – Bedeutung und Möglichkeiten“ herausgibt. „Ein sehr lesenswertes Buch mit einem hervorragenden Praxisteil“, so Herr Prof. Klimek während der Begründung zur Verleihung des 1. Preises an Frau Christina Voß.

Schließlich erhielt das Berliner Gesundheitsprojekt „Mobilix – Gesundheitsförderung für Drogenkonsumenten“ des Vereins „Fixpunkt“ aus Berlin einen weiteren Preis.

Seit 2002 bietet der Verein in einem Zahnmobil an örtlichen Treffpunkten der Drogenszene prophylaktische und zahnmedizinische Behandlung an. Gerade Drogenkonsumenten haben aufgrund einer opiatbedingten Speichelreduktion, drogensubstanzbedingtem häufigerem Erbrechen und begleitenden systemischen Erkrankungen ein hohes Risiko für Zahn- und Zahnfleischerkrankungen. Aufgrund fehlender Inanspruchnahme von Zahnarztpraxen kommt der aufsuchenden Betreuung dieser Bevölkerungsgruppe ein hoher Stellenwert zu. Ein uns durchaus bekanntes Phänomen.

Der Bundesvorstand der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gratuliert allen Preisträgern sehr herzlich und verbindet damit die Hoffnung, dass die gewonnenen Erkenntnisse eine hohe Verbreitung zum Wohle der Patientinnen und Patienten erfahren.

Dr. Michael Schäfer, MPH

Zeitgemäßes Prophylaxegeschenk für Grundschüler

Mit der CD/CD-Rom „ZAHNPUTZ-STARS“ bietet der Verlag „ZAHNMAX“ ein bei Grundschüler besonders „angesagtes“ Medium an.

Damit steht für ab 6-jährige ein unserem Informations- und Medienzeitalter angemessenes, interaktives Lern- und Unterhaltungsmedium zur Verfügung.

Die Verteilung der CD-Rom unterstützt ZahnärztInnen und Prophylaxefachkräfte dabei, nachhaltige Aufmerksamkeit für ihre Lerninhalte zu erzeugen.

Eine geschickte Verknüpfung von Unterhaltungsaspekten (Musik, Text, Spiel) mit den Zielen gesunder Ernährung und Zahnpflege überzeugt selbst Skeptiker dieses Mediums.

Das Musikstück „Steiler Zahn“ hat Ohrwurmcharakter; Reinhören, anschauen und mitmachen lohnt sich nicht nur für Kinder!

Übrigens: Die Ausstattung der Privathaushalte mit Computern liegt bei annähernd 100%.

Besonders bemerkenswert: Bei Abnahme von 1000 Stk. liegt der Preis bei nur 0.52 EUR pro Stück!

So urteilt die LAGZ Hessen*:

Das CD-Rom Lernspiel (...) vermittelt unterhaltsam und altersgerecht Informationen zum Thema „Gesunde Zähne / Gesunder Körper“.

Die Hauptdarsteller (...) bieten für jeden Identifikationsmöglichkeiten.

Die Botschaft, welche die CD-Rom vermittelt, heißt: Wer sein strahlendes Lächeln, an das auch Erfolg und Ansehen geknüpft ist, ein Leben lang erhalten will, ist initiativ, d.h. ist selbst dafür verantwortlich (...).

Auffallend ist das positive Zahnarztbild, der als Freund und kompetenter Fachmann für Prophylaxe gewürdigt wird: „...Der Doc in seinem weißen Kittel gibt mir die Tips, er kennt alle Mittel...“.

Aufforderungscharakter zur Zahnpflege hat das Ernährungs- und Zahnputzspiel am Ende, bei dem nicht bewertet wird, (...) sondern ob nach deren Genuß die Zähne geputzt werden.



Tipp:
Geschenkidee für Schulzahnärzte und im Schulbereich tätige Prophylaxekräfte an Schulklassen!

Bewertung: *****

Quelle: www.bkk-hessen.de

Kontakt:
Zahnmax Lehrmittel
Uwe Groeger
Schleusenstraße 24,
26135 Oldenburg
Telefon: 0441 - 2488077
Fax: 0441 - 12351

Silbernes Ehrenzeichen des BZÖG

Seit 1988 verleiht der BZÖG an Persönlichkeiten, die sich um zahnärztliche Belange im öffentlichen Gesundheitswesen auf Bundesebene verdient gemacht haben, das Ehrenzeichen in Silber. Die Landesstellenleiter haben für das Jahr 2004 einstimmig den Vorschlag des Bundesvorstandes befürwortet, Herrn Prof. Dr. Willi-Eckhard Wetzel für seine Leistungen auf dem Gebiet der Prävention und Jugendzahnpflege auszuzeichnen.

Die Ehrung erfolgte anlässlich des 54. Wissenschaftlichen Kongresses des Bundesverbandes der Ärzte des ÖGD e.V. und der Zahnärzte des ÖGD e.V. am 06.05.2004 in Marburg.

Herr Prof. Dr. W.-E. Wetzel ist als exzellenter Referent zu interessanten und praxisnahen Themen im Bereich der Kinderzahnheilkunde bekannt. Nach dem Studium der Zahnmedizin begann er schon als wissenschaftlicher Mitarbeiter in Marburg, sich auf den Gebieten Kinderzahnheilkunde und zahnmedizinische Psychologie weiter zu bilden. Seit 1976 ist er als Dozent, später als Professor an der Justus-Liebig-Universität Gießen tätig. In seiner Zeit als Professor für Kinderzahnheilkunde in den achtziger Jahren leitete er den selbst initiierten Funktionsbereich „Präventive- und Kinderzahnheilkunde“. Daraus gründete er 1986 die Abteilung Kinderzahnheilkunde und leitete diese. Seit 2000 ist Prof. Dr. W.-E. Wetzel Direktor der Poliklinik für Kinderzahnheilkunde an der Giessener Universität.

Unter seinen wissenschaftlichen Publikationen finden sich wiederholt Themen, die in enger Kooperation mit der Jugendzahnpflege entstanden sind, und die den Öffentlichen Gesundheitsdienst in seiner Arbeit maßgebend voran brachten.

Anfang der achtziger Jahre veröffentlichte er Studien zum Phänomen der „Zuckertee-Karies“, einer Problematik die er auch später immer wieder aufgriff und unter aktuellen Aspekten neu beleuchtete. Er widmete sich aber ebenso der zahnärztlichen Versorgung bei Behinderten und sogenannter „Problemkinder“, der Psychologie der Kinderbehandlung und der



Oralhygiene bei Vorschulkindern.

Herr Dr. K.-D. Dürr, der die Auszeichnung vornahm, betonte in seiner Laudatio, dass es Herrn Prof. Wetzel in seinem Berufsleben gelungen ist, wissenschaftliche Erkenntnisse anwendbar und verständlich zu gestalten. Dabei profitiert er auch von dem guten Kontakt mit den Kollegen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, für deren Anliegen er stets ein offenes Ohr hat, wie Herr Dr. Dürr anhand persönlicher Erinnerungen lebhaft darstellte.

Es ist uns eine Freude, Herrn Prof. Dr. W.-E. Wetzel mit dem Silbernen Ehrenzeichen des BZÖG auszuzeichnen, und wir wünschen ihm für sein weiteres Schaffen alles Gute.

Dr. Grit Hantzsche

Dr. E.-A. Schürmann wurde 80 Jahre alt

Am 19. Mai 2004 vollendete unser allseits geschätzter Kollege Herr Ltd. Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Ernst-August Schürmann sein 80. Lebensjahr.

Im Jahre 1950 erhielt Herr Dr. Schürmann sowohl die ärztliche als auch die zahnärztliche Approbation. Im Anschluss an die Assistenzarztzeit trat er 1954 in den Dienst der Stadt Duisburg ein. Bis zu seiner Pensionierung im Jahre 1989 widmete er sich intensiv der Jugendzahnpflege der ihm anvertrauten Kinder und Jugendlichen des Duisburger Nordens. Er war als langjähriger Leiter des zahnärztlichen Dienstes des Duisburger Gesundheitsamtes maßgeblich daran beteiligt, dass diese Abteilung in ihrer Blütezeit insgesamt 7 Zahnärztinnen und Zahnärzte beschäftigte.

Nach seinem Konzept wurden im wöchentlichen Wechsel vormittags sowohl Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen als auch umfangreiche zahnärztliche Behandlungen der Kinder und Jugendlichen in den verschiedenen Außenstellen des Duisburger Gesundheitsamtes durchgeführt. Hierzu wurden die Schülerinnen und Schüler per Fahrdienst von der Schule abgeholt und nach erfolgter Behandlung wieder zur Schule transportiert. In den Nachmittagsstunden seines Dienstes führte er jahrzehntelang erfolgreich kieferorthopädische Behandlungen durch, denen viele Duisburger heute noch ein perfektes Gebiss verdanken. Des Weiteren war er als Fachlehrer an den Duisburger Berufsschulen für eine gute Ausbildung der zukünftigen Zahnartzthelferinnen verantwortlich. Bereits im Jahre 1985 – weit vor den heute geltenden gesetzlichen Bestimmungen – wurde auf seine Initiative hin in Duisburg der „Arbeitskreis Zahnmedizinische Prophylaxe“ gegründet und ein Zusammenschluss aller in der zahnmedizinischen Prophylaxe Beteiligten zum Wohle der Duisburger Kinder herbeigeführt.

Während seines langjährigen Berufslebens und darüber hinaus auch als Pensionär hat er im Institut für Rechtsmedizin der Stadt Duisburg

sowohl ärztliche als auch zahnärztliche Aufgaben wahrgenommen.

Neben seiner Funktion als Leiter des zahnärztlichen Dienstes nahm Herr Dr. Schürmann auch viele Jahre die Funktion des stellvertretenden Duisburger Amtsarztes wahr.

Doch nicht nur in Duisburg hat er – auch 15 Jahre nach seiner Pensionierung – bleibende Spuren hinterlassen: bereits 1968 wurde er Vorstandsmitglied in der Landesstelle Nordrhein des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, ab 1977 war er deren stellvertretender Landesstellenleiter und ab 1979 ihr Landesstellenleiter. Nicht nur auf regionaler Ebene „bewegte“ er maßgeblich die Jugendzahnpflege: fast 20 Jahre lang war er von 1973 bis 1990 Geschäftsführer unseres Bundesverbandes. In dieser Zeit organisierte und gestaltete er die Bundeskongresse und das dort gebotene wissenschaftliche Programm zur Fortbildung der zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen des öffentlichen Dienstes.

Wer mit soviel Sachverstand, Ehrgeiz, Engagement und Überzeugungskraft arbeitet und die Interessen sowohl der Kinder und Jugendlichen als auch die des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach außen vertritt, dem werden zahlreiche Ehrungen zuteil: bereits im Jahre 1982 wurde unserem Jubilar das Bundesverdienstkreuz verliehen und im Jahre 1994 erfolgte die Überreichung des Verdienstkreuzes 1. Klasse der BRD. Von Seiten des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erfolgte im Jahre 1990 die Verleihung des Silbernen Ehrenzeichens.

Zuletzt noch ein persönliches Wort: es ist Ihnen, lieber Herr Kollege Schürmann, mit Ihrer überzeugenden Art stets gelungen, den Funken „Jugendzahnpflege“ auf viele Kolleginnen und Kollegen sowie Politiker und Krankenkassenfunktionäre zu übertragen.

Herzlichen Dank!

Ad multos annos.

Dr. Dr. Claus Grundmann

Die vierte Säule

Es wird immer weniger gelesen. Auch in der Medizin und Zahnmedizin. Schätzungen zufolge beträgt die Zeit, die ein Arzt für das Studium von Fachliteratur aufwendet, heute nur noch 30 Minuten pro Woche [11]. In der Zahnmedizin wird die Leselust sicherlich nicht ausgeprägter sein. Indizien dafür gibt es genug:

- Zahnmedizinische Fachverlage klagen über sinkende Zahlen bei Buchbestellungen und Zeitschriftenabonnements.
- In der Ausbildung zeigt ein großer Teil der Studierenden Unlust, wenn Lesearbeit gefordert wird.
- Bei der Betreuung von Dissertationen wird deutlich, wie schwer sich viele Doktoranden mit dem Lesen und der Interpretation wissenschaftlicher Texte tun.

Gewiss käme es den meisten entgegen, wenn, wie es Umberto Eco [1] so verlockend formulierte, bereits beim Berühren eines Buches „etwas von seinem Inhalt über unsere Fingerkuppen in unser Hirn übertragen“ würde. Aber ganz so einfach ist es leider nicht, und so bleibt das Lesen für viele eine weitgehend lästige Tätigkeit. Eine Änderung dieser Einstellung ist auch bei der nachrückenden Studentengeneration nicht in Sicht: Die Ergebnisse der PISA-Studie – einer international standardisierten Leistungsmessung an 15-Jährigen in 32 Staaten – belegen, dass bei deutschen Schülern nicht nur die naturwissenschaftliche und mathematische Grundbildung, sondern auch die Lesekompetenz deutlich unter dem Durchschnitt der Mitgliedsstaaten der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) liegt [8].

Wie wir alle wissen, kommt man während seines Studiums und Berufslebens aber nicht um die Beschäftigung mit zahnärztlicher Literatur herum. Gelegentlich reichen Lehrbücher nicht aus – dann sind Originalquellen, d.h. Beiträge aus Fachzeitschriften, gefragt. Die mühsame und zeitraubende Suche nach Artikeln lässt sich heutzutage scheinbar leicht und zudem noch völlig kostenfrei umgehen: das Zauberwort heißt Medline (<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>>). Mit den entsprechenden Suchwörtern wird man rasch fündig.

Leider aber gibt sich der Suchende oft mit den erhaltenen bibliographischen Angaben und den Medline-Abstracts zufrieden, ohne sich mit dem Inhalt der Originalarbeit auseinander zu setzen und Recherchen nach weiterer Literatur anzustellen (was in echte Arbeit ausufern kann, z.B. in Form einer Handsuche in deutsch- oder anderssprachigen Zeitschriften). Wenn man jedoch bedenkt, dass

- a. lediglich 37,3% der 531 zahnmedizinischen Zeitschriften, welche in der umfassendsten multidisziplinären Informationsquelle für periodische Veröffentlichungen, Ulrich's International Periodicals Directory, gelistet sind [6], für Medline ausgewertet werden;
- b. die bibliographischen Angaben in Medline nur bis in die 1960-er Jahre zurückreichen [vgl. 5];
- c. Medline-Abstracts erschreckend häufig ungenau sind [9];
- d. die Verschlagwortung in Medline immer noch zu wünschen übrig lässt [12];

dann kann man leicht nachvollziehen, warum Maria Suarez-Almazor und ihre Kollegen [13] zu der Schlussfolgerung kommen: „Medline alone is not enough.“

Auf die immer offenkundiger werdende Tendenz von Autoren, einen großen Teil der älteren und jüngeren wissenschaftlichen Literatur – meist unbewusst – auszublenzen bzw. nicht zur Kenntnis zu nehmen, machte der Jerusalemer Mikrobiologe Isaac Ginsburg [3] vor kurzem in einem viel diskutierten Beitrag aufmerksam. Eine Folge dieses „Missachtungssyndroms“ [2] sind unnötige „Wiederentdeckungen“ von einst bekannten Dingen [vgl. 10]. Angesichts der zunehmenden Nachlässigkeit bei der Literaturrecherche und der partiellen Unkenntnis der Literatur selbst des eigenen Fachgebiets warnt der Doyen des deutschen Wissenschaftsjournalismus, Rainer Flöhl, vor „einer geistigen Verarmung, weil die Wissenschaftler gar nicht mehr wahrnehmen, wie groß die Ressourcen sind, aus denen sie schöpfen können“ [2]. Dabei hat der Sand des Vergessens auch das große Erbe der deutschen Zahnmedizin unter sich begraben.

Welchem Zahnarzt sind beispielsweise noch die einstigen Sprachrohre der Forschung und Praxis, wie die Deutsche Monatsschrift für Zahnheil-

kunde oder die Fortschritte der Zahnheilkunde bekannt? Immerhin sind die in diesen Zeitschriften publizierten Beiträge auch aus heutiger Sicht von teilweise erstaunlicher Aktualität und beachtlicher Qualität. Das Ignorieren dieses Schatzes – zweifelsohne gefördert durch den Verzicht auf einen anscheinend als nutzlos empfundenen medizinhistorischen Unterricht in der zahnmedizinischen Ausbildung – ist mehr als beklagenswert.

Der zunehmend sinkenden Bereitschaft, sich intensiv und ernsthaft mit der eigenen Fachliteratur – der historischen wie der aktuellen – auseinander zu setzen, muss die akademische Zahnmedizin entgegenwirken. Um der Gefahr einer „abstract-basierten Medizin“ [7] zu begegnen, erscheint es notwendig, die traditionelle universitäre Trias Krankenversorgung, Lehre und Forschung um eine weitere Säule zu erweitern: Lesen!

Wissenschaftliches Lesen! Und zwar regelmäßig: Nulla dies sine linea! Lesen weckt Neugier – und schafft Wissen. Es bildet einen intellektuellen Gegensatz zu dem tief in der Zahnmedizin verwurzelten Handwerkermodell [4], von dem wir uns längst noch nicht verabschiedet haben. Die Förderung der zahnmedizinischen Lesekultur, die Befähigung zu systematischer Suche und kritischer Bewertung wissenschaftlicher Literatur sollte daher in unserem ureigensten Interesse sein. Die Vermittlung dieser Fähigkeiten aber hat mit dem gleichen Ernst und Eifer zu erfolgen wie das Erlernen und Trainieren handwerklicher Fertigkeiten.

Priv.-Doz. Dr. Jens C. Türp,
Freiburg i. Br. / Basel

- Literatur bei der Redaktion -

Nachdruck mit freundlicher
Genehmigung des Verfassers.

Empfehlungen zum Umgang mit Zahnbürsten in Kinder-einrichtungen

Die Mundhöhle gehört zu den am intensivsten bakteriell besiedelten Regionen des Menschen. Zudem ist sie durch die Aufnahme von Nahrung gegenüber Mikroorganismen aus der Umwelt grundsätzlich exponiert. Im Kindergarten kommt es bekanntermaßen durch Speichel- oder Tröpfcheninfektion immer wieder zu Ansteckungen, wenn sich Kinder anniesen oder an Husten. Auch beim Spielen kommt es z. B. durch Spielzeug in den Mund stecken immer wieder zu Keimübertragungen, die mitunter zu Infekten führen können.

Erfahrungsgemäß werden die dabei übertragenen Keime rasch von der körpereigenen Infektabwehr eliminiert. Dieses Abwehrsystem unseres Körpers beginnt in der Mundhöhle und verhindert, dass jeder Kontakt mit Infektionserregern auch tatsächlich eine Erkrankung nach sich zieht.

Auch die benutzte Zahnbürste ist nach dem Zähneputzen mit Mikroorganismen kontaminiert, die üblicherweise zur normalen Schleimhautflora des Mundes gehören. Eine anschließende Vermehrung von Bakterien und Pilzen soll durch gründliches Ausspülen der Bürste mit Leitungswasser und Trocknung bei Raumtemperatur vermieden werden. Dennoch können Keime mit der Zahnbürste weitergegeben werden, genauso wie mit Spielzeug oder durch persönlichen Kontakt sowie in Form von Speichel- und Tröpfcheninfektionen.

Aus diesem Grund haben sich eine Vielzahl von Studien mit der Frage beschäftigt, ob eine Infektionsgefährdung von der Zahnbürste ausgeht. Sie kommen zu dem Schluss, dass eine Gefahr für die Übertragung gefährlicher Krankheitserreger beim Verwechseln von Zahnbürsten nicht ersichtlich ist. Es sind keine Berichte über virale oder bakterielle Infektionen beim Verwechseln von Zahnbürsten mitgeteilt worden.

Zahnbürsten sind keine Medizinprodukte, sondern Bedarfsgegenstände des täglichen Lebens, für die die Kosmetikverordnung und übergeordnet das Lebensmittel- und Bedarfs-

gegenständengesetz gilt. Die Borstenstruktur handelsüblicher Zahnbürsten ist so gestaltet, dass sie aus glatten, gerundeten Nylonborsten bestehen und somit die Anheftung von Mikroorganismen erschweren. Zudem besitzen Zahnpasten viele Bestandteile, die eine antimikrobielle Wirksamkeit besitzen und eine Hemmung des Wachstums oraler Keime bewirken.

Für das tägliche Putzen im Kindergarten sollten folgende Regeln beachtet werden.

1. Jedes Kind hat seine eigene Zahnbürste und seinen eigenen Becher.
2. Nach dem Zähneputzen sollte die Bürste gut unter fließendem Wasser ausgespült werden.
3. Aufbewahrung stehend mit dem Kopf nach oben bei Zimmertemperatur.
4. Zahnbürsten müssen spätestens nach drei Monaten gewechselt werden, denn abgenutzte bzw. zerkaute Bürsten haben eine schlechtere Reinigungswirkung.

Nur in den Fällen, in denen die Besorgnis der Eltern von Kindergartenkindern über eine mögliche Weitergabe von Krankheitserregern durch vertauschte Zahnbürsten nicht anderweitig zerstreut werden kann, besteht die Möglichkeit der Reinigung und weitgehender Keimbefreiung in der Spülmaschine, obwohl diese im Temperaturbereich von unter 60° C nicht die hygienischen Anforderungen für Medizinprodukte erfüllen. In Kindergärten kommt deshalb folgendes Verfahren als praktikables Vorgehen in Betracht: Freitags werden die namentlich gekennzeichneten Zahnbürsten in der nur mit diesen beladenen Spülmaschine gereinigt, getrocknet, gegebenenfalls neu gekennzeichnet und stehen montags wieder zum Zähneputzen zur Verfügung.

Quelle:
www.rki.de/HILFE/FAQ/FAQ3.HTM

Hinweis der Redaktion:
Zahnbürsten sollten außerdem regelmäßig ausgetauscht werden

Fortbildungstagungen der DAJ

Thema:
Zielgruppenspezifische Gruppenprophylaxe
unter Berücksichtigung besonderer Lebenslagen

Veranstalter: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für
Jugendzahnpflege e.V. (DAJ)
Zielgruppe: In der Gruppenprophylaxe tätigen
Zahnärzte und Prophylaxefachkräfte sowie Interessierte
Vorträge und Workshops

Termin: 14.09. und 15.09.2004
Ort: Münster

Termin: 29.09. und 30.09.2004
Ort: Berlin

DAJ
Von-Sandt-Straße 9
53225 Bonn
Telefon: 0228 - 69 46 77
Telefax: 0228 - 69 46 79
Weitere Info's unter: www.daj.de

Jahrestagung der DGK

Wissenschaftliches Programm:
Fehlernährung im Kindesalter
System-/Allgemeinerkrankungen und
Mundgesundheit bei Kindern

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für
Kinderzahnheilkunde

Termin: 8. - 9. Oktober 2004
Ort: Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
Philosophicum
Welderweg 8, 55128 Mainz
Hörsäle P1 und P2

Tagungsleitung:
Prof. Dr. B. Willershausen
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Augustusplatz 2, Gebäude 901, 55101 Mainz

Weitere Informationen/Anmeldung:
E-mail: info@csm-congress.de
Fax: 08142 - 5 47 35
Telefon: 08142 - 57 01 83
www.kinderzahnheilkunde-online.de

ANZEIGE

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Michael Schäfer, MPH, Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf
Tel. (dienstl.) 0211/899-2641, Fax 0211/89 29079,
michael.schaefer@stadt.duesseldorf.de

2. Vorsitzende : Dr. Claudia Sauerland, Uelzener Dorfstr. 9, 59425 Unna
Tel. (dienstl.) 02303/272653, Sauerland-unna@t-online.de

Geschäftsführerin: Dr. Cornelia Wempe, Erikastr. 73, 20251 Hamburg
Tel. (dienstl.) 040/42801 3375, Fax 040/42801 2567,
Cornelia.Wempe@t-online.de

Schatzmeister: Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg
Tel. 02065/90585-79, Fax-72, BSKiel@t-online.de

Beisitzer: Dr. Grit Hantzsche, Hohe Str. 61, 01796 Pirna
Tel. 03501/515822, Fax 03501/515896, Hantzsche-Pirna@t-online.de

Wissenschaftlicher Referent:

Dr. Uwe Niekusch, Molzastr. 4, 76676 Graben-Neudorf
Tel. (dienstl.) 06221/5221848, Fax 06221/5221850, niekusch@agz-mk.de

Redaktion:

Dr. Grit Hantzsche, Hohe Str. 61, 01796 Pirna
Tel. 03501/515822, Fax 03501/515896, Hantzsche-Pirna@t-online.de

Beirat:

Dr. Gudrun Rojas, Bergstr. 18, 14770 Brandenburg
Dr. Christoph Hollinger, Hestertstr. 43, 58135 Hagen
Dr. Peter Noch, Am Hallenbad 3, 44534 Lünen

Anzeigenverwaltung:

Bernd Schröder, Mozartstr. 50, 47226 Duisburg
Tel. 02065/90585-79, Fax-72, BSKiel@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Kiel, KTO 1920 5558, BLZ 210 501 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 drei Mal im Jahr. Beitragszahlende Mitglieder des Bundesverbandes erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Einzelheft: 5,00 EUR, Jahres-Abonnement 12,00 EUR, 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 elektronischen Medienträgern geliefert werden. Bildmaterial oder Grafikkizzen bitte als Aufsichtsvorlage 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 Bundesverbandes nicht zu entsprechen braucht.

Gestaltung:

www.GARDENERS.de

Druck:

Gerhards-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.

ANZEIGE